

Êtres en relation

Actes du 1^{er} Colloque sur la psychothérapie
**Regroupement des psychologues
cliniciens et cliniciennes de Québec**



Québec, 1^{er} et 2 juin 2018

rpccq.ca

Préambule

**Louis Mignault, psychologue
Président du RPCCQ**



Les 1^{er} et 2 juin 2018, à l'initiative du Regroupement des psychologues cliniciens et cliniciennes de Québec (RPCCQ), plus de 250 psychologues et psychothérapeutes, de différentes allégeances théoriques et de toutes les régions du Québec, se sont réunis pour réfléchir ensemble sur ce qui se trouve au cœur de toute psychothérapie : la relation psychothérapeute – patient.e.

Pour nous, du Regroupement, l'idée d'organiser un colloque portant spécifiquement sur la relation thérapeutique s'est imposée d'elle-même en cherchant un thème rassembleur pour tous les cliniciens et cliniciennes, indépendamment de leur approche théorique.

Nous avons décidé de nommer ce colloque « Êtres en relation » afin de mettre en relief ce mouvement relationnel à deux dans lequel psychothérapeute et patient.e se rencontrent et se lient pour développer ensemble une relation qui deviendra en elle-même une expérience réparatrice, un levier de changement.

La préparation de l'événement « Êtres en relation » a été le fruit d'un engagement et d'un travail bénévole de longue haleine. Je tiens à remercier sincèrement les membres du conseil d'administration du RPCCQ, Anne-Marie-Guay, Katy Lamarre, Claire Molleur, Catherine Normand, Caroline Paquet, et Louise Villeneuve pour leur grande disponibilité et la qualité de leur implication dans l'élaboration, la planification et la réalisation de ce projet collectif. Quelle belle équipe !

Au nom de tous les membres du RPCCQ, je remercie chaleureusement nos conférencières et conférenciers, Monique Brillon, Pierre Cousineau, Gilles Delisle, Line Girard, Jean-Luc Lacroix, Conrad Lecomte et André Renaud ainsi que l'animateur du panel, Marc-Simon Drouin. Dans les mois précédant le colloque, les membres du CA et moi-même avons été témoins de leur générosité, de leur rigueur scientifique et de leur engagement à développer un contenu théorique et clinique signifiant et inspirant pour notre réflexion sur la relation en psychothérapie. La passion de ces conférencières et conférenciers renommés, représentant chacune des 4 grandes approches, nous a transportés du début à la fin.

De façon particulière, le Regroupement tient à exprimer toute sa gratitude à Conrad Lecomte qui a accepté la direction clinique et scientifique de cet événement. Tout au long du processus de création, Dr Lecomte a su nous guider avec sagesse, perspicacité, sensibilité et respect en suscitant, par des commentaires judicieux et des questions pertinentes, une réflexion sérieuse et profonde sur ce que nous sommes réellement et fondamentalement comme personnes humaines et comme psychothérapeutes : des êtres en relation !

De plus, le Regroupement tient à exprimer sa profonde reconnaissance à Gilles Delisle qui a pris la relève et mis généreusement à profit son temps, ses connaissances et ses ressources pour la production des Actes du Colloque. Son dynamisme, son expertise et sa détermination ont assurément fait la différence.

Aussi, nous voulons remercier chaleureusement tous les participant.e.s qui ont fait du Colloque « Êtres en relation » un événement exceptionnel et mémorable, tant sur le plan humain que professionnel.

Enfin, pour la lecture des Actes, nous vous rappelons qu'il s'agit, pour l'essentiel, de textes basés sur le verbatim de conférences. Ces textes « parlés » ont été relus avec attention mais il est tout de même possible que des coquilles résiduelles se soient faufilees. Nous vous remercions donc, à l'avance, de votre compréhension.

Bonne lecture à chacune et chacun de vous !

Louis Mignault, psychologue



Prologue

Conrad Lecomte, Ph.D.

Conseiller scientifique et clinique du colloque



Je suis vraiment content d'être là ce matin pour venir partager et échanger avec vous sur un thème au cœur de la pratique de plusieurs d'entre nous soit celui de la relation en psychothérapie. Quelle belle proposition que d'intituler ce colloque « Êtres en relation » ! L'exercice ludique pour briser un peu la glace proposé par l'équipe de Québec pour nous permettre de commencer à faire connaissance de l'un et de l'autre, nous a déjà un peu donné le goût de poursuivre l'expérience d'êtres en relation.

Quand le *Regroupement des psychologues cliniciens de Québec* piloté par Louis Mignault m'a demandé d'agir comme conseiller clinique et scientifique pour donner des assises rigoureuses à ce colloque, j'ai vite senti la pertinence et l'importance de ce projet. Puis Louis et son équipe ont pensé à ce titre évocateur d' « Êtres en relation ». Quelle belle proposition ! Profondément convaincus de l'importance de cette thématique, nous avons fait le pari de proposer deux jours de travail de réflexion avec des collègues psychothérapeutes. Pari relevé ! Vous êtes aujourd'hui 250 à avoir répondu à notre invitation et c'est sans compter que nous avons dû mettre fin aux demandes d'inscription faute de places.

À un moment où on nous incite fortement à une pratique de la psychothérapie fondée sur des données probantes alors qu'une lecture biaisée de ces données probantes risque de réduire la psychothérapie à une pratique de techniques aseptisées, ignorant la variabilité des psychothérapeutes et l'influence déterminante de la relation psychothérapeutique, un tel colloque s'imposait. Face à une pratique caractérisée par l'ambiguïté et la complexité, quoi de plus naturel, en effet, lorsqu'on se sent dépassé, démuni voire impuissant que de tenter de chercher une direction, ou, mieux encore, une certitude. On se limite alors souvent aux seuls aspects techniques ou théoriques apparemment plus maîtrisables. C'est d'ailleurs ce que toute une partie de la littérature scientifique renforce. Tôt ou

tard, tout psychothérapeute, quelle que soit son approche, est confronté à des impasses thérapeutiques ou à des situations complexes qui l'amènent à s'interroger sur sa contribution personnelle, en particulier dans la relation thérapeutique (Lecomte, 2004). De façon constante, les recherches démontrent que le psychothérapeute et la relation contribuent davantage au progrès thérapeutique que ne le font les techniques ou les procédures. Ce critère de la relation et de la contribution du psychothérapeute est le meilleur critère pouvant servir à distinguer un psychothérapeute efficace d'un psychothérapeute qui l'est moins. Cette contribution s'effectue dans le cadre d'une interaction entre psychothérapeute et client et, dans toutes ces études, la perception subjective du patient y est cruciale. La contribution du psychothérapeute ne peut alors être étudiée comme une variable indépendante pouvant être mise en œuvre dans une procédure aseptisée appliquée à des patients vus comme interchangeables dès lors qu'ils ont le même problème. La mesure de l'efficacité thérapeutique ne prend tout son sens que dans l'étude complexe, dynamique et non linéaire des contributions du psychothérapeute, du client, de la relation et des techniques spécifiques. Ces facteurs sont indissociables. Plusieurs recherches suggèrent que les psychothérapeutes qui ont facilité la qualité de l'alliance thérapeutique et l'engagement émotionnel du patient dans l'application de techniques ou de procédures ont obtenu des progrès psychothérapeutiques significatifs, alors que les psychothérapeutes qui n'ont pas su négocier l'alliance thérapeutique et l'engagement émotionnel du patient et qui se sont limités à l'application de techniques ou de procédures ont obtenu des résultats nettement inférieurs, voire négatifs. Ce qui soulève la question de savoir comment réconcilier les aspects techniques des traitements dits supportés empiriquement avec l'expérience indépassable du processus émotionnel relationnel. Les approches varient dans l'importance qu'elles accordent aux caractéristiques du psychothérapeute et de la relation thérapeutique. À un bout d'un continuum, certaines les laissent de côté alors qu'à l'autre bout d'autres les considèrent comme l'élément central du traitement.

Pendant les deux prochains jours, nous nous pencherons sur ces questions fondamentales qui confrontent tout psychothérapeute. Plus encore, nous aurons le privilège unique d'inviter des représentants de chacune des quatre grandes approches reconnues par l'OPQ soit les approches psychanalytiques, humanistes, cognitivo-comportementales et systémiques à nous partager leur conception de la relation thérapeutique et de sa contribution au changement psychothérapeutique dans chacune de ces approches. Pour ce faire, nous avons conviés quatre formateurs-superviseurs, qui ont une longue expérience de pratique clinique dans leurs approches respectives, à nous partager leurs réflexions et leurs expériences d'être en relation.

S'est vite posée la question, est-ce possible pour chacun des conférenciers de représenter l'ensemble d'un courant psychothérapeutique ? Sachant que chacune des grandes approches comporte une diversité de conceptions psychothérapeutiques, on n'a qu'à penser aux divers courants de l'approche psychanalytique, des grandes vagues de la thérapie cognitivo-comportementale, des courants de psychothérapie humanistes ou encore ceux de l'approche systémique pour constater l'ampleur de la tâche. Et c'est sans compter que

la majorité des psychothérapeutes ne se définissent pas comme puristes mais pratiquent plutôt à différents degrés des approches intégratives.

Suite à une rencontre préparatoire, les conférenciers invités ont convenu de définir leur propre cheminement à l'intérieur de chacune des quatre grandes approches. Tout en reconnaissant leur cheminement singulier à l'intérieur de ces grandes approches, chacun a pu reconnaître plusieurs différences touchant leurs sensibilités épistémologiques, leurs conceptions du changement, le rôle de la relation et les caractéristiques du psychothérapeute. Après des années de pratique, de réflexions cliniques, théoriques et expérientielles chacun et chacune de nos conférenciers(ères) a partagé avoir développé une position théorique et technique qui s'intègre de plus avec qui ils(elles) sont. Cette position se manifeste entre autres dans leur manière d'être en relation et de penser la relation. C'est ce qu'ils vont nous partager.

La promotion de colloque laissait entendre que nous aurions le privilège d'entendre des maîtres de la psychothérapie. Sont-ils des maîtres de psychothérapie ? Souvent qualifié de maître par ses pairs, Rogers avait une manière éclairante de négocier cette question. Alors qu'on consacrait souvent jusqu'à 15 minutes pour l'introduire comme un grand maître, sa réponse à cette louangeuse présentation était de commencer sa prestation en disant « Mon nom est Carl Rogers ». Lorsqu'on lui demandait pourquoi, il prenait la parole de cette façon déroutante. Il répondait que c'était un moyen pour l'aider à se contacter dans toute sa subjectivité. Il poursuivait pour dire que s'il arrivait à être lui-même avec ses vulnérabilités, peut-être y aurait-il un moment de rencontre entre lui et nous. Il disait faire la même chose avant toute rencontre avec un client(e). N'est-ce pas là l'expérience même d'« êtres en relation » dans toute sa complexité ? Je pense que ce défi d'être vraiment soi-même voilà ce qui caractérise bien l'expérience, mon expérience et celle, je pense, de chacun des conférenciers invités. C'est peut-être ce qui définit ceux que l'on qualifie de maîtres. Comme Rogers je tiens pour suspecte une pensée fondée sur des certitudes qui tient à l'écart sa propre incertitude. Les quelques recherches portant sur ceux et celles qu'on appelle les maîtres de psychothérapie permettent de constater que ces psychothérapeutes formateurs, superviseurs et experts sont d'abord et avant tout des passionnés de l'humain. Passionnés à comprendre l'humain dans l'humain et l'humain en eux-mêmes. En reconnaissant le caractère subjectif et intersubjectif de la rencontre psychothérapeutique où toute intervention prend son sens, les techniques et les processus relationnels, l'émotionnel et le rationnel, le professionnel et le personnel peuvent être reconfigurés au-delà des polarisations.

Sans hésitation, je peux vous affirmer que nos conférenciers sont des passionnés de la psychothérapie et de l'humain dans l'humain. Quand nous les avons invités à participer à ce colloque, je leur ai proposé un exercice complexe qui exige flexibilité, rigueur et ouverture. Je leur ai soumis 5 catégories de questions touchant la relation thérapeutique et les caractéristiques du psychothérapeute. Nous leur avons demandé de répondre directement ou indirectement à ces questions dans le cadre de la présentation de leur approche respec-

tive. Pour faciliter les échanges avec les conférenciers et entre vous, nous vous avons remis le même document présentant les questions suivantes :

Pour reconnaître, préciser et décrire l'importance et la singularité de la relation thérapeutique dans des approches psychothérapeutiques bien établies au Québec. Pour aussi tenter d'offrir un cadre de réflexion et un langage commun, nous vous invitons comme représentants d'approches majeures de psychothérapie à considérer les grands paramètres suivants dans votre présentation.

1. *Que signifie « Êtres (psychothérapeute et patient(e) en relation » dans votre approche ?*
 - a. *Importance et place accordée à la relation thérapeutique*
 - b. *Comment pouvez-vous décrire l'expérience d'être en relation thérapeutique dans votre approche pour vous et pour le patient(e)*
2. *Considérant que tout changement significatif nécessite un lien émotionnel fiable et que les fluctuations, micro-ruptures et/ou ruptures relationnelles sont inévitables, le processus de réparation semble incontournable. Paradoxalement, plusieurs recherches nous informent que la majorité des psychothérapeutes, quelle que soit l'approche, éprouvent de nombreuses difficultés à traiter et réparer les fluctuations et les ruptures dans la relation. Or, les résultats de recherche soulignent que l'absence d'une alliance thérapeutique positive et que les ruptures relationnelles non réparées peuvent contribuer non seulement à l'abandon du processus d'intervention et peut-être plus encore, parfois, à des effets négatifs.*
 - a. *Comment les perturbations et ruptures relationnelles sont-elles considérées dans votre approche ?*
 - b. *Comment le processus de réparation est-il traité dans votre approche ? (Si possible une vignette clinique pour illustrer).*
3. *De plus en plus, les diverses approches reconnaissent l'interdépendance des facteurs relationnels et techniques dans l'évolution du processus psychothérapeutique. Ceci suggère que c'est dans le contexte relationnel dans lequel une technique ou intervention est appliquée qu'elle prend tout son sens et sa portée.*
 - a. *Qu'en pensez-vous ?*
 - b. *Décrivez et illustrez ce phénomène dans votre approche*
4. *Plusieurs considèrent que l'expérience de réparation de l'alliance thérapeutique considérée comme une nouvelle expérience relationnelle devrait être reconnue comme un facteur commun à toutes les approches que l'on pourrait qualifier d'expérience correctrice émotionnelle.*
 - a. *Qu'en pensez-vous ?*
 - b. *Comment considérez-vous l'expérience correctrice émotionnelle dans votre approche ?*
5. *Le psychothérapeute demeure encore à ce jour un facteur méconnu dans l'étude de l'efficacité de la psychothérapie. Pourtant dans des études portant sur l'efficacité, le facteur « psychothérapeute » explique plus la variabilité des résultats obtenus que les techniques et les approches spécifiques, l'expérience, la formation et le diagnostic.*
 - a. *Quelle importance est accordée aux facteurs liés au psychothérapeute dans votre approche ?*
 - b. *Comment l'impuissance du psychothérapeute est-elle considérée dans votre approche ?*

Quelle expérience de pouvoir entendre des représentants de quatre approches réfléchir à la place de la relation ! Cette expérience peut permettre non seulement de comparer la position des uns et des autres mais aussi vous aider à articuler voire consolider votre propre conception du rôle et de la place de la relation en psychothérapie. Pendant la présentation de chaque approche, vous êtes invités à vous demander comment chaque conférencier a répondu aux 5 catégories de questions portant sur la relation thérapeutique. Une période de 15 minutes vous sera accordé pour partager vos perceptions et réactions en sous-groupes de 3 personnes après chaque présentation d'une approche.

Nous vous invitons à noter vos questions, perceptions et réactions suite à chaque présentation pour préparer votre participation au panel de demain après-midi auquel participeront tous(tes)les conférenciers(ères). Ce sera un moment privilégié pour partager vos commentaires, soumettre vos questions aux conférenciers.



Perspectives relationnelles sur le processus et le changement psychothérapeutiques

Conférence de Conrad Lecomte

Je vous propose maintenant de prendre un moment pour contextualiser la problématique de ce colloque soit d'« Êtres en relation » en psychothérapie. À l'instar de Carl Rogers permettez-moi d'abord de vous dire que je m'appelle Conrad Lecomte. Si j'arrive à être vraiment moi-même pendant cette conférence, nous arriverons peut-être à être à une expérience de rencontre soit d'êtres en relation.

Problématique d'« Êtres en relation » en psychothérapie

Des recherches autant en psychologie du développement humain qu'en neurosciences démontrent que l'être humain se construit dans de multiples interactions relationnelles. C'est dans le contexte relationnel que le développement de la psychopathologie prend son sens. En particulier, parce que c'est dans l'expérience d'un lien affectif fiable que s'apprend la régulation affective qui est au cœur de toute psychopathologie. Qui dit troubles de régulation affective dit psychopathologie. La description des troubles psychologiques d'anxiété, de phobies sociales aux troubles de la personnalité repose essentiellement sur des indicateurs de troubles relationnels et de régulation affective problématique. Comprendre que les effets des traumatismes d'attachement et de la dérégulation affective sur l'expérience de soi, sur la vie relationnelle et sur la vulnérabilité aux troubles psychologiques donne des bases intégratives psychobiologiques (corps-esprit) rigoureuses aux traitements psychothérapeutiques.

Bien que certaines approches accordent peu ou pas d'importance à la relation psychothérapeutique, paradoxalement, les recherches en psychothérapie indiquent que la relation est le « sine qua non » de l'efficacité psychothérapeutique quelle que soit l'approche. Pour expliquer l'équivalence d'efficacité entre les approches psychothérapeutiques, le résultat le plus probant, est la valeur prédictive de la relation thérapeutique, en particulier de l'alliance thérapeutique et cela quelle que soit l'approche, le traitement ou les problèmes traités. L'expérience relationnelle du client où il se sent validé, soutenu et compris explique plus la variabilité des résultats obtenus comparativement aux techniques et méthodes utilisées (Wampold & Imel, 2015).

Pourquoi ? D'abord parce que l'expérience d'un lien émotionnel fiable prévisible est essentiel à tout changement significatif, en particulier pour le développement de la régulation affective du client. Parce que ce lien émotionnel fiable est souvent une nouvelle expérience correctrice relationnelle. Il peut permettre une expérience de transformation du modèle interne opérant problématique des patterns d'attentes de soi et des autres. On peut alors parler de transformation de la mémoire émotionnelle.

Comme dans le processus d'établissement et de maintien de ce lien émotionnel fiable, les fluctuations et les ruptures relationnelles sont inévitables dans la rencontre de deux subjectivités avec des histoires relationnelles différentes, il est crucial que le psychothérapeute devienne un expert de la réparation relationnelle. Considérant que notre capacité à établir et réparer l'expérience d'un lien émotionnel fiable est intimement liée à notre propre histoire d'attachement et de régulation affective, les enjeux pour la pratique et la formation qui en découlent sont importants.

Contextualisation des questions portant sur la relation thérapeutique

Je vous propose maintenant de contextualiser brièvement les catégories de questions portant sur la relation thérapeutique qui ont été soumises aux conférenciers et que vous avez en main. J'espère ainsi nourrir votre réflexion tout en nous donnant un langage commun pour analyser cette problématique.

1. Importance et place de la relation thérapeutique

Depuis quelques années, nous assistons à un changement de paradigme. Nous sommes passés de l'enfant clinique inféré de Freud et de l'enfant objectif des recherches expérimentales à l'enfant observé dans son expérience subjective en interaction avec des personnes significatives en particulier avec la mère.

Les résultats de nombreuses recherches sur le développement de l'enfant, l'attachement et les neurosciences permettent de conclure que :

- a. le psychisme humain se construit en interaction (Schoore, 2003). Il faut se sentir connu pour se connaître et connaître l'autre (Lyons-Ruth, 1998).
- b. la personne est construite par le contexte relationnel qu'elle participe à construire dans une expérience de co-construction. Il en résulte une interdépendance indissociable de l'intrapsychique et de l'interpersonnel.

Ces résultats de recherches amènent à conclure que l'expérience d'attachement sécurisée est essentielle au développement d'un soi cohésif et cohérent dans le temps, à la capacité d'adaptation et d'être avec l'autre et d'être distinct de l'autre (Sroufe, 2005).

Tentons de préciser davantage comment se construit le psychisme humain en interaction. Des recherches portant sur les interactions microscopiques de moment en moment soit en millisecondes démontrent la co-création de patterns d'interaction et de dialogue en action (Stern, 2004). Les multiples interactions créent des patterns récurrents qui agissent comme des attentes anticipatoires de régulation interactive et de régulation affective

qui déterminent l'attachement et l'adaptation la vie durant. Dès la naissance, le bébé est capable de déceler les contingences des actions de sa mère et des siennes. Les patterns d'attentes de 4 mois inscrites à un niveau implicite/procédural prédisent l'attachement à 12 mois (Beebe & Lachmann, 2013). À leur tour les patterns d'attachement à 12-18 mois prédisent des aspects déterminants de l'adaptation de la vie adulte. Ces patterns d'attentes anticipatoires généralisés deviennent les fondements d'une trajectoire de la régulation affective et des patterns d'attentes relationnelles de la naissance jusqu'à l'âge adulte qui peuvent être modifiés sous certaines conditions.

Pour illustrer l'importance et la complexité de ces interactions microscopiques qui créent des patterns récurrents, je vous invite à regarder attentivement le vidéo préparé par Béatrice Beebe. Dans ce video, elle nous invite à observer une expérience inattendue d'une grande importance. Dans un premier temps, nous pouvons observer en temps réel pendant environ 2 minutes l'interaction d'une mère avec son bébé de 4 mois. On peut observer une mère et son bébé qui tentent d'harmoniser leurs expressions faciales, leurs mouvements, leur posture, leur toucher, leur tonalité, leur prosodie, leurs regards et leur niveau d'activation. On a alors l'impression d'une expérience magnifique d'harmonisation. Puis Béatrice Beebe a eu l'idée de visionner ces mêmes interactions mais image par image soit en millisecondes. Elle fait alors une découverte surprenante. On y découvre une expérience d'interaction insoupçonnée. L'effort de synchronisation entre le bébé et sa mère nous apparaît dans toute sa complexité. Expérience bouleversante ! On assiste à une recherche soutenue de dialogue en action. Des moments de dérégulation interactive et affective insoupçonnés lors du visionnement en temps réel sont maintenant visibles. Quelle expérience d'observer l'impact interactif négatif chez le bébé et la mère dans un moment de dérégulation interactive et affective. On peut observer l'importance de la présence attentive de la mère à reconnaître ce moment urgent de dérégulation qui demande réparation. Puis le processus de réparation qui s'actualise pour permettre autant au bébé qu'à la mère de retrouver leur synchronisation vitalisante et même plus encore de consolider leur plaisir d'être en relation.

Ces interactions permettent de voir comment la personne est construite par le contexte relationnel qu'elle construit aussi dans une expérience de co-construction. Il en résulte l'expérience d'interdépendance indissociable de l'intrapsychique et de l'interpersonnel. L'analyse de ces interactions au cœur de l'expérience de l'attachement ont permis d'identifier de grands principes organisateurs du psychisme humain soit la régulation interactive et la régulation affective.

Régulation interactive

Qu'entend-on par régulation interactive ? C'est d'abord un processus d'influence que chaque personne exerce sur l'autre (le temps de parole, les regards, les mouvements non-verbaux, etc.). Comment tu m'affectes et comment je t'affecte. Suite à de multiples interactions explicites et implicites s'établissent des patterns d'attentes de part et d'autre. Avec la récurrence de ces patterns se créent des attentes anticipatoires généralisées interactives à un niveau d'abord surtout implicite procédurale, et plus tard à partir de 18 mois dans

un système de mémoire déclarative explicite et symbolisée. Dit simplement, on peut formuler ces attentes en termes de comment je m'attends d'être affecté par toi et de comment je m'attends de t'affecter. Le bébé comme la mère, le patient comme le psychologue tentent d'arriver à une régulation interactive où l'ensemble des actions de l'un sont harmonisées, moment par moment, à celles de l'autre de manière prévisible et fiable tout en reconnaissant la singularité de chacun. L'interaction de deux subjectivités font vite découvrir à l'un et l'autre l'expérience fréquente de la dérégulation interactive accompagnée par la quête de retrouver une synchronisation nécessaire au développement de l'un et de l'autre.

Régulation affective

On parle ici de la capacité de la personne à réguler ses états internes qui se développent en interaction en particulier de la régulation de l'activation de l'expérience somatique et de l'expérience affective. Cette capacité de régulation somato-affective se développe en interaction comme on a pu l'observer l'interaction mère-bébé du video. Comment ? À travers l'expérience répétée d'interactions contingentes, congruentes et différenciées du parent qui ont pour fonction d'aider l'enfant d'abord à reconnaître ses expériences internes en particulier l'activation somatique et affective et à les réguler d'abord avec le parent, puis progressivement par lui-même (Fonagy & Target, 2007).

La figure 1 présente une synthèse de la régulation interactive et de la régulation somato-affective que je viens de vous décrire.

2. Établir, maintenir et réparer la relation thérapeutique

Dans la recherche d'harmonisation entre la mère et le son bébé, les fluctuations et les ruptures interactives sont inévitables comme nous avons pu l'observer. Les résultats de recherche indiquent que dans l'interaction mère-enfant on observe des expériences de dés-harmonisation affective les 2/3 du temps, soit une fois à toutes les 3 à 5 secondes. On constate que l'expérience de dérégulation interactive et affective est accompagnée par une expérience de honte qui nécessite réparation pour non seulement rétablir la régulation interactive et affective mais aussi pour consolider le lien de fiabilité, l'estime de soi et permettre des apprentissages significatifs.

En psychothérapie, ces fluctuations et ruptures sont inévitables en particulier avec des personnes qui n'ont pas ou peu connu l'expérience de liens fiables. Ce qui représente la majorité des personnes qui viennent nous consulter. Des personnes qui ont vécu des expériences répétées de négligence, d'abus, d'abandon, de rejet ou de chaos émotionnel qui n'ont pas vécu l'expérience de développer une régulation affective dans une relation significative.

Daniel Stern nous informe que les moments inévitables de dérégulation deviennent en fait des moments d'urgence relationnelle. Moments de détresse souvent de honte si le psychologue sait les reconnaître pour rétablir une régulation interactive. Ces moments d'urgence peuvent alors devenir des moments de rencontre et permettre des avancées si-

gnificatives en psychothérapie. Sinon ces moments d'urgence de dérégulation interactive et affective non réparés risquent d'entraîner des expériences négatives.

Sujet souvent méconnu. Pourtant les fluctuations et les ruptures sont fréquentes en psychothérapie (Muran, 2017). L'espoir déçu d'être enfin compris et entendu résulte souvent en une expérience de retraumatisation relationnelle. Expérience souvent accompagnée de honte.

Compte tenu de la fréquence des ruptures inévitables et de leur impact considérable, il devient crucial que le psychothérapeute devienne un expert de la réparation relationnelle. Force est de constater qu'il s'agit d'un processus difficile pour la majorité des psychothérapeutes. Les résultats de recherches indiquent qu'une minorité de psychothérapeutes arrivent à reconnaître les indicateurs de ruptures relationnelles et à être capables de s'engager dans le processus de réparation relationnelle (Safran, 2012).

Les implications sont importantes. En effet, les ruptures non réparées amènent une exacerbation de dérégulation affective s'exprimant soit par des tentatives de régulation affective par le retrait, ou par une quête anxieuse envahissante ou par une dérégulation chaotique. Trop souvent, il en résulte des abandons thérapeutiques et des effets négatifs de retraumatisation relationnelle.

3. L'expérience correctrice, une nouvelle expérience relationnelle

L'expérience d'être entendu, compris et validé en particulier suite à une rupture relationnelle représente souvent une nouvelle expérience relationnelle que plusieurs auteurs ont qualifié d'expérience correctrice. De plus en plus considéré comme un facteur commun à toutes les approches psychothérapeutiques, nous assistons à la formulation de multiples conceptualisations qui peuvent se résumer en deux grandes catégories. Une première catégorie consiste en une expérience d'infirmité des attentes conscientes ou inconscientes. On peut décrire cette infirmité comme une expérience nouvelle de soi et de l'autre dans le contexte psychothérapeutique qui infirme le schème de référence résultant en de nouvelles pensées, sensations, émotions ou de nouveaux comportements à propos de soi et des autres. Une deuxième catégorie consiste plutôt en une expérience correctrice qui se manifestent par la mise en place de nouveaux comportements ou de nouvelles pensées qui peuvent entraîner des modifications émotionnelles et/ou relationnelles (Castonguay & Hill, 2012). Par exemple l'utilisation de nouveaux comportements en psychothérapie et hors psychothérapie qui infirment des appréhensions et des émotions négatives (ex . : TCC).

Pour bien comprendre l'importance de l'expérience correctrice en psychothérapie, il importe de souligner que cette expérience vient infirmer des attentes généralisées face à soi et aux autres suite à de multiples interactions depuis la naissance. Ces attentes généralisées se sont construites dans des contextes relationnels et leur modification requièrent aussi des nouvelles expériences relationnelles d'infirmité fiables. On peut facilement imaginer que pour modifier de telles attentes généralisées, plusieurs expériences d'infirmité seront requises. Ceci dit il est important de reconnaître qu'il est loin d'être simple d'of-

frir des expériences relationnelles de fiabilité prévisible, contingente et congruente. Pourtant, cette expérience semble nécessaire pour infirmer et transformer les attentes anticipatoires de soi et des autres. Ce qui nous ramène à l'importance de la réparation des ruptures relationnelles inévitables. Le patient pourra vivre l'expérience correctrice émotionnelle de pouvoir compter sur la fiabilité du lien avec l'autre même dans les moments de ruptures où il sait qu'ensemble ils arriveront à une expérience prévisible de fiabilité. Cette nouvelle expérience relationnelle peut entraîner des changements multiples de régulation des états internes et relationnels jusqu'à des transformations plus profondes de patterns d'attentes anticipatoires généralisées.

4. Techniques et relation thérapeutique. Sont-elles réconciliables?

Depuis plus de 50 ans, on peut observer une tension importante en psychothérapie entre la place et le rôle des techniques et de la relation dans l'analyse de l'efficacité de la psychothérapie. Pour plusieurs le changement est avant tout lié à l'utilisation de techniques ou de procédures alors que pour d'autres l'expérience relationnelle est déterminante. Malgré que de nombreuses recherches démontrent que ces deux facteurs sont indissociables, le débat persiste en particulier lorsqu'il s'agit de démontrer l'efficacité de traitements supportés empiriquement. L'évolution récente des traitements en psychothérapie qui deviennent de plus en plus manualisés avec un échancier de plus en plus court, soulève des questions fondamentales sur la place et le rôle de la relation.

Ce débat aurait avantage à tenir compte de ce que nous indique de nombreux résultats de recherches à savoir la nécessité d'un lien émotionnel fiable pour tout apprentissage ou changement significatif. Nous avons pu observer que ce lien de fiabilité se construit dans la recherche d'harmonisation interactive et affective toujours dynamique et non-linéaire comportant des inévitables micro et macro ruptures qui doivent être réparées pour retrouver une régulation interactive et affective qui permettent de nouveaux apprentissages sur soi et les autres. Les implications sont importantes pour la psychothérapie. On peut alors se demander comment réconcilier la nécessité fondamentale pour tout changement significatif d'une harmonisation affective et relationnelle fiable et prévisible de moment en moment entre psychothérapeute et patient avec l'application d'une activité, d'une technique, d'une procédure ou d'un programme d'intervention manualisé ?

Des résultats de recherche offrent des pistes de réponse et de réflexion. En voici quelques-uns des plus représentatifs. D'abord, la recherche de facteurs explicatifs de la réussite scolaire effectuée par Hattie qui a inventorié plus de 800 méta analyses pour découvrir que la relation entre l'enseignant et l'élève prime sur tous les autres activités. Le même résultat avait été obtenu pour expliquer l'adaptation sociale et professionnelle dans une étude longitudinale de plus de 75 ans réalisée à l'université Harvard. En psychothérapie, des études portant sur la dépression ont clairement établi que l'utilisation isolée d'une technique comme la restructuration cognitive avait soit peu d'effets ou encore des effets négatifs en comparaison à un processus d'intervention qui s'appuie sur la relation et l'expérience émotionnelle du patient pour appliquer la même technique (Castonguay et al., 1994).

Enjeu important et complexe. Comment assurer une harmonisation interactive et affective soutenue dans l'application d'une technique ou procédure ? Tout un défi soit être attentif et sensible à l'expérience de régulation affective et d'activation du client de moment en moment et de la sienne pour tenter de s'harmoniser mutuellement en étant attentif à son impact sur le client tout en étant disponible à se laisser affecter par l'expérience du client pour parvenir à ajuster sur mesure le processus d'intervention. On peut conclure que d'une certaine façon toute intervention est relationnelle et toute expérience relationnelle est une intervention. Dans ce processus complexe le psychothérapeute se doit d'être contingent différencié, congruent et prévisible.

On peut conclure qu'à chaque instant du processus d'intervention, l'impact de toute forme d'intervention est intimement lié aux expériences de régulation affective et relationnelle interactive qui se vivent de moment en moment. Expériences de régulation qui passent d'harmonisation à des moments de désharmonisation soit de ruptures puis optimalement à des expériences de réparation et de réharmonisation. Tout changement significatif durable repose sur l'expérience d'une harmonisation affective et interactive qui permet un lien affectif fiable et prévisible implicite et explicite. Les expériences de désharmonisation affective et interactive vécues comme une retraumatisation peuvent entraîner des stratégies d'autoprotection et des effets négatifs. Quelle que soit l'approche un tel processus exige engagement et disponibilité émotionnelle et cognitive du psychothérapeute bien au-delà des techniques et des théories.

5. L'importance du psychothérapeute

Il est quand même étonnant que dans une démarche aussi personnelle et subjective que la situation thérapeutique que l'on tente encore d'annuler, d'uniformiser voire d'aseptiser toute influence humaine et subjective du psychothérapeute dans la plupart des traitements supportés empiriquement. Le psychothérapeute demeure encore à ce jour un facteur méconnu dans l'étude de l'efficacité de la psychothérapie. Pourtant si on peut conclure que les approches en psychothérapie sont d'égale efficacité, les psychothérapeutes, eux, n'obtiennent pas des résultats équivalents. Plus encore, dans les études portant sur l'efficacité, le facteur « psychothérapeute » explique plus la variabilité des résultats obtenus que les techniques et les approches spécifiques, l'expérience, la formation et le diagnostic (Wampold & Imel, 2015).

Les psychothérapeutes varient de façon significative dans la capacité à établir, maintenir et réparer l'alliance thérapeutique. Considérant l'importance de pouvoir s'appuyer sur un lien émotionnel fiable pour risquer d'être vulnérable et engager des changements significatifs, les implications pour toute forme de psychothérapie sont considérables. D'autant plus que la capacité à créer un lien affectif sécurisant et une expérience d'intimité soutenue est intimement liée à notre histoire d'attachement et de régulation affective et à notre relation avec cette histoire.

Bien que les techniques et les théories soient utiles et nécessaires, le psychothérapeute s'engage également avec ses déficits et ses ressources dans le dialogue thérapeutique. Le style d'attachement et de régulation affective des parents influence le parentage l'expé-

rience d'attachement et la régulation affective de l'enfant; de façon similaire le style d'attachement et la régulation affective du psychothérapeute façonne l'expérience psychothérapeutique. Les patterns d'attachement du psychothérapeute influencent non seulement sa façon d'entrer en relation mais aussi sa façon de percevoir de sentir et de penser. Son histoire et ses stratégies d'attachement et de régulation affective entre en interaction avec celles du client. C'est quand le psychothérapeute arrive à établir un climat de réflexivité mutuel fondé sur une régulation affective relationnelle fiable que les états affectifs dissociés dérégulés peuvent être régulés et intégrés. On peut en conclure que plus le psychothérapeute est réflexif et capable de mentaliser ses états internes et ceux du client plus des changements significatifs sont observés. C'est ce que des recherches commencent à démontrer.

Plusieurs résultats de recherches permettent de conclure que quelle que soit l'approche, les psychothérapeutes qui obtiennent les meilleurs résultats sont ceux qui tout en maîtrisant des théories et des techniques, savent les utiliser sans rigidité. Ils sont toujours prêts à les adapter, afin de favoriser la rencontre et le processus de changement.

Ce qui suppose des psychothérapeutes sensibles à l'importance du lien, à ses fluctuations et aux ruptures. Des intervenants engagés radicalement à maintenir et réparer le lien émotionnel relationnel. Attentifs à l'expérience affective implicite et explicite du client tout en étant aussi attentifs à réguler de moment en moment leur propre expérience affective pour offrir des interventions ajustées sur mesure aux besoins du client.

Conclusions

En guise de conclusions permettez-moi de vous offrir quelques réflexions qui me semblent résumer l'essentiel de mon propos.

Pendant longtemps j'ai accordé une grande importance au fameux « Connais-toi toi-même » de Platon. Énoncé que Freud a repris à sa manière dans ses propositions. Un tel précepte semble fondamental tout psychothérapeute qui veut éviter d'être un cordonnier mal chaussé. Penser comme un travail solitaire, un tel projet devient vite illusoire voire une mission impossible. Les travaux sur le développement de l'enfant, nous ont fait constater que pour se connaître et faut avoir été connu. Il faut se sentir connu pour se connaître et connaître l'autre. Ces résultats de recherches confirment ce que Buber affirme depuis longtemps dans ses travaux soit « Je suis parce qu'il y a eu un « tu » ».

C'est dans la relation qu'apparaît le « je » et le « tu ». Yalom pousse plus loin cette affirmation, en disant que le premier ingrédient de toute psychothérapie c'est la relation. Pour lui « C'est la relation qui soigne. Il n'existe pas de vérité plus grande en psychothérapie »

Ce qui m'amène à conclure qu'on se construit en relation et on guérit en relation.

En ce sens, l'étude de l'efficacité et du changement thérapeutiques nous invite à reconnaître que l'impact des techniques et des interventions est intimement lié aux caractéristiques du psychothérapeute, du client et de leur relation. Le cœur de tout processus psycho-

thérapeutique repose sur la régulation d'un dialogue affectif entre deux personnes leur permettant d'effectuer des tâches thérapeutiques liées à des objectifs

Références

Beebe, B. et Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment : Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ : The Analytic Press.

Beebe, B. et Lachmann, F. (2013). *The origins of attachment : Infant research and adult treatment*. New York, NY : Routledge.

Beebe, B., Cohen, P. et Lachmann, F. (2013). *The mother-infant interaction picture book : Origins of attachment*. New York, NY : W. W. Norton & Company.

Buirski, P. et Haglund, P. (2001). *Making sense together : The intersubjective approach to psychotherapy*. Lanham, MD : Jason Aronson, Inc.

Buirski, P. (2005). *Practicing intersubjectively*. Lanham, MD : Jason Aronson, Inc.

Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B .E. et Hubble, M.A. (2010). *The heart and soul of change : Delivering what works in therapy* (2e éd.). American Psychological Association.

Ginger, S. (2006). *Être psychothérapeute : questions pratiques et enjeux*. Paris : Dunod.

Jaenicke, C. (2008) *The risk of relatedness : Intersubjectivity theory in clinical practice*. Lanham, MD : Jason Aronson, Inc.

Lecomte, C. (1999). Face à la complexité et à l'incertitude: l'impossibilité de se défaire de soi. *Revue Québécoise de Psychologie*, 20(2), 37-63.

Lecomte, C. et Savard, R. (2017). La formation des superviseurs : enjeux et défis. *Revue Carriérologie*, 13(3), 203-226.

Lecomte, C. et Savard, R. (2006). La supervision clinique : Un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. Dans T. Lecomte et C. Leclerc (Éds.), *Manuel d'intervention psychiatrique : Interventions de pointe*. Montréal : Presse de l'Université du Québec.

Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie clinique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 73-102.

Lecomte, C. et Lecomte, T. (1999). Au-delà et en deçà des thérapies cognitives pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : les facteurs communs. *La Revue de santé mentale au Québec*, 21(4), 5-12.

Lecomte, C., Savard, R. et Guillon, V. (2011). Alliance de travail : élément pivot de la réadaptation au travail. Dans M. Corbière et M.J. Durand (Éds.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. Presses de l'Université du Québec : Montréal.

- Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing : Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 18, 282-291.
- Orange, D. (1995). *Emotional understanding : Studies in psychoanalytic epistemology*. New York, NY : Guilford press.
- Safran, J. D. et Muran, J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance : A Relational Treatment Guide*. New York, NY : Guilford press.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal of the infant*. New York, NY : Basic Books.
- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York, NY : W. W. Norton & Company.
- Tronick, E. (2007). *The neurobiological and social emotional development of infants and young children*. New York, NY : Norton.
- Vinot-Coubetergues et Marc, E. (2014). *Les fondements des psychothérapie : de Socrate aux neurosciences*. Paris : Dunod.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York, NY. Guilford press.



De relation, de modèle et de technique



Présentation de Pierre Cousineau par Conrad Lecomte

Je voudrais entrer en relation, comme dit Pierre, est-ce possible d'entrer en relation ? Alors, je veux juste brièvement vous présenter Pierre Cousineau, que je pense que la plupart d'entre vous connaissez. Vous savez quand on présentait Carl Rogers ça prenait un CV très élaboré. Si j'avais à présenter Pierre ça serait aussi pas mal élaboré. Alors, on a choisi plutôt de présenter les conférenciers, de façon brève, et je vais vous dire un peu quelle est mon expérience de Pierre. J'avais écrit un petit texte là-dessus que je n'ai pas, parce que je n'ai pas pu l'imprimer, donc je vais y aller spontanément. Pierre c'est quelqu'un que je connais depuis pas mal d'années, on a partagé pas mal de moments, je ne dirais pas le nombre d'années mais 25 ans au moins. Si j'avais à vous dire une caractéristique de Pierre que moi je trouve attachante et importante dans le travail qu'il fait, c'est vraiment un passionné du savoir. Je pense que j'ai rarement rencontré quelqu'un d'aussi passionné d'apprendre, une curiosité, une fougue de jeunesse à l'apprentissage. C'est un éternel apprenant. C'est quelqu'un qui non seulement, je ne le dis pas du bout des lèvres, mais c'est quelqu'un qui a une discipline quotidienne d'être quelqu'un qui se met en position d'apprendre avec lui-même et pour les autres, par des lectures et par un travail sur lui-même. Dans ce sens-là, donc c'est vraiment un passionné de l'humain et de l'humain dans l'humain.

Conférence de Pierre Cousineau

Merci Conrad, j'ai appris quelque chose dans ce que tu as dit plus tôt. Tu as parlé de notre anticipation de l'impact qu'on aura sur les autres. Pour moi, les moments les plus difficiles quand je viens dans des conférences comme celles-ci, ce sont les 5 à 7. Parce que dans ce genre de situations je ne me sens pas bien, je ne sais jamais trop quel genre de conversation tenir, ce genre de choses-là. Et là, ça permet déjà d'illustrer un principe de la thérapie des schémas, ce qu'on appelle la contre-attaque. Donc, une façon d'avoir de l'impact c'est de se planter debout devant une salle comme celle-ci. (Les participants rient) D'ailleurs, on se demande toujours pourquoi on fait ça, surtout 5-10 minutes avant que ça commence ; on se dit pourquoi est-ce que je me suis mis dans cette situation-là ? Mais bon, puisque j'y suis, alors j'y reste. Je souligne encore que j'ai énormément apprécié la présentation de Conrad, à plusieurs niveaux. D'abord parce qu'il m'a ouvert une belle porte d'entrée, peut-être sans le savoir, quand il a parlé d'attente anticipatoire. Justement, les schémas dont des attentes anticipatoires et ce sujet sera essentiel à travers les nombreuses choses dont je vais parler aujourd'hui.

Alors c'est pour cela que j'ai intitulé cette présentation de relations, de modèles et de techniques, parce que vous allez observer sur une de mes diapositives que je me pose la

question de leur interaction, tout en reconnaissant, et là je fais tout à fait confiance à Conrad, que la relation a été établie comme facteur fondamental dans les recherches sur la psychothérapie.

Dans mon expérience personnelle, je pense qu'effectivement la relation joue énormément. D'ailleurs, je trouve que comme psychologue ou psychothérapeute, nous sommes extrêmement privilégiés. Pour beaucoup d'entre nous qui sommes des carencés affectifs, quoi de mieux que d'être en contact, de façon aussi intense, aussi authentique à la journée longue, avec des gens, qui même s'ils nous mentent ou nous cachent des choses à l'occasion, nous disent surtout des choses qu'ils ne disent pas à d'autres. N'est-ce pas ? Souvent, on en sait plus que le conjoint, ou la conjointe, sur ces personnes-là. Et donc, en dehors de ma curiosité, mon besoin de relation fait que par exemple, lorsque parfois on me demande, toi tu fais seulement de la supervision, je réponds non. J'ai un quota d'heures de supervision parce que ces rencontres, ces moments extraordinaires de rencontre avec les gens demeurent une source de nourriture qui est toujours là même après 42 ans. Aussi, quand on me demande quand prends-tu ta retraite, c'est comme si je ne comprenais même pas la question tant ça ne réfère à rien chez moi. Je ne vais quand même pas me mettre à jouer au golf alors que j'ai tout ce plaisir-là au quotidien !

Commençons donc par une mise en contexte. Dans ma présentation d'aujourd'hui, certaines choses pourront vous apparaître familières, d'autres moins. On nous demandait de répondre à des questions et j'ai donc essayé de l'organiser d'une façon cherchant à répondre aux questions de Conrad le mieux possible. Donc la mise en contexte. Lorsqu'on me demande c'est quoi mon approche psychothérapeutique, je ne sais pas trop quoi répondre ; si vous allez voir sur le site de l'OPQ, je n'ai coché aucune approche. Mais on peut certainement dire que c'est une approche que l'on pourrait qualifier d'intégrative.

Pour mettre cela dans un contexte encore plus personnel, au début de ma pratique dans les années 70, la psychologie n'avait pas la considération qu'elle a aujourd'hui. De plus, je venais d'une famille de gens d'affaires pour qui ces choses-là n'existaient pas. Mon père était d'ailleurs bien inquiet de me voir choisir cette profession. Je me rappelle qu'il me demandait ce que j'étudiais dans les faits et, plus tard, il a vérifié si effectivement des gens me payaient simplement pour me parler ! À cette période de ma vie, je n'étais pas vraiment détaché des attentes de mes parents. Et donc je cherchais à trouver des réponses concrètes à leurs interrogations, doutes et inquiétudes. C'est à cette période de ma vie que j'attribue mes balbutiements d'intégration. Souvent on me classe comme cognitivo-comportementaliste et c'est bien vrai que j'avais choisi d'aller faire mon doctorat au début des années 70 à University of Waterloo où l'un de mes professeurs était Donald Meichenbaum, à une époque où nous étions bien peu à sortir du Québec. À une époque aussi où l'approche cognitivo-comportementale n'avait pas du tout le pouvoir qu'elle a aujourd'hui. Mais en même temps j'étais patient sur un divan de psychanalyste. Et l'un de mes rêves de l'époque était d'arriver à intégrer béhaviorisme et psychanalyse. Concrètement (rappelez-vous ma famille), une solution avait été d'étudier les comportements d'évitement des rats dans des boîtes de Skinner parce que je me disais que ça devait bien avoir un lien avec les mécanismes de défense. Tout cela s'est évidemment complexifié plus tard, mais pour plusieurs je suis demeuré un cognitivo-comportementaliste – ce n'est pas un problème en soi, mais ça ne décrit pas vraiment bien où j'en suis. Quand on donne régulièrement des conférences et des formations, on devient un personnage public et toutes sortes de choses circulent à notre sujet ; plusieurs sont d'ordre de la rumeur. Certaines sont cocasses. Par exemple on m'a souvent attribué une résidence à Québec ; ça ne me déplaît pas du tout, mais en fait je suis de Montréal. Aussi, une autre rumeur m'attribue une personnalité obsessionnelle-compulsive ! Ce n'est pas tout à fait faux, mais ça fait plutôt

référence à la première partie de ma vie. Moins vrai pour les 20 dernières années, parce que maintenant je fonctionne beaucoup à l'intuition. Je fais énormément confiance aux émergences, aux hasards, aux coïncidences comme le dirait Carl Jung. Et pour un cognitivo-comportementaliste, il est intéressant de mentionner que j'ai été faire un pèlerinage à Zurich pour aller sur la tombe de Jung. Je me suis même présenté devant sa maison, passé les grilles du jardin afin de m'approcher de la porte d'entrée pour y lire les fameuses inscriptions dont il parle dans son autobiographie. J'ai aussi fait un après-midi de lecture à la bibliothèque de son Institut. Et pour faire le lien avec le sujet d'aujourd'hui, cet engouement pour Jung a été nourri par mon travail clinique, en relation avec une patiente. Cette patiente était une spécialiste de Carl Jung et en parlait régulièrement en entrevue. Et elle reprenait régulièrement le travail que l'on faisait en l'associant à la théorie de Jung. J'ai possiblement été très attentif à ses intérêts ! Et c'est comme si les coïncidences se sont introduites dans ma vie.

Et ici un exemple de coïncidence. J'étais à Paris quelques mois plus tôt où je donnais une formation sur la thérapie des schémas. Et lors de ces présentations, je prends toujours le risque de me mettre la tête sur le billot en demandant si un participant accepterait de collaborer à une démonstration comme patiente ou patient. Et quand je fais ce genre d'interventions, j'utilise maintenant beaucoup une technique dont je vais parler tout à l'heure, la thérapie de la cohérence.

Et donc cette participante se présente, une démonstration qui ne dure que 20 minutes. Et elle me dit après l'intervention, avec des vérifications par la suite, que ça a complètement changé un des problèmes ou un des symptômes qu'elle présentait depuis fort longtemps. Je me dis tiens, ça c'est absolument parfait. Je lui ai expliqué la nature de ce colloque et lui ai demandé si elle acceptait de m'expliquer ce qui selon elle s'était passée durant notre brève rencontre.

Si on retourne à mon parcours en thérapie des schémas, c'est mon addiction à la lecture qui m'a fait tomber sur la première plaquette publiée par Young sur le sujet. Et le hasard a voulu que l'OPQ cherchait un conférencier international pour son congrès à ce moment-là, et qu'on m'ait demandé si j'avais une suggestion. Et voilà que Young vient présenter à Québec au congrès de l'OPQ dans le milieu des années 90. Comme j'avais fait tous les contacts et les arrangements, j'ai demandé en échange d'être celui qui l'accueillerait. Et c'est ce qui a fait que Young s'est retrouvé dans ma vie et est devenu avec le temps un ami personnel. Une raison importante de notre rapprochement est que son approche me permettait enfin cette fameuse intégration dont je rêvais depuis si longtemps ; le cognitif, le comportemental, le relationnel et l'expérientiel.

J'ai aussi fait beaucoup d'autres choses par la suite. C'est connu que je pratique la méditation pleine conscience depuis fort longtemps. Et cette pratique m'a fait réaliser quelque chose d'essentiel. Comparant cette expérience à mes quelques +20 années de psychothérapie personnelle – vous voyez que ça ne fait pas très TCC comme présentation, 22 ans de thérapie personnelle avec des thérapeutes de différentes écoles, mais principalement de l'école psychodynamique. Donc, pour revenir à la méditation pleine conscience, quel ne fut pas mon étonnement de réaliser que cette pratique régulière m'apportait des choses que mes nombreuses années de thérapie personnelle ne m'avaient pas apporté. Cela m'a conduit à faire une présentation à un congrès de l'OPQ intitulé ce que la méditation apporte et que la psychothérapie n'apporte pas et qu'est-ce que la psychothérapie apporte que la méditation n'apporte pas. Cet intérêt pour la méditation pleine conscience m'a conduit par hasard encore une fois à des contacts avec des personnes pratiquant la thérapie ACT, une thérapie

comportementale qualifiée de troisième vague. C'est à cette période que j'en suis arrivé à intégrer neurosciences, thérapie des schémas, pleine conscience et ACT dans un outil thérapeutique appelé Fiche mémo pleine conscience qui me permettait enfin de pouvoir donner une réponse aux patients me demandant, oui, mais qu'est-ce que je peux faire maintenant avec ces réactions qui me dérangent ; trouver une façon de réguler la réactivation d'un schéma dont je ne peux nier la présence et la propension à l'action.

Côtoyer les gens de ACT a permis la rencontre de Matthieu Villatte, qui est devenu un ami. Matthieu est un spécialiste reconnu mondialement de la Théorie des cadres relationnels, une théorie pas trop facile à comprendre sur le langage. Elle découle des théories de l'apprentissage remontant à Skinner. L'intérêt pour moi de cette approche est de percevoir le langage sous l'angle de sa fonctionnalité plutôt que sous celui de son contenu. Et cela rejoignait une pensée qui m'était apparue spontanément il y a quelques années, une émergence : lorsque que quelqu'un me parle, j'accorde peu d'importance au contenu, j'attends de comprendre l'intention qu'il défend. Le langage est aussi un comportement, un comportement qui a une fonction. Et lorsqu'on ne s'arrête qu'au contenu, on perd en partie l'enjeu relationnel joué autour du langage.

Le dernier bébé de cette longue liste est la thérapie de la cohérence sur laquelle je reviendrai plus tard. Elle a répondu à une interrogation que j'avais auparavant quand je pensais aux troubles de la personnalité. Ils sont associés à des expériences relationnelles, mais comment ces expériences gardent-elles leur pouvoir sur nous sinon à travers des engrammes qu'elles ont configurés dans nos circuits neuronaux, donc de notre mémoire. C'est pourquoi même quand une personne n'est pas devant nous, on peut être en relation. Par exemple, quand je fais une présentation comme celle-ci, j'étais déjà avec vous hier même si je ne connais pas la majorité d'entre vous. J'avais déjà mes attentes anticipatoires par rapport à vous. Ça peut ainsi être, est-ce que ça va être une catastrophe ou un succès ? Si ma mémoire se manifestait sous la forme du syndrome de l'imposteur, elle pourrait me proposer est-ce que c'est aujourd'hui que tout va s'effondrer ? Je souhaite que non, mais tout pourrait s'effondrer si facilement. Il y a une cohérence à une telle attitude, à nous de la trouver.

Une autre influence importante sur moi a été celle de François Dumesnil, un psychologue québécois que peut-être plusieurs d'entre vous ne connaissez pas. Il a écrit un livre pour les parents, *Parents responsables, enfants équilibrés*, qui a eu un certain succès de librairie. Mais c'est plutôt une publication d'il y a une trentaine d'années, *Le destin psychique de l'enfant*, qui me l'avait fait connaître. François Dumesnil est un psychologue psychodynamicien ayant surtout travaillé avec des enfants. Mais depuis quelques années, il intervient auprès d'une population adulte pratiquant ce qu'il appelle une thérapie objectale. Les objectifs de cette thérapie sont très ciblés et visent un changement significatif de ce que moi j'appelle les schémas. Je vais brièvement résumer son approche parce que je pense qu'elle favorise le processus de reconsolidation thérapeutique de la mémoire renforçant l'idée qu'il n'y a pas qu'une seule façon d'y arriver.

Mais encore ici, le hasard a fait que j'ai rencontré François Dumesnil récemment après l'avoir admiré à travers ses écrits pendant plusieurs années.

Les livres jouent aussi un rôle très important dans ma vie. Je suis un vorace de lecture et ai eu deux grandes attitudes face à la lecture. J'ai parlé plus tôt de ma période obsessionnelle-compulsive. À cette époque lire un livre impliquait le lire de la première à la dernière page... et il aurait fallu que je sois capable de le réécrire par la suite. Maintenant, je lis un chapitre ou des chapitres dans un livre, puis un ou des chapitres dans une autre livre. Je vais où mon cœur me mène. Évidemment si vous êtes étudiant, ce n'est pas un exemple à suivre lorsque vous avez un

examen sur le livre qui vous a été prescrit... mais moi je n'ai plus d'examens à passer ! À tous les matins, j'ai toujours ma période de lecture et plus c'est nouveau, plus ça change mes paradigmes, mieux c'est. C'est au moins une chose que m'auront apporté mes carences émotionnelles et toutes les stratégies qui en ont découlé, c'est qu'au lieu de défendre des paradigmes, j'éprouve toujours un plaisir à les changer, à refaire mes constructions du monde. C'est une invitation que je vous lance, si vous pouvez contester mes paradigmes, je serai bien quand même.

Autre très heureux hasard, mon ami Jean-Pierre, Jean Pierre Marceau, que j'ai rencontré il y a plusieurs années. Je le mentionne parce que je dirais que les trois quarts des lectures que j'ai faites dans les dernières années, c'est Jean-Pierre qui me les a suggérées. Alors, encore là, vous voyez que c'est du relationnel, c'est quelque part du hasard mais quelque part c'est lui qui m'a mis sur la piste de plusieurs choses très intéressantes et qui, des fois, défait mes paradigmes, comme je vais vous dire sur la diapo suivante.

Et le dernier hasard en liste, ce sont mes trois patientes extrêmement articulées. La majorité des gens que je vois en thérapie sont des psychothérapeutes. Donc, évidemment, quand je leur demande de commenter sur le processus, comme cela été le cas, vous allez constater que c'est très élaboré comme description du processus. Bon, on y va.

Sur les paradigmes, depuis plusieurs années, quand je présente sur les schémas, je commence toujours en disant vous savez, les schémas, ça n'existe pas. Pourquoi ? Parce que ce sont des concepts. Par exemple, je présente presque systématiquement le système conceptuel de Panksepp depuis des années. Selon lui, il y a chez l'être humain sept systèmes affectifs de base qu'il associe à des circuits neuronaux et des neurotransmetteurs spécifiques. Or dernièrement, mon ami Jean-Pierre me fait parvenir un article de Barrett qui conteste radicalement cette façon de décrire la vie affective, argumentant à partir de nombreuses études qu'il n'y a aucun, mais aucun patron neurophysiologique spécifique pouvant être associé à des systèmes affectifs de base démarqués. Wow, ça m'oblige à une réorganisation de mes paradigmes avec le secours de Scarantino cette fois-ci. Et s'il y a une certitude, c'est que ce ne sera pas la fin de l'histoire ! Je devrai donc faire le deuil de la Vérité avec un grand V, une autre illusion de jeunesse qui s'envole...

Alors, avec toutes ces vérités temporaires avec lesquelles nous avons à composer, que faire lorsque nous nous retrouvons devant un patient ? Y a-t-il un capitaine à bord ? En fait, c'est moi en tant que personne qui continue à diriger mes entrevues. Nous sommes ceux qui entrons en relation, et quel que soit ma dernière théorie, j'ai une personne devant moi, une façon de la percevoir, une façon d'entrer en relation avec elle. Et souvent mon côté pragmatique, venu de ma famille en affaires, m'a fait voir comment on pouvait se perdre dans des systèmes qui en venaient à se déconnecter de la réalité des patients. Je pense par exemple à des interprétations de certains psychanalystes des années 70 ayant cette habitude de tout interpréter sans jamais véritablement vérifier la pertinence de ces interprétations. De mon côté, j'en suis arrivé à me préoccuper de la pertinence du sens de mon intervention pour la personne, le critère étant son expérience subjective (je m'y retrouve ou non) plutôt que la cohérence de mon système interprétatif. Aussi, quand quelqu'un vient me consulter, une des premières choses qui m'importe est de savoir ce que cherche fondamentalement cette personne.

Et ça m'amène à l'un des enjeux sous-tendant notre débat qui est souvent réduit à celui entre les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies relationnelles. Il m'apparaîtrait intéressant de le regarder sous l'angle de ce que l'on fait avec la demande du patient. Si, par exemple, la personne est venue me voir parce qu'elle était intéressée à une approche que je

pratique et que je réalise ne pas être convaincu que je puisse l'aider, ou si encore j'ai une conception délirante des pouvoirs de mon approche à s'attaquer à tous les problèmes, est-ce que je vérifie de temps à autre l'impact de mon intervention ? Est-ce que je suis capable de dire à un patient que je n'ai pas les compétences pour l'aider avec le type de problèmes qu'il présente ? Ou est-ce que je peux lui indiquer clairement que je ne travaillerai pas directement sur les symptômes qu'il présente (anxiété par exemple) parce que ma façon de comprendre les symptômes est qu'ils reposent sur des schémas. Et que dans ce sens, il accepte de prendre le risque d'un travail sur la cohérence de son symptôme tout en l'informant de l'existence d'approches se centrant directement sur le symptôme ? Par ailleurs, même dans mon type d'intervention, il m'importera de revenir régulièrement sur l'impact de notre travail sur ses raisons de consultation (où en sont ses réactions anxieuses).

C'est la façon que je choisis de voir ces enjeux, moins par le type d'approches que par la réponse que nous avons à la demande du patient. Donc, comment puis-je lui répondre de la façon la plus éclairée, la plus juste possible, tout en reconnaissant que je pourrais ne pas avoir les moyens d'y répondre. Dans ce dernier cas, je réfère à quelqu'un d'autre.

Donc, c'est d'abord et avant tout une personne que je reçois. Je connais certaines techniques, j'ai des outils, mais c'est une personne que je reçois. Et par rapport aux besoins de cette personne, je vais me questionner sur comment je peux l'aider le mieux possible. Aussi une personne avec laquelle je vais faire preuve de la plus grande honnêteté possible. Personnellement, une des choses que j'aime beaucoup de l'approche des schémas, c'est de pouvoir partager en temps réel avec mes patients ma compréhension de leurs difficultés et d'en discuter ouvertement avec eux. Et discuter le plus ouvertement possible comment je pense que je peux les aider avec ça.

De plus nos modèles, aussi sophistiqués soient-ils ne nous permettent jamais d'inférer l'exacte composition d'une construction mentale. Je vous en donnerai des exemples tout à l'heure. Le patient est le seul à en détenir la clé ; nous ne pouvons qu'en favoriser le dévoilement.

Cela m'amène à un petit commentaire sur les interprétations référant très souvent au modèle du clinicien. Qu'est-ce qui m'informe sur sa justesse et sa pertinence avec ce patient en chair et en os ? Le critère que j'utilise est sa réaction. Est-ce que cette personne se sent réellement comprise (je le verrai aussi dans sa réaction corporelle) dans l'énoncé de sa construction mentale auquel nous sommes arrivés ? Ce n'est que là que je peux confirmer que nous sommes au bon endroit. Par exemple, un schéma Abnégation aura toujours une couleur spécifique qu'il nous appartiendra de découvrir.

En passant, le schéma Abnégation, avec le schéma Exigences élevées sont souvent retrouvés lorsqu'on fait passer le questionnaire des schémas à des psychothérapeutes. Et il n'est pas rare que ces deux schémas soient des solutions au schéma Carence affective. Et pour compléter, le schéma Recherche d'approbation n'est souvent pas loin non plus. Mais en tout respect pour ce que je viens d'avancer plus haut, cela est une généralisation qui même si elle comporte souvent une part de vérité, ne me donnera jamais l'incarnation spécifique chez une personne. C'est elle qui pourra éventuellement me la faire connaître.

Anecdote, je disais par ailleurs à Gilles, à la pause, qu'en rapport à ce que nous disait Conrad plus tôt ce matin, la recherche d'approbation serait un excellent schéma pour les thérapeutes, parce que vous êtes hyper vigilant aux réactions des gens. Le plus souvent, parce que vous avez peur de leur déplaire, de les décevoir, de les irriter, etc. Mais avec une bonne

autorégulation, vous pouvez vous en servir pour savoir si le patient vous suit, s'il n'est pas content, ou toute autre réaction. Et voilà donc une bonne façon d'utiliser son schéma Recherche d'approbation !

Comme ma présentation s'intitule « De relation, de modèle et de technique », je dois donc vous parler de ce qui se passe lorsque je suis en relation avec quelqu'un dans une démarche thérapeutique. Cette personne vient me voir avec une souffrance et ce qui se passe dans la relation doit être au service d'un apaisement, ou même d'une résorption de cette souffrance. Une technique que je privilégie actuellement est ce que Bruce Ecker nomme le processus de reconsolidation thérapeutique de la mémoire qu'il a modélisé dans la thérapie de la Cohérence. Je vais vous présenter deux énoncés de deux patientes présentant toutes les deux un schéma Abnégation. Cela permettra d'illustrer la spécificité d'un apprentissage émotionnel chez deux personnes présentant le même schéma et la nécessité de certaines conditions pour modifier de tels apprentissages émotionnels.

Avant de vous lire les énoncés, je vous donne quelques explications. Lorsque l'on travaille en thérapie de la cohérence, nous cherchons à identifier ce que nous appelons des vérités émotionnelles sous forme de positions pro-symptôme. Dans cette perspective, les symptômes ou problèmes qui amènent à consulter ont le plus souvent une fonction (l'exception étant les réactivations traumatiques). Ceci devrait plaire aux psychodynamiciens ! Pour le thérapeute, il s'agit donc dans un premier temps de trouver la fonction de ce symptôme spécifique chez ce patient, ce que nous appellerons la position pro-symptôme. Par ailleurs, cette personne qui nous consulte a le plus souvent un autre objectif en tête, soit celui de se débarrasser de ce symptôme, c'est ce que nous appelons la position anti-symptôme. Je veux arrêter de me sentir coupable, de me sentir anxieuse, de procrastiner, de boire, etc. C'est pourquoi la position que prendra la thérapeute au départ apparaîtra contre-intuitive à plusieurs ; on a comme objectif que la personne intègre dans son expérience subjective consciente son intentionnalité à maintenir le symptôme. En d'autres mots, pourquoi il m'est important de maintenir ce symptôme. Pourquoi est-ce si important ? Parce que c'est un outil puissant pour modifier une mémoire émotionnelle.

Voici donc deux exemples cliniques de personnes professant toutes les deux dans le domaine de l'aide thérapeutique.

La demande de la première patiente est d'arriver à ne plus répondre à des demandes qu'elle juge démesurées et à ne pas crouler sous la culpabilité si elle ne le faisait pas. Elle explique qu'elle est la personne de la famille qui doit répondre aux demandes de ses parents et trouve injuste que les autres membres de la fratrie ne le fassent pas. Mais à chaque fois qu'elle reçoit une nouvelle demande, il lui est presque impossible de dire non. Nous serons donc à la recherche dans un premier temps des raisons pour lesquelles elle ne peut dire non, même pourquoi il ne faut pas dire non (je rappelle que seule la patiente pourra nous en informer – le thérapeute cherche à fonctionner sans aprioris). Une technique souvent utilisée dans la phase d'exploration/découverte, est celle de la privation du symptôme. On peut par exemple utiliser une technique d'imagerie : utiliser une situation récente dans laquelle ses parents lui ont fait une demande et lui demander s'imaginer dire non (spécifions que ce n'est pas une simulation d'affirmation de soi, mais bien une exploration). Voici donc l'énoncé de position pro-symptôme de cette patiente :

Même si je n'ai pas eu une enfance ou une adolescence, et même si je suis en train de perdre ma vie en laissant mourir une partie de moi, je dois absolument te protéger papa en étant à ton service, maman. Si je me choisis, je vous laisse tomber tous les deux et tout va s'écrouler.

Elle se rappelait avoir cherché à tout prix à éviter les conflits entre ses parents par cette stratégie et cette stratégie n'avait jamais été mise à jour pour ainsi dire.

Côté technique, nous lui demandons de lire cet énoncé tous les jours pour rester en contact conscient avec cet impératif qu'elle porte encore aujourd'hui. Dans le processus de reconsolidation thérapeutique de la mémoire, cette étape est essentielle à une remise en question de cette vérité émotionnelle – dans le champ de l'attention consciente, une détection d'erreur (par exemple, ceci n'est plus vrai aujourd'hui) devient nettement plus probable. Au besoin, le processus sera aidé.

La deuxième patiente, que je vais appeler patiente C, m'a donné une permission de divulgation plus large de son histoire. Elle a fait des burn-outs, des dépressions majeures et quelques épisodes psychotiques. Elle est médecin et je le connais depuis plus de 20 ans. Elle n'est pas suivie de façon régulière depuis 20 ans ; elle vient quelques années, ou quelques mois, avec des pauses de quelques années entre les suivis. Nous nous disons à la blague qu'elle attend que son thérapeute en apprenne un petit plus pour pouvoir aller plus loin. L'histoire personnelle qu'elle nous donne est très lourde et fait référence à des abus sexuels, des agressions physiques, une absence de protection, des carences affectives et d'empathie, etc. Elle a fait preuve d'une énorme résilience malgré tous les obstacles et toutes les difficultés de santé mentale auxquelles elle a eu à faire face.

Or, lors de sa plus récente demande de consultation, j'avais commencé à utiliser la thérapie de la cohérence. Et ceci nous a permis de dénouer plusieurs enjeux qui nous avaient résisté auparavant (ce type d'expérience renforce ma conviction personnelle du rôle joué par le modèle et la technique en sus de la relation thérapeutique). Voici l'un des enjeux sur lesquels nous avons travaillé récemment.

Elle nous explique qu'un ami impliqué dans l'aide aux immigrants la sollicite régulièrement pour de l'aide financière à des familles récemment arrivées au pays, un peu comme si elle devenait la marraine de cette famille. Elle dit avoir beaucoup donné d'argent à la dernière famille dont elle s'est occupée. Des liens se sont créés avec cette famille et on lui dit qu'elle est comme une maman ou une grand-maman pour eux. La situation récente qui fera l'objet de notre intervention est la suivante. Elle explique avoir été invitée par cette famille à venir souper chez eux le samedi soir (nous sommes le jeudi) et nous dit ne pas avoir envie d'y aller. Mais elle ne se sent pas capable de dire non. Utilisant cette même technique de privation de symptôme, nous lui demandons de s'imaginer dans la situation de refuser cette invitation. Pour comprendre la position pro-symptôme qui va être identifiée, il est aussi important de mentionner qu'elle a toujours caché à son conjoint l'aide financière qu'elle apportait à cette famille, sachant qu'il ne serait pas du tout d'accord avec cela. Dans l'exercice expérientiel utilisé, elle se sentira très mal au fait de dire non. Et l'on arrivera à la formulation de l'énoncé suivant dans lequel elle répond à la mère de cette famille-là (c'est elle qui avait fait l'invitation par téléphone).

Même si c'est démesuré ce que tu me demandes, même si ça m'amène à faire des dépenses excessives et à mettre mon couple en danger, je suis obligée de faire ce que tu me demandes pour racheter le fait que j'ai provoqué l'inceste en te séduisant, papa.

Honnêtement, les deux bras me sont tombés lorsqu'elle a dit cela ; non pas de l'information sur l'inceste dont elle m'avait déjà souvent parlé, mais que son abnégation avait pour fonction de racheter la responsabilité qu'elle s'y était attribuée. La prise de conscience de

cette agentivité (« agency ») dans le maintien de son symptôme a eu comme conséquence son annulation du souper du samedi soir et la divulgation à son conjoint de toute cette histoire qui lui a offert son soutien pour en sortir. Ce type d'émergence spontanée d'une nouvelle position personnelle n'est pas rare avec cette intervention et elle se maintient sans effort particulier (ce n'est pas de l'autosuggestion).

Croyez-vous qu'il aurait été possible d'inférer cela ? Moi je pense que non, quasi impossible. C'est un exemple de mon affirmation à l'effet que ce n'est que le patient qui peut vous donner la clé de ses constructions personnelles. Et pour arriver à une telle vérité émotionnelle, cela nécessite une relation avec cette personne ; on ne pourrait pas y arriver « cold ». Nous nous poserons la question plus tard sur le rôle qu'a pu jouer la relation dans cette brève intervention à Paris alors que nous sommes rapidement arrivés à des enjeux personnels très profonds.

Même si j'ai toujours considéré comme importante la place de la relation dans une démarche thérapeutique, je ne l'avais jamais considérée sous l'angle des questions que nous a soumises Conrad. Il y a peine quelques semaines je me suis retrouvé à collaborer à une présentation de François Dumesnil dont je vous ai parlé tout à l'heure. Je choisis donc de partager la définition qu'il en fait :

« Pour qu'une interaction prenne valeur de relation, il faut un investissement affectif défini comme : l'opération consistant à faire vivre quelqu'un à l'intérieur de soi en mobilisant une certaine quantité « d'énergie » sur une image de lui qu'on a élaborée. »

Et évidemment, ça va dans les deux sens. Ce qui fait que le domaine de la relation est celui des inter-influences entre les constructions mentales qui servent à nous définir, à définir les autres et à définir le monde.

Je vous en donne un exemple clinique. J'avais cette patiente à qui j'avais suggéré la lecture d'un livre. Elle m'écrit plus tard par courriel qu'elle a oublié le titre du livre dont il a été question. Or, il n'est pas rare que j'utilise l'humour dans mes interventions, mais il est parfois risqué de le faire par courriel. Alors j'écris quelque chose d'humoristique autour du titre du livre, mais craignant que cette personne très sensible l'interprète mal, j'y ajoute un commentaire explicatif. Mauvaise idée dans ce cas-ci ! Dans les premières minutes de la séance suivante, je sens que quelque chose ne tourne pas rond sans pouvoir l'identifier. Après 5 ou 10 minutes, elle me demande : « Pierre, est-ce que je peux te poser une question ? » Je réponds bien sûr. C'est alors qu'elle me surprend en me demandant, « est-ce que tu penses que je ne suis pas intelligente ? » Wow, totalement imprévu de mon côté ! Je lui explique alors la raison pour laquelle j'avais ajouté ces explications, soit le risque d'utiliser l'humour dans un courriel. Elle renverse sur-le-champ la responsabilité sur elle en disant voilà ce que mes distorsions cognitives m'amènent à penser. Sans que je l'aie vraiment planifié de mon côté, je me surprends à lui répondre, non, de façon spontanée et affirmée. Je me sers alors de cet exemple pour réfléchir avec elle sur la communication entre deux personnes. Pour moi, nous avons plus à gagner à expliciter les constructions de chacun de façon ouverte et à échanger sur ces constructions jusqu'à ce que chacun saisisse bien ce qui s'est passé entre nous.

Et je n'utilise plus le terme distorsion cognitive depuis cette séance. Dans ce cas-ci, la distorsion aurait-elle été chez elle ou chez moi ?

Pour moi, une communication optimale permet à chacun d'avoir accès au signifié de l'autre pouvant permettre une construction commune de ce qui s'est passé entre nous.

Ce qui est écrit sur cette diapositive (La quête de sens selon Dumesnil) a eu un impact majeur sur la compréhension que je me fais de l'être humain. Comment le soi se crée-t-il chez l'enfant ? L'enfant au départ a besoin de la présence de ses parents pour avoir ; avoir de la nourriture, des soins, des stimulations, de la protection, etc. Mais, toujours selon Dumesnil, quelque part entre les derniers mois de la première année et les premiers mois de la seconde, apparaît un nouveau besoin qui va jouer un rôle déterminant pour le reste de sa vie. L'enfant ne se satisfait plus d'être nourri, soignée, stimulé, maternée, **il veut être regardé**. Quand les enfants font quelque chose, ils nous demandent de les regarder. Ils peuvent même nous demander de les regarder regarder.

Si l'enfant a besoin du regard de l'adulte pour avoir du sens (pour se constituer intérieurement), c'est qu'il n'est pas capable de s'en donner lui-même. N'oublions pas aussi qu'à cette époque de sa vie, l'enfant est dans la phase de l'intelligence égocentrique et qu'il n'est donc pas capable de perspective sur les choses. Tout tourne autour de lui. Il ne peut donc pas objectiver son expérience. Et cette position de l'enfant en quête d'être définie par autrui (ceux qui ont un pouvoir de signification sur elle) se retrouve à divers degrés chez plusieurs adultes (il n'est pas rare qu'elle soit encore très importante). D'où le souvenir du commentaire de cette patiente à qui j'avais recommandé le livre *Parent responsable, enfant équilibré* en rapport à ses enfants à l'effet que beaucoup d'adultes autour d'elle étaient toujours dans cette quête !

J'utilise souvent l'exemple fictif suivant. Imaginez-vous devoir faire une présentation dans le cadre d'un séminaire universitaire. Après votre présentation, vous vous dirigez impérativement vers une connaissance pour lui demander comment c'était. Si vous avez à le demander, c'est que vous n'avez pas de construction interne qui vous permette d'autoévaluer comment c'était. Et à ce moment vous êtes dans la même position que l'enfant.

Et il n'est pas rare de nous faire demander lorsqu'on nous consulte si une pensée ou un comportement est correct ou incorrect, s'il est normal ou anormal, etc. Comme s'il n'y avait chez la personne aucun juge interne qui pouvait se prononcer sur cette expérience. C'est ainsi que les patients nous attribuent souvent le pouvoir de les signifier, de leur dire qui ils sont. Métaphoriquement, c'est comme si on nous attribuait le pouvoir de jeter un sort, bon ou mauvais, comme au temps des sociétés magiques. Faisons donc énormément attention aux sorts que nous jetons à travers nos diagnostics, nos interprétations, nos classifications. Et réalisons que le plus beau cadeau que nous pouvons faire à une personne est de lui permettre de devenir le juge ultime de son expérience en développant ce que Dumesnil appelle une capacité d'objectivation (en contraste à une position subjective à la merci des aléas de la signification d'autrui).

On voit donc le pouvoir de la relation et ceci est évidemment toujours le cas lorsque nous utilisons des techniques thérapeutiques, puisque à travers ces techniques on va qualifier l'expérience des gens. Alors la question devient que fait-on avec cette relation, comment l'utilise-t-on ? Finalement, comment utilise-t-on ce pouvoir de signification dans la relation que nous possédons ? J'arrive au cœur de mon propos quant aux questions que nous a posées Conrad. Je lui fais confiance quant à ce que la recherche rapporte sur l'impact de la relation dans la démarche thérapeutique. Mais mon histoire personnelle de psychothérapeute me souligne à gros traits que cette relation gagne à s'exercer à travers des modèles conceptuels et des techniques d'intervention se raffinant de plus en plus (chez soi et dans l'univers de la connaissance). Est-ce qu'il y a des différences dans la façon d'utiliser la relation ? Est-ce que certaines techniques pourraient être plus efficaces que d'autres, une fois la relation établie ? Ou

est-ce que certaines techniques conviennent mieux à certains patients qu'à d'autres? Etc. Pour moi, la question se pose.

Je prends ici en exemple l'utilisation des énoncés pro-symptôme avec la patiente C dont il a été question tout à l'heure. Cette patiente, que je connais depuis plus de 20 ans, a changé des réactions (affectives – cognitives – comportementales) que nous n'avions pas réussi à modifier en 20 ans. Je ne pense pas que notre relation ait changé de façon significative depuis son dernier retour en psychothérapie. Ce qui a changé de façon importante est l'utilisation que je fais maintenant des techniques de la thérapie de la Cohérence incluant la réactivation de la mémoire, son maintien explicite dans le champ de la conscience, la juxtaposition à une expérience incongruente. Force m'est de reconnaître la pertinence du côté technique dans cette avancée thérapeutique. Anecdote, cette patiente qui est très expressive me demande à un moment donné, où as-tu appris cela Pierre ? Je fais référence à ma démarche avec le processus de reconsolidation thérapeutique de la mémoire. Elle réagit avec le pouce en l'air, « t'es vraiment cool, Pierre! ». En plus du schéma Abnégation, plusieurs autres changements radicaux avec d'autres schémas se sont produits chez cette patiente. Vous pourriez peut-être penser que des changements radicaux de ce genre ne se maintiendront pas dans le temps. Eh bien ils se maintiennent toujours après plusieurs mois. Et surtout sans effort; Bruce Ecker maintient que s'il est difficile de modifier la mémoire épisodique, il est possible de modifier la mémoire sémantique.

Pour moi, ce qui caractérise le travail psychothérapeutique avec l'être humain, c'est en grande partie un travail sur sa mémoire. C'est le point d'ancrage de mon intervention. Pour ce faire, il me faut évidemment une bonne relation avec la personne avec laquelle je travaille. C'est elle qui possède les clés de l'accès à sa mémoire; comment pourrais-je forcer la porte sans sa collaboration ? Elle doit donc me faire confiance pour m'ouvrir un tel pan de son intimité. De mon côté, je n'aurais aucun moyen d'appréhender la spécificité des méandres de sa mémoire sans qu'elle m'y guide. Un enjeu important sera d'identifier les cohérences de cette mémoire et de permettre leur formulation explicite.

Dans ce contexte, il devient fondamental de comprendre comment fonctionne la mémoire parce que c'est ce qui va me guider dans mon intervention. Je vous donne un exemple portant sur cette notion de relation émotionnelle correctrice – je vais insister là-dessus parce que c'est à mon avis un point très important. Vous vous êtes sûrement retrouvé à un moment ou à un autre avec une situation de ce type. Vous avez devant vous un patient ou une patiente pour laquelle vous éprouvez une empathie réelle. Vous êtes authentiquement sensible à la souffrance de cette personne, la reconnaissez dans toute son humanité, et vous espérez que cela serve d'expérience correctrice à ce qu'elle a vécu auparavant. Mais la personne pourrait vous dire des choses comme je vous paye pour m'écouter, je me paye un ami, ou encore c'est votre travail d'être gentil avec moi, vous ne me direz jamais ce que vous pensez vraiment, etc. Le schéma se maintient, dirait-on en thérapie des schémas, ou il assimile en langage piagétien. Et il se maintient malgré le fait qu'il se trompe sur vos véritables intentions. Comment cela est-il possible ? La mémoire n'est pas modifiée parce que les attentes, les fameuses attentes anticipatoires (« expectations » en anglais) ne sont pas ébranlées par une véritable expérience incompatible au schéma qui n'a donc pas à s'accommoder. La personne s'attend à ce que le thérapeute fasse cela et peut très bien l'assimiler à son schéma Carence affective à l'effet que personne ne s'intéressera spontanément à son expérience, cela n'est possible que dans un cadre professionnel nécessitant le paiement d'honoraires. Cela me ramène à un exemple que je présente depuis des années. Cette patiente est en thérapie avec moi et est convaincue que personne ne peut s'intéresser authentiquement à elle. Elle dit me trouver gentil avec elle, mais

que c'est mon travail de l'être et elle est convaincue qu'en dehors de mon professionnalisme, je n'ai aucun intérêt pour la personne qu'elle est. Ce n'est pas du tout ce qui se passe de mon côté, mais cela ne semble modifier en rien ses attentes anticipatoires, sa vérité émotionnelle. Or, elle est sur le point de se marier et m'indique entre autres choses qu'elle est en recherche active d'une robe de mariée. Cette information baigne à travers plusieurs autres. Mais deux rencontres plus tard, alors que nous sommes dans la salle d'attente suite à notre entrevue, cette information me revient spontanément à l'esprit et je lui demande, oh, finalement, l'as-tu trouvée ta robe de mariée ? Cette patiente m'a raconté plusieurs mois plus tard que cette interaction avait radicalement changé sa perception de moi quant à mon intérêt pour elle, elle était maintenant convaincue que je me préoccupais authentiquement d'elle. Son schéma Carence affective avait dans ce cas fait face à une situation qu'il n'avait pu assimiler ; pour ma patiente, ma question ne pouvait être une technique d'intervention et cela a créé une incongruence (« mismatch ») à ses attentes. Il ne lui était plus possible par la suite de me percevoir comme avant, et en conséquence de se percevoir comme avant (on pouvait authentiquement s'intéresser à elle).

Parlons maintenant de mémoire. Plus un événement spécifique est chargé affectivement, plus il a de chances de faire partie de notre mémoire épisodique (mémoire d'un événement spécifique). La mémoire épisodique est réactivée par un contexte externe ou interne associé directement ou par relations dérivées au contexte originel. Si l'événement était plaisant, le souvenir a de bonnes chances d'être agréable. Si l'événement était déplaisant, les probabilités iront du côté d'un souvenir désagréable. Et si l'événement était traumatique, sa réactivation risque de l'être à nouveau. Le flashback en est un exemple éloquent ; la réaction originale réapparaît dans son entièreté incluant des dimensions sensorielles, somatiques, kinesthésiques, etc. La mémoire épisodique est donc composée d'engrammes référant à des expériences spécifiques de notre vie.

Cette mémoire épisodique est réactivée lorsque je demande à une personne de fermer les yeux, d'entrer en contact avec ce qu'elle ressent actuellement, puis de retrouver des épisodes de sa vie où elle a déjà ressenti ce qu'elle éprouve actuellement. La personne revit donc la situation, elle la revoit, l'habite à nouveau. En fait, le cerveau ne fera pas de différence entre ce qui a été vécu auparavant et ce qui est vécu maintenant. C'est pourquoi les réactivations de mémoires traumatiques ont un si important impact subjectif.

Il y a peu de chance de modifier une mémoire épisodique (à ne pas confondre avec la malléabilité de la mémoire autobiographique), ce qui est arrivé est arrivé. Au plus, pourra-t-on travailler à sa désensibilisation si sa réactivation s'avère trop pénible. Par exemple, permettre à une personne de pouvoir tolérer une réactivation de mémoire sans paniquer, fuir, se dissocier, etc. C'est tout ce qu'il vous sera possible de faire, vous ne pouvez pas la changer. C'est un fait, j'ai été abusé. Dans les techniques qu'on utilise en thérapie des schémas, on cherche à réactiver en imagerie mentale des mémoires épisodiques. On qualifie de modes les divers états subjectifs qui ont ainsi été réactivés, comme mode de l'Enfant Vulnérable, mode de l'Enfant en Colère, mode de l'Enfant Spontané (Heureux), etc. D'autres approches les qualifieront plutôt de parties du Soi, d'états du Moi, etc.

Il y a une différence importante entre rapporter un événement et réactiver la mémoire d'un événement. Ainsi, lorsqu'un patient se contente de rapporter un événement, il n'a pas réactivé la mémoire épisodique, ni, nous le verrons plus tard, sa mémoire sémantique ou procédurale qui, elles, sont modifiables. Et si une mémoire n'est pas réactivée, il n'est évidemment pas possible d'intervenir sur elle. Ceci explique le phénomène souvent observé du patient qui

comprend bien les sources et l'histoire de ses difficultés, mais qui ne peut s'empêcher de maintenir les mêmes réactions qui lui causent problème (« c'est plus fort que moi »).

Un deuxième type de mémoire qui s'avère particulièrement pertinent en thérapie de la cohérence est la mémoire sémantique. Nous référons surtout ici à sa dimension construction de notre compréhension de soi, des autres et du monde – les règles les plus souvent implicites de notre comportement. Par exemple, notre patiente C mentionnée tout à l'heure doit, dans sa construction personnelle, assumer la sentence de répondre en priorité aux besoins des autres, même à son détriment, pour avoir incité son père à commettre l'inceste en le séduisant. Il est facile de comprendre que si la mémoire de l'abus ne pourra être effacée, la signification qui lui a été donnée profiterait d'une sérieuse mise à jour. Alors que les événements d'origine demeureront réels, la signification qui leur a été donnée **peut être révisée** – c'est que si passe dans le processus de reconsolidation thérapeutique de la mémoire. Les événements d'origine sont des faits, la signification qui leur a été donnée est une construction que j'aime qualifier de virtuelle ; les patrons, les règles, les modèles mentaux, les anticipations. C'est ce qui est appelé schémas dans l'approche qu'a développée Young. Ainsi, je peux m'attendre à être abandonnée, abusé, à être ignorée, puni, etc. – je dois faire un travail irréprochable, je dois prioriser les autres, je dois me soumettre, on me doit la première place, etc. Un schéma est une connaissance implicite, un modèle prédictif... Et il est modifiable ; c'est la bonne nouvelle. Et ce changement se fera au niveau de la mémoire sémantique.

Un troisième type de mémoire est la mémoire procédurale. Lorsqu'une signification est donnée à une situation, l'action à commettre en découlera. La fonction fondamentale du cerveau est de permettre l'adaptation, et l'adaptation se fera dans une forme d'action, qu'elle soit impulsive, automatique ou réfléchie (elle peut être aussi inhibée, par une rumination obsessionnelle par exemple). Et cette mémoire procédurale est déjà ressentie avant même que l'action soit actualisée, c'est ce que l'on appelle la tendance ou la propension à l'action. S'il est possible d'arriver à inhiber l'action (et ce n'est pas nécessairement facile), il est impossible de faire disparaître la tendance à l'action. J'aime raconter à la blague que si vous êtes un peu obsessionnel-compulsif et que vous considérez qu'il n'y a que vous qui sachiez bien placer la vaisselle sale dans un lave-vaisselle, vous risquez de ressentir la compulsion d'intervenir lorsque quelqu'un d'autre ne la disposera pas selon vos critères (construction mentale en mémoire sémantique). Peut-être aurez-vous pu intervenir entre cette tendance à l'action et l'actualisation de l'action (quelques millisecondes seulement) parce que vous aurez eu le temps de faire entrer en jeu les conséquences probables d'une telle action (dispute conjugale appréhendée par exemple). C'est votre seule chance – votre cerveau joue constamment avec prédictions, probabilités et réponses.

C'est la compréhension de cette interaction entre mémoire sémantique et mémoire procédurale qui m'avait conduit à utiliser la pleine conscience pour enrichir cette zone tampon entre le moment où la tendance à l'action est enclenchée et le passage à l'action. La pleine conscience favorise aussi une meilleure tolérance au malaise qui conduit à l'action automatique ou impulsive.

La mémoire procédurale est donc fortement tributaire de la mémoire sémantique, c'est la signification d'une situation qui enclenchera la tendance à l'action. Tant que la signification ne sera pas modifiée, la tendance à l'action ne pourra l'être non plus ; la seule option demeurant ici de la réguler.

Et c'est pourquoi les découvertes sur la reconsolidation de la mémoire et sur l'application clinique qu'en fait Bruce Ecker en thérapie de la cohérence, ce qu'il appelle le processus de

reconsolidation thérapeutique de la mémoire, m'ont tellement enthousiasmé. Modifier la mémoire sémantique permet de faire s'écrouler le chemin qui conduit à la mémoire procédurale.

Et cela me conduit au coeur de l'intention de ma présentation. J'avais depuis des années que la psychothérapie gagnerait énormément à bien connaître le fonctionnement de la mémoire. Parce que des anticipations relationnelles ou autres sont des mémoires. Et qu'un phénomène comme les relations correctrices sont aussi des enjeux de mémoire (comment arriver à modifier une anticipation qui se fait automatiquement, au niveau implicite). Et même si ces modifications ne peuvent se faire qu'à travers une relation, il m'apparaît fondamental de comprendre comment cette relation en arrive à modifier une mémoire. Peut-être que cette connaissance pourrait permettre, par exemple, de diminuer le temps nécessaire à une modification de ce que l'on qualifie d'éléments d'une structure de personnalité. Les connaissances en neurosciences apparaissaient, il n'y a pas si longtemps, trop éloignées de la sphère clinique pour y être vraiment utiles. Je pense que ce n'est plus le cas.

Par exemple, il se pose cette très importante question au niveau des neurosciences. Est-il possible de modifier la configuration neuronale d'une mémoire fortement chargée émotionnellement ou n'avons-nous que l'option de créer un nouveau circuit neuronal qui entrera en compétition avec le premier ? Ainsi, en thérapie comportementale, est-ce que la technique de l'exposition efface la trace mnésique qui conduit à l'évitement ou construit-elle un comportement d'approche qui l'emportera sur le comportement d'évitement (je m'approche malgré ma peur) ? La question se pose pour moi tout autant par rapport à des thérapies dites relationnelles.

Créer un nouveau circuit neuronal peut certainement être un avantage par rapport à la situation pré-thérapie, mais comporte un aléa. Certains contextes, comme la nouveauté ou le stress, pourraient réactiver le circuit neuronal primaire qui a souvent une solide assise. C'est ce qui est illustré sur les diapositives portant sur la compétition entre de nouvelles habitudes et les mémoires qu'elles cherchent à maîtriser.

La thérapie de la cohérence que j'utilise depuis quelques années a pour objectif de viser directement la modification de construits fondamentaux conduisant à des réactions émotionnelles ou à des comportements (incluant les pensées) qui posent problème aux personnes qui consultent. L'objectif explicite est une modification directe d'éléments de la mémoire sémantique à travers le processus de reconsolidation thérapeutique de la mémoire, et non pas celui de créer une mémoire parallèle en compétition avec celle-ci.

La thérapie de la cohérence cherche à atteindre cet objectif à travers les étapes suivantes. (1) Découvrir en quoi un symptôme présenté par un patient (procrastination, par exemple) est cohérent, c'est à dire qu'il résulte d'une stratégie implicite de la personne visant l'évitement d'une souffrance importante reposant sur des construits de la mémoire sémantique. (2) Amener la personne à intégrer au niveau de l'attention consciente la nécessité du maintien de ce symptôme, qualifié de moindre souffrance, comme solution permettant de ne pas ressentir une pire souffrance. D'une position anti-symptôme (se débarrasser de ce symptôme), la personne intègre ce qui est appelé une position pro-symptôme, soit l'intentionnalité sous-tendant la nécessité de cette solution. (3) Cette intention adoptée de façon implicite fait maintenant partie du domaine de l'explicite et des exercices permettront de maintenir cette mémoire activée, ce qui permettra l'émergence ou la découverte d'une connaissance incompatible. La présence en même temps dans le champ de l'attention consciente de deux convictions activées qui sont totalement incompatibles est ce qui produit la reconsolidation de la mémoire.

J'utilise une simple analogie pour illustrer ce phénomène. Plusieurs d'entre nous, lorsque nous étions enfants, croyions au Père Noël. Des indices ont fait qu'un jour notre croyance dans l'existence du Père Noël a cédé (par exemple, voir son oncle s'habiller en Père Noël). Une fois cette conviction perdue, il n'est plus possible de la retrouver même si nous souhaiterions revivre cet état magique que nous permettait notre conviction en l'existence du Père Noël. Un behavioriste pourrait nous dire que la fonction du stimulus « Père Noël » a été radicalement modifiée, et possiblement en un seul essai. Ce phénomène est typique de ce qui est considéré comme de la reconsolidation de mémoire.

Deux éléments-clés du processus de reconsolidation thérapeutique de la mémoire : réactivation de la mémoire et présence simultanée dans le champ de l'attention consciente d'une expérience invalidante à cette construction.

Avant de conclure, je tiens à souligner que le processus de reconsolidation thérapeutique de la mémoire n'est pas l'apanage de la thérapie de la cohérence. Déjà, dans son ouvrage *Unlocking the Emotional Brain*, Bruce Ecker et coll. ont analysé des descriptions de succès thérapeutiques dans d'autres approches pour montrer comment le processus de reconsolidation thérapeutique de la mémoire y a été un ingrédient pouvant expliquer le changement rapporté.

Dans ma propre réalité, une collaboration récente avec François Dumesnil qui est un psychodynamicien de renom, m'a introduit à la façon dont il utilise le transfert en psychothérapie. Il met comme première condition au changement, « réactualiser la peur d'être soi-même » (peur d'être punie, peur d'être ridiculisé, etc.) qui répond parfaitement au premier critère de la réactivation de la mémoire. Dumesnil se sert alors de la relation pour faire réaliser au patient que la personne devant lui n'a pas du tout cette attitude qui lui est attribué (expérience invalidante à sa construction) qui correspond au deuxième facteur nécessaire à la reconsolidation de la mémoire, soit l'expérience invalidante à la construction en mémoire sémantique, mais sans jamais chercher à persuader activement le patient de la déformation de son attribution. Encore ici, le parallèle avec un autre postulat de la thérapie de la cohérence est frappant, ne jamais contester la perception du patient, mais plutôt favoriser une expérience incongruente qui le convaincra au niveau expérientiel de la désuétude de sa construction. Reprenons la description que fait Dumesnil des ingrédients thérapeutiques :

(1) Favoriser la projection: laisser les malaises s'installer sans chercher à rassurer le patient, ou rétablir les faits.

(2) Établir la présomption (premier facteur correcteur): le patient ne peut voir ce qui n'est pas là; il « présume » que le thérapeute est rejetant, indisposé, effrayé, etc. On doit confronter sa conviction de la réalité.

Précision (de notre part) : confrontation entre la projection du patient et l'attitude réelle du thérapeute et non pas confrontation de la conviction du patient.

(3) Renoncer à la persuasion (second facteur correcteur) : Lorsqu'une personne doute de sa valeur et vit dans la peur d'être rejetée, il est tentant de chercher à dissiper ses doutes en affirmant la considération qu'on a pour elle. C'est ce dont il faut s'abstenir.

Autre parallèle intéressant entre l'approche de Dumesnil et la thérapie de la cohérence. Dumesnil parle de conviction de la réalité, Ecker utilise le terme de vérité émotionnelle. Il s'agit ici de vérités, de convictions qui n'ont rien à voir avec une analyse rationnelle de la réalité. En neurosciences, nous dirions que nous sommes dans des réalités limbiques, celles qui font dire à nos patientes qu'elles savent bien que leur croyance est fausse, mais que c'est plus fort qu'elles (« c'est plus fort que moi »). Par exemple, cette personne qui accumule succès professionnels sur

succès professionnels mais qui garde cette conviction profonde et en apparence inébranlable de son imposture toujours à risque d'être dévoilée au grand jour.

Finalement, pour conclure cette présentation, j'ai l'autorisation de la patiente B, celle qui avait accepté lors d'un atelier sur les schémas que je tenais à Paris en mars dernier de servir de patiente pour une brève démonstration d'une technique visant la reconsolidation thérapeutique de la mémoire, de publier son expérience en tant que patiente où vous pourrez voir que relation et technique s'intègrent l'une à l'autre. Il est important de mentionner que la disparition de son symptôme se maintient toujours quelque sept mois après l'intervention alors qu'il avait résisté à toute autre forme de contestation auparavant.

Patiente B

Le contexte : elle procrastinait au sujet d'une demande de service à un organisme public parce que des contacts avec cette madame J n'avaient pas été faciles par le passé.

(1) L'énoncé de position pro-symptôme (pps) :

La seule idée de penser vous appeler, madame J, me ramène devant toi, maman, quand j'ose te demander ou me plaindre de quelque chose. Je ne suis pas légitime, tu vas me rejeter, m'agresser. Et je me sens coupable de tout cela ; je suis celle qui te fait souffrir. C'est pourquoi il est si dangereux de vous appeler, madame J. Vous êtes un dragon qui va m'agresser.

(2) Un énoncé qui a émergé de façon spontanée lors de la formulation du premier énoncé et qui a été utilisé en juxtaposition au pps :

Je n'ai pas à me faire mettre en pièces par vous, madame J. C'est faux. C'est absurde de vous voir comme un dragon et d'avoir peur d'être anéantie par vous. Je ne suis plus une petite fille ; je peux supporter qu'on me rejette.

Courriel no 1 :

Bonjour Pierre,

Concernant les énoncés, j'avais approximativement noté les mêmes à l'issue de l'exercice réalisé pendant la formation. Je les avais surlignés, placés sur ma table de nuit et relus plusieurs fois chaque jour.

Ce qui m'a dans un premier temps procuré de la joie = soulagement + sentiment de plus de légèreté + sentiment de victoire et de conquête étonnamment pas si difficiles mais bien méritées quand même !

Et je me suis même amusée à penser que les bons psychothérapeutes sont de vrais bienfaiteurs de l'humanité et des héros pas si ordinaires ! Donc vraiment de la légèreté +++

Ensuite, j'ai à nouveau ressenti de la colère contre mes parents qui m'ont vraiment maltraitée, et puis de la tristesse et de l'indulgence en pensant qu'ils souffrent encore des conséquences de leur propre carence affective et maltraitance subies pendant leur enfance.

Dans le premier énoncé que j'avais noté, je n'avais rien écrit au sujet de la culpabilité de faire souffrir ma mère. Merci d'avoir pensé à me le rappeler. C'était nécessaire.

A présent, je n'adhère plus du tout au premier énoncé et j'adhère au second ; J'y ajoute même : « et même si vous me rejetez madame J., je n'attribuerai désormais plus ce rejet au fait que je ne suis pas légitime ou que je suis coupable. Ce rejet serait lié à votre (mauvaise) humeur

ou votre fatigue, et je le trouverais non justifié. C'est pourquoi je ne renoncerais pas et trouverai les moyens de faire valoir mes droits. »

J'ai pu tester l'effet dès jeudi puisque j'avais une réunion avec la personne référente de la Maison Départementale des services : pas de terreur ni de culpabilité, du stress la veille en préparant le dossier mais j'y suis allée en me sentant légitime dans ma demande et confiante dans ma capacité à faire valoir les droits de mon fils. Elle a été compréhensive, j'attends de connaître la décision finale.

Courriel no 2

Bonjour Pierre,

Une autre part des bénéfices de ton intervention provient également du modeling que tu offres pendant la formation : tu assumes tellement tranquillement et pleinement tes schémas, et avec humour en plus, que cela a favorisé chez moi le même mouvement de bienveillance et de non jugement à l'égard de ma personne et de mes schémas et cela a aussi contribué au sentiment de confiance et de sécurité qui se sont instaurés en moi pendant la formation. Parce que la révélation de soi permet une perception plus globale de ta personne, sans qu'il soit nécessaire pour autant de révéler toute son intimité

Je pense qu'il est utile pour ta réflexion de te préciser que je ne suis pas « naïve de toute intervention psychothérapeutique » : j'ai en effet entrepris une thérapie des schémas il y a 2,5 ans avec une psychologue.

PS : Ce qui m'a permis la relation de confiance avec toi et un sentiment de sécurité, c'est en autres la perception comme authentique de ta bienveillance inconditionnelle et ton absence de jugement, ton humilité, ton accessibilité, ta générosité, ton humanité et ton humanisme aussi (si nécessaires pour les schémas de thérapeutes), et la révélation de soi favorise cette perception comme authentique.

Oui, notre relation a joué un rôle, mais la technique particulière de l'intervention aussi. Difficile là de te dire l'importance relative de l'une et de l'autre.

La relation a permis la confiance nécessaire pour que j'envisage la possibilité puis que je ressente l'envie de te proposer de jouer le rôle du patient, et de m'autoriser à être le patient pleinement.

Je m'attendais à des bénéfices directs pour moi tout en espérant que l'intervention soit aussi pédagogique pour les autres qu'elle pouvait être thérapeutique pour moi. Et sur ce plan, c'est plus la confiance en ton expertise professionnelle et ta technique, en particulier exposée pendant la formation, qui ont été importantes.

Oui, les bénéfices se sont maintenus : c'est même fou "l'effet papillon" de ton intervention, qui a stimulé beaucoup de réflexions et prises de conscience en cascade dans de très nombreux moments en mode par défaut et/ou de pleine conscience (même la nuit), créant à la fois une excitation, vraiment de la vitalité, une plus grande spontanéité (car un peu plus de légitimité) pour s'affirmer, du recul dans les relations, et aussi une conscience claire et forte du potentiel d'évolution encore possible, une envie et une motivation à avancer encore, une détermination à ne pas en rester seulement là (impossible).

Depuis une semaine environ, c'est plus calme dans les moments en mode par défaut, pas au niveau de la motivation ou de la vitalité ;

Là je pense que c'est l'aspect technique de l'intervention qui a été déterminante, la pertinence et la justesse de l'annoncé et donc l'exploration en amont pendant l'intervention.



La PGRO, traiter le lien par le lien

Présentation de Line Girard et de Gilles Delisle par Conrad Lecomte



C'est intéressant de vous voir interagir dans la salle. On a l'impression que le thème d'être en relation s'actualise un peu dans vos propres échanges, dans vos propres interactions, on sent une belle énergie interactionnelle.

Alors on en arrive aux conférenciers de cet après-midi, qui vont aussi aborder à travers leur approche, la PGRO que vous connaissez probablement tous et toutes, ces cinq questions. Ce sont les questions de base sur la relation qui vont apporter une réflexion par rapport à ça. Encore une fois, comme ce matin s'il fallait que je présente Line et ensuite Gilles, à travers toutes leurs réalisations, ça serait peut-être un peu long. Je vais donc le faire avec quelques mots de mon expérience subjective, interactionnelle et relationnelle avec Line et avec Gilles.

Je vais commencer par Line, juste un mot comme ça. On a une longue relation. Je ne dirais pas de quand elle débute mais... je vous dirais essentiellement que Line, si vous avez la chance de la connaître, moi je la définirais un petit peu dans mon expérience avec elle comme une espèce de compétence tranquille, fiable et rigoureuse. Avec elle j'ai l'impression de vivre une compétence tranquille, fiable, mais toujours dans la rigueur. Elle sait tenir le fort. Et si vous avez eu le privilège comme moi je l'ai eu, dans des situations comme ce matin, de la rencontrer sur un autre niveau, vous allez découvrir que c'est surtout qu'elle est une personne d'une grande disponibilité et sensibilité émotionnelle, d'une grande efficacité dans des moments où on se sent vulnérable ou en danger, pis moi je l'ai vécu quelques fois avec elle, donc je voulais souligner ça pour la présenter. Pour elle, ça va être ça. Il faut que je présente les deux parce qu'ils vont parler ensemble alors ça nous... ça va comme ça Line, je peux en ajouter encore si tu veux. Je vais dans l'essentiel, il y aurait d'autre chose à dire.



Pour Gilles, ben écoutez c'est complexe là. Qu'est-ce que je vais vous dire de lui en... vous le connaissez tous, qu'est-ce que vous ne savez pas de lui, qu'est-ce que je pourrais amener que vous ne savez pas déjà de lui, alors j'ai pas envie de répéter. On pourrait dire qu'il a touché la vie de tellement de gens au Québec, et pas rien qu'au Québec, je parle surtout de nous au Québec aujourd'hui. Il a touché la vie de tellement de personnes. Je dirais moi à mon contact avec lui que c'est un... un concepteur pragmatique et toujours pertinent. Vous savez quand je vois un peu son projet, j'ai eu le bonheur de l'avoir comme étudiant en doctorat, c'est un privilège en même temps. Je dirais contre vents et marées, il a développé une approche intégrative de haut niveau qui est reconnue maintenant internationalement. C'est une approche intégrative qui s'est développée, qui se renouvelle, avec pertinence et rigueur. C'est quelqu'un qui se tient tout le temps informé et qui sait intégrer de façon pertinente en gardant la cohérence de l'approche. Et une chose que je connais encore plus de lui, et qui peut-être me touche encore plus, c'est quand il s'agit de s'engager pour faire progresser la psychothérapie au Québec, vous pouvez être assurés que Gilles dira

présent. Je pense que ça c'est important, on est chanceux de l'avoir pour ça au Québec. Alors je vous les présente tous les deux.

Conférence de Line Girard et Gilles Delisle

Line Girard

Je ne sais pas ce qui est le plus « touchant/impressionnant » : être présentée par Conrad Lecomte comme il vient de le faire avec sa sensibilité personnelle ou faire soi-même une présentation...

Je suis bien émue des belles choses que Conrad a dites à mon sujet. Émue aussi de toutes les personnes qui sont venues me voir à la pause et qui m'ont dit : « Nous lèverons des ballons et nous ferons la vague ». L'un des premiers gestaltistes (Zinker, 1977) disait : « L'anxiété est un système de circuits d'excitation qui sont bloqués ». Je dois vous dire que les miens doivent l'être au moins un peu présentement... Ceci dit, je suis contente d'être là, impressionnée devant cette salle de 250 personnes. Généralement je travaille avec des petits groupes de 16 personnes. Ceux qui me connaissent savent que j'aime travailler avec des petits groupes et que je suis un peu plus intimidée par les grands groupes. Deux cent cinquante personnes, c'est assez impressionnant. Alors, soyez indulgents, si jamais les mots se bousculent lorsque je m'exprime, vous comprendrez que c'est mon excitation/anxiété... Soyez indulgents, mais sachez que je suis très honorée d'être ici. Comme Québec est une ville qui aime le hockey, je voulais partager avec vous une analogie qui m'est venue pour parler de ma présence au sein de cette équipe de « Maître » - psychothérapeutes. J'ai pensé au club des légendes du hockey avec lequel jouait Guy Lafleur. Je me suis dit que j'avais été recrutée par le club des légendes de la psychothérapie et j'en suis très fière !

Je suis devenue psychologue en 1982, et je suis sûrement une des plus vieilles étudiantes de M. Lecomte. Il m'a connu « toute petite »... Je suis donc très fière d'être avec lui, avec Monique, André, Pierre, Jean-Luc et Gilles. J'aime côtoyer les légendes. Il est toujours possible d'apprendre quelque chose avec les légendes. Je suis donc très contente d'être là avec eux et avec vous. Enfin, je veux aussi remercier le regroupement des psychologues de Québec. Ils ont vraiment fait de ce colloque, un grand événement où tous (formateurs comme participants) sont traités divinement. Alors merci à vous et bravo !

Pour ce qui est de mon parcours, qui débute en 1982, j'ajouterai que j'ai travaillé dans le réseau de la santé et en bureau privé. Le fil conducteur de mon parcours a toujours été en lien avec l'amélioration de mon modèle thérapeutique pour mieux aider mes clients. Je dirais que j'ai toujours cherché à me développer pour devenir une meilleure psychothérapeute et une meilleure formatrice. J'ai voulu répondre aux impasses que j'ai pu rencontrer avec mes clients tout au long de ma carrière et aux questions que me posaient les participants en formation. Comme psychothérapeute, lorsque nous débutons dans le métier, nous avons un doctorat ou une maîtrise. Nous sommes psychothérapeutes nous croyons que le tour est joué. Mais lorsque nous nous retrouvons avec un client difficile, nous nous demandons quoi faire. Nous nous empressons de prendre une formation supplémentaire. Après cette formation, une autre impasse se présente, que faisons nous ? Une autre formation ! C'est donc ainsi que je me suis développée comme psychothérapeute

Le modèle de la PGRO s'est développé aussi de cette façon. Ce sont à travers les impasses avec les clients, avec l'envie d'aller plus loin théoriquement pour aider des psychothérapeutes que cette approche a vu le jour. C'est ainsi que depuis 36 ans maintenant, j'aide des

professionnels de la santé mentale et des clients à traverser des impasses relationnelles, à se développer et à trouver avec eux des réponses à leurs questions. Nous le faisons ensemble et dans la rencontre.

Maintenant, je passe la parole à mon collègue.

Gilles Delisle

Comme vous pouvez le voir, nous avons décidé de faire une présentation en couple... Ce que ça veut dire c'est que chacun de nous va commencer une phrase, que l'autre va finir...! Nous avons accepté de faire la présentation en couple, seulement après avoir appris que Jean-Luc Lacroix, qui est un spécialiste de la thérapie conjugale serait avec nous. Si ça accroche quelque part, nous aurons une aide professionnelle... Il pourra illustrer son système sans même avoir à faire de présentation !

Je suis très heureux d'être avec vous, très touché par la générosité de la présentation de Conrad tant à l'égard de Line que me concernant. J'éprouve une grande reconnaissance envers le regroupement des psychologues cliniciens et cliniciennes de Québec d'avoir eu cette idée innovatrice de réunir des personnes qui sont capables de se parler et de s'écouter, qui se respectent les unes les autres et qui travaillent dans des modalités à la fois différentes et complémentaires. Ouvrir cette discussion et permettre au plus grand nombre d'en prendre connaissance, je pense que c'est de plus en plus là que nous devons aller comme profession. Il est temps de renoncer au « narcissisme des petites différences », et de chercher plutôt les points de convergence, ceux qui rendent possible à chacun de nous d'améliorer sa pratique au contact des autres. Déjà depuis ce matin, j'ai entendu énormément de choses qui sont susceptibles de m'éclairer, d'améliorer à la fois ma façon de travailler, ma façon d'enseigner.

Je pense qu'il y a dans la salle un bon nombre de personnes qui ont fait la formation du CIG, ou du moins connaissent le modèle parce que nous venons souvent enseigner ici à Québec. D'ailleurs, il me semble qu'il y ait dans la salle beaucoup de personnes qui ne sont pas de Québec. SVP, levez la main ceux qui ne sont pas d'ici. Regardez-moi ça ! (Les participants applaudissent) Alors ça parle de quoi ? À mon avis, ça parle du rayonnement et du leadership remarquables du RPCCQ et ça parle de la pertinence du thème de ce colloque. On est prêt à venir de loin pour y participer. Merci d'être là, c'est stimulant.

Alors, outre le fait qu'on va se compléter l'un l'autre, nous allons tenter d'aboutir aux cinq questions si cruciales que Conrad Lecomte a concoctées. Mais pour faire ça, il va d'abord falloir que nous présentions le modèle avec lequel nous travaillons pour que ce que nous dirons là-dessus soit intelligible. Ainsi au fur et à mesure de notre présentation, j'espère que vous-mêmes commencerez à voir quelles pourraient être nos réponses aux questions, en voyant comment le modèle fonctionne. Line et moi allons nous partager les différents segments de notre propos.

Le modèle ou le système de psychothérapie que nous vous présentons, c'est la PGRO : la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet. Ce modèle existe depuis à peu près 25 ans. En Europe francophone, on l'appelle aussi la psychothérapie du lien. Cela a le mérite d'être intelligible pour les personnes qui nous consultent. Cette appellation leur dit quelque chose de comment ça peut se passer. D'un autre côté, c'est trop peu spécifique : il y a toute une panoplie de psychothérapies du lien... L'appellation PGRO, il faut être un professionnel de la santé mentale pour savoir ce que signifie cet acronyme-là : psychothérapie gestaltiste des relations d'objets.

Nous enseignons donc ce modèle au CIG depuis maintenant plusieurs années, et nous allons tenter de vous le présenter d'une manière intelligible afin que vous puissiez vraiment, peut-être pas assimiler, mais en tout cas vous familiariser avec le cadre de référence à partir duquel nous allons suggérer un certain nombre de réponses aux questions posées par Conrad Lecomte.

Qu'est-ce donc que la PGRO ? Disons d'abord, il s'agit d'un système thérapeutique intégratif voué aux traitements des pathologies de la personnalité. Il est fondé sur un processus thérapeutique développemental et relationnel, qui s'élabore à travers la construction du sens de l'expérience, passée et actuelle. Cela se fait au sein d'une relation thérapeutique qu'on qualifie de tri-modale : elle a des aspects transférentiels, des aspects réels et un puissant axe herméneutique.

L'essentiel de ce que nous présentons trouve son origine dans ma thèse doctorale dirigée par Conrad Lecomte dans les 1990. Notre plus récent ouvrage, *La psychothérapie du lien : genèse et continuité* a été publié en 2012. Il rend compte de là où le modèle est rendu aujourd'hui après un quart de siècle d'existence. Outre Line et moi, six auteurs ont participé à la rédaction de cet ouvrage.

Pour retracer les racines de cette psychothérapie intégrative, disons d'abord que Line et moi avons été élevés et nourris au lait maternel de l'humanisme. Nous nous sommes d'abord développés dans cette grande tradition humaniste avec en particulier l'apport de Gestalt-thérapie dans laquelle nous nous sommes formés tous les deux. Ce que la PGRO conserve de cette racine particulière, c'est surtout la dimension expérientielle. J'entendais Pierre Cousineau ce matin évoquer des concepts qui sont utilisés dans sa façon de travailler, et je me disais que c'étaient de beaux dérivés de certaine des techniques de la Gestalt-thérapie. Bien sûr, il y avait bien d'autres influences dans ce qu'il disait mais je pouvais retracer quelque chose qui pouvait rappeler la Gestalt-thérapie des origines.

Notre deuxième corpus de racines, c'est celui qui nous vient de la psychodynamique. Au tournant des années 1990, nous avons commencé au CIG à interroger l'utilité de la Gestalt-thérapie dans le traitement des pathologies de la personnalité. Il m'a semblé alors que la Gestalt-thérapie classique était très bien équipée pour accentuer la prise de conscience de l'expérience immédiate, mais qu'elle était une espèce de désert en ce qui concerne le développement de la personnalité. On pouvait travailler puissamment dans l'ici et maintenant, mais il n'était pas possible dans ce cadre de référence d'utiliser correctement l'histoire de la personne, sa « mémoire » au sens où on en a entendu parler ce matin. Au fond, ma thèse doctorale a consisté à essayer d'examiner, de faire une critique approfondie de la Gestalt-thérapie telle que je la connaissais et la pratiquais. Je voulais aussi interroger les théories psychanalytiques des relations d'objet auxquelles je m'intéressais depuis un moment. C'est à l'intérieur de ce travail doctoral que s'est élaboré un processus d'intégration qui se poursuit aujourd'hui encore au CIG.

À partir de 2006, un autre élément est venu nourrir notre travail, soit les travaux contemporains des neurosciences affectives, en particulier ceux d'Allan Schore sur la régulation affective dont nous avons traduit en français le dernier ouvrage, ainsi que les travaux de Cozolino, sur l'intégration des neurosciences en psychothérapie. Le modèle du CIG vise donc à intégrer l'aspect expérientiel de la Gestalt-thérapie, l'aspect développemental des théories de la relations d'objet et l'aspect neurodynamique des neurosciences contemporaines. Ce dernier apport est venu non seulement éclairer et informer notre pratique, mais aussi corriger des choses que nous faisons et qui nous sont apparues comme étant des erreurs potentielles. Je

pense notamment au rapport entre la régulation affective et la mentalisation. Ajoutons à cela, bien entendu les recherches sur les meilleures pratiques en matière de formation — qui ont toujours été importantes, mais qui sont maintenant depuis quelques années au cœur de nos travaux. Après plus de trente ans consacrées à la formation de psychothérapeutes, nous pensons être en position de contribuer de façon utile à une meilleure compréhension de comment les psychothérapeutes se développent, comment ils se forment, ce qui est utile, ce qui ne l'est pas, ce qui a un impact et ce qui en n'a pas.

C'est donc ce type de recherche que nous poursuivons actuellement. Nous le considérons non pas comme un « patchwork » ou une mosaïque disparate, mais bien comme une intégration. Nous sommes ni dans l'éclectisme, ni dans l'addition. Ça n'est pas la Gestalt et la relation d'objet, mais plutôt la relation d'objet en Gestalt-thérapie.

Outre la sympathie et l'amitié que j'éprouvais pour Conrad Lecomte dans les années où j'ai fait mon doctorat, les années 1990, il était la figure de proue de tout le mouvement d'intégration qui allait suivre ensuite. Il était donc le directeur inespéré pour quelqu'un qui voulait travailler à l'intégration et avoir de réelles balises épistémologiques. On n'a pas inventé une cuisine franco-chinoise parce qu'on a combiné du soya et du vin rouge ! L'intégration, c'est beaucoup plus complexe que ça. Tout ce travail doctoral a donné naissance à cette approche qu'on appelle la PGRO. Quelles en sont les balises épistémologiques ?

Mahrer (1989), a écrit un texte assez convainquant pour suggérer de telles balises à tous ceux qui voudraient procéder à un travail d'intégration en psychothérapie. Sans entrer dans les détails, on peut dégager quelques repères. D'abord, une certaine vision de la personne, dont découle une théorie du développement normal de la personne et de la personnalité. Il faut aussi une théorie de la pathogenèse : qu'est-ce qui fait que le développement, au lieu d'aboutir à la santé aboutit à la pathologie. S'ensuit un système diagnostique qui permet de décrire et de comprendre l'écart à la normale. Enfin, un système intégratif doit articuler une théorie du processus thérapeutique qui décrit comment se noue et se développe la dynamique qui permet de passer de l'état pathologique à l'état normal ou sain. De cette théorie du processus thérapeutique découle un ensemble de procédures spécifiques et concrètes, soit des techniques.

Ceci étant posé, nous allons structurer notre présentation du modèle au fil de ces différents paramètres. Ça nous donnera une espèce de structure successive, que l'on pourra suivre au fur et à mesure de la présentation.

Line Girard

Vous avez dans le cahier de présentation toutes les diapositives en lien avec notre présentation. Nous les avons retravaillé et certaines ont été déplacés. Nous vous l'indiquerons le moment venu.

Gilles Delisle

C'est drôle que Line dise ça parce que ça me rappelle une réflexion que je me faisais juste avant de venir sur le podium. Je me disais, je pense que... ou j'ai bien l'impression que les personnes qui sont venues ici sont de celles qui adhèreraient à l'énoncé suivant : la technique n'est pas possible, n'est pas efficace en dehors de la relation. Si je me mettais à renverser cet énoncé, en regardant les contraintes techniques inhérentes au genre de présentation que nous sommes en train de faire. Je me disais notre relation à vous et à nous sur scène n'est, elle, pas possible sans la technique. La technique que l'on emploie pour communiquer contraint et cadre la relation. Par exemple, il faut que je fasse attention pour ne pas me tourner trop souvent vers la droite parce que la caméra est à la gauche. Je ne peux pas avoir mon ordinateur avec

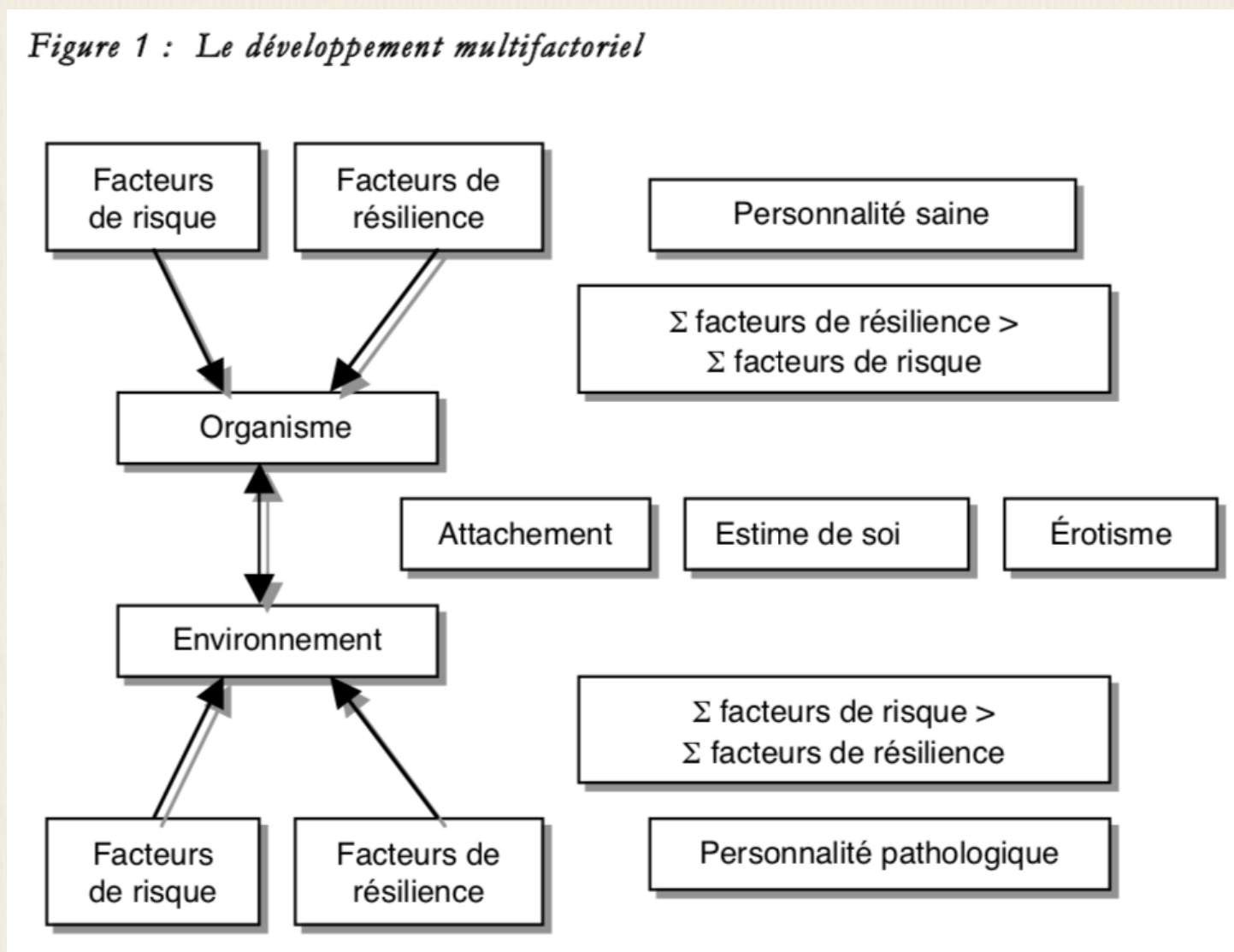
lequel je travaille habituellement parce qu'il est là-bas. Je dois aussi parler à travers un micro. J'ai des réflecteurs d'éclairage dans les yeux... Dans une vision très courte, on pourrait dire que tout ça empêche la relation. En fait, ça l'a définit, ou plutôt ça la module. Ça ne se passe pas entre nous. C'est comme si on était seize comme disait Line, comme si j'avais mon ordinateur comme d'habitude, comme si je pouvais pointer le laser, comme je veux... Mais ce n'est pas ainsi. Je vais utiliser cette métaphore-là peut-être plus tard dans la présentation pour dire que non seulement la relation conditionne la technique mais que la technique conditionne la relation qui va s'établir entre le client et le thérapeute. Qu'est-ce que le thérapeute déploie comme stratégies ? Ne nous leurrions pas, nous en avons des stratégies. Une relation thérapeutique n'est pas une relation émergente construite instinctivement par ma simple intégrité et ma capacité d'intimité, de centration, de fascination. Nous ne sommes pas une page blanche qui s'anime au contact de l'autre comme l'aurait désiré Perls en 1952. C'est beaucoup plus complexe. Donc comment laisser se déployer une relation alors que la technique à la fois la contraint mais la permet ? S'il n'y a pas de technique, il n'y a pas de relation non plus, du point de vue de la psychothérapie. L'indispensable et intolérable technique !

Alors premier repère : une vision de la personne. Nous regrettons un peu d'avoir mis cette diapositive, parce qu'il faudrait en parler pendant une demi-heure et qu'on n'a pas le temps de le faire. Nous vous disons donc, sourire en coin, faites nous confiance, on en a une ! Ce qui est plus intéressant et plus accessible dans ce cadre-ci, c'est notre théorie du développement normal et notre théorie du développement pathologique. Encore une fois, si possible, entendez ce qui vous est présenté en ayant en tête les questions auxquelles le colloque se propose, non pas de répondre, mais de susciter des réponses et des discussions. Donc une théorie du développement normal et une théorie de la pathogenèse sont deux exigences pour qu'on puisse affirmer qu'on a un système thérapeutique et non pas un amalgame de techniques ou une forme de militantisme, d'action politique ou d'aide-conseil.

Voici un schéma qui est un peu complexe, et que beaucoup de personnes connaissent. On va essayer de l'organiser pour qu'il soit intelligible parce qu'il est primordial pour saisir la fonction de la relation, en psychothérapie bien sûr, mais dans le développement. C'est donc une théorie du développement à la fois normal et pathologique. On va avoir les deux développements sur ce même schéma.

Ce que ce système nous dit, c'est qu'à la naissance, nous sommes un organisme psychologique qui apparaît dans un environnement donné.

Figure 1 : Le développement multifactoriel



Ce qui est important de saisir, c'est que la PGRO a une conception développementale multifactorielle. C'est-à-dire que si on se demande ce qui cause la dépression, il n'y a pas une seule réponse à cette question, il y en a plusieurs. Qu'est-ce qui cause un trouble de personnalité limite ? Il y a plusieurs éléments de réponse aussi, donc il y a un amalgame de facteurs qui sont en cause dans la pathogenèse.

Les facteurs de risque et les facteurs de résilience de l'organisme sont de mieux en mieux connus avec les travaux d'Allan Schore, de Mark Solms, de Cozolino et d'autres. Ces facteurs de risque et de résilience viennent avec notre tempérament. On peut regarder ça avec le Big Five (Goldbert, 1981, Costa et McCrae, 1987; 1992) si on veut. Il y a également des facteurs de risque présents dans l'environnement dans lequel nous vivons. On peut parler, par exemple, de violence, d'alcoolisme, de pauvreté, d'un narcissisme aigu d'un parent, séparation, de déménagements... Il y a des facteurs de risque qui sont connus, mais il y a bien sûr aussi des facteurs de résilience qui sont connus.

Chacun de nous arrive ainsi dans le monde avec cette sorte de configuration. On arrive avec cette configuration et là, nous avons deux trajectoires et deux issues possibles. L'une aboutit à la personnalité normale, saine, libre de pathologies, l'autre à une personnalité pathologique et/ou à un trouble de la personnalité. Ainsi, avec notre baluchon de facteurs de risque et de facteurs de résilience présents tant dans l'environnement que dans notre tempérament, nous entreprenons un parcours développemental par monts et par vaux, fait de hauts et de bas. Nous concevons que ce parcours doit nous permettre de franchir et de métaboliser trois grands enjeux développementaux. La métabolisation de ces enjeux doit nous équiper pour faire face aux aléas moyens, d'une vie moyenne vécue par un humain moyen.

Notre vision de la personnalité normale ou saine n'est pas une vision utopique. Néanmoins, il est important de distinguer ce qui est de l'ordre de la pathologie de la personnalité de ce qui est de l'ordre d'un fonctionnement à peu près normal.

Le premier de ces trois grands enjeux développementaux est très connu. C'est celui de l'attachement. Il est tellement connu qu'il en devient quelque peu « impérialiste ». De la même manière que dans les années 1990 à un moment donné on a presque cessé de dire « trouble de la personnalité limite », pour ne plus dire que « trouble de la personnalité », limite étant sous-entendu. Or, il y en a bien d'autres ! Aujourd'hui, l'attachement occupe une telle place dans les enseignements, dans les écrits, dans les recherches, qu'on pourrait croire que quand on dit attachement, on a tout dit du développement précoce. À mon avis, c'est faux. L'attachement se déploie sur une plage développementale qui va de la naissance, et peut-être un peu avant, jusqu'à l'acquisition du langage. Mais le développement ne s'arrête pas là. Il reste des choses à accomplir, du chemin à parcourir. L'enjeu développemental de l'attachement, c'est bien sûr d'atteindre un attachement sécurisé. Certains auteurs de la relation d'objet peuvent nous éclairer là-dessus. L'enjeu suivant, c'est celui de l'estime de soi et du narcissisme que nous considérons comme un enjeu en soi. Il ne suffit pas d'avoir un attachement sécurisé pour que découle naturellement un bon équilibre narcissique. Ça ne fonctionne pas comme ça. J'ai connu et vous connaissez probablement des personnes qui ont un attachement sécurisé et qui pourtant présentent un déséquilibre narcissique. Nous trouvons utile de consacrer une attention spécifique à cet enjeu-là car il sollicite d'autres types de mécanisme de fonctionnement. Dans l'enjeu d'estime de soi/narcissisme le père apparaît et joue un rôle plus important que dans la plage de l'attachement. Cet enjeu développemental sera à l'avant-plan de l'acquisition du langage jusqu'à la puberté. À partir de là Éros-Ethos, c'est-à-dire la tension fondamentale et fertile entre le désir et l'interdit, entre l'aspiration et la contrainte va occuper et mobiliser le Self. Donc, dans le développement optimal, nous aurions une personne avec un attachement sécurisé, un bon équilibre narcissique et qui serait capable de vivre une tension fertile Éros-Ethos. Ce que nous croyons et ce que nous observons c'est que quand les personnes ont franchi et métabolisé ces trois enjeux développementaux — il y en a d'autres qui vont apparaître plus tard, mais on va se limiter à ceux-là — elles sont mieux capables de faire face aux aléas d'une vie humaine normale, moyenne. Sur le plan amoureux, elles pourront vivre des ruptures, mais pas des abandons. On rompt avec un adulte, on abandonne un enfant. Elles auront un équilibre narcissique suffisant pour être capable de s'affirmer et de s'exposer sans que cela soit un besoin impérieux. Elles auront un équilibre narcissique suffisant pour accepter de s'incliner sans que cela soit honteux. Et elles seront capables d'éprouver leur désir en respectant les contraintes que nécessite la vie en collectivité. Ces contraintes cependant n'étoufferont pas le désir, pas plus que les désirs ne bafoueront pas les contraintes. Nous concevons donc une suite de chantiers développementaux dont la métabolisation pleine aboutit à une personnalité qui est capable de fonctionner avec les aléas moyens d'une vie moyenne. Évidemment quand on apprend que notre conjoint ou notre conjointe a une aventure avec notre frère ou notre sœur, on sort des aléas moyens d'une vie moyenne. Le coup et l'ouragan qui nous frappent sont suffisamment forts pour nous déstabiliser profondément dans cette trahison qui a des répercussions autour de l'attachement, de l'estime de soi, d'Éros-Ethos. Nous sommes dans une tragédie, dans un drame et on présentera peut-être des manifestations cliniques du moins pour un certain temps.

Quant à la personnalité pathologique, elle résulte d'un parcours développemental tel que la somme des facteurs de risque organisme-environnement était plus grande ou considérablement plus grande que la somme des facteurs de résilience organisme-environnement. La personne

n'a pas pu faire sens, extraire du sens de ces défis développementaux et elle y reste bloquée. Il lui manque des outils psychologiques, affectifs et cognitifs pour traverser les crises normales de la vie adulte. Inversement, on va considérer que la personnalité saine résulte d'un parcours développemental où on a rencontré l'énigme de l'attachement, l'énigme de l'estime de soi, l'énigme Éros-Ethos, dans un contexte où il y avait des facteurs de risque mais où la somme des facteurs de résilience l'emportait sur la somme des facteurs de risque. Vous me direz que c'est une façon un peu mathématique de le représenter. C'est vrai. Et c'est une façon de schématiser la dimension multifactorielle dont on ne peut pas prédire la configuration chez telle ou telle personne. Ça nécessite à chaque fois une écoute étendue et profonde des conditions dans lesquelles sont apparus les symptômes, les motifs de consultation et les conditions développementales dans lesquelles les motifs de consultation peuvent s'enraciner. Voilà donc pour notre théorie du développement normal et notre théorie de la pathogenèse esquissée de manière sommaire.

Line Girard

Dans une activité comme le présent colloque, il est toujours intéressant d'écouter les différents formateurs et d'essayer de voir les liens entre eux. J'écoutais Pierre Cousineau ce matin, qui parlait des énoncés pro-symptômes. En écoutant Gilles parler du développement, nous pourrions voir un lien avec ces énoncés pro-symptômes et penser qu'ils viennent s'ancrer dans la psyché de l'enfant qui absorbe ce qu'il vit avec l'environnement un peu comme une éponge. Dans son développement et à travers ses tâches développementales, l'enfant prend à l'intérieur de lui, ces énoncés pro-symptômes parce qu'ils l'aident à survivre en relation. Toutefois, éventuellement, ils deviendront encombrants dans ses relations. Par exemple, la dame dont parlait Pierre, qui a de la difficulté avec un interlocuteur au téléphone à l'âge de 30 ans, a peut-être bénéficié de se taire lorsqu'elle était jeune. Peut-être qu'elle a dû composer avec une mère critique ou méticuleuse au niveau du langage ou avec une mère qui parlait à sa place. La difficulté à s'exprimer ainsi, est ce qui a été indispensable et créateur à une époque de sa vie et qui devient intolérable et dérangeant dans la vie adulte.

Cette position ou ce phénomène, en PGRO, s'appelle le dilemme de contact. C'est un conflit intrapsychique qui s'installe chez une personne et qui contamine la personnalité et toutes les relations de la personne.

Gilles Delisle

Ça parle aussi de ce qui amène et définit la fonction du symptôme.

Le prochain élément que nous aborderons est la théorie du processus thérapeutique. Du point de vue de la PGRO, le processus thérapeutique se présente comme :

- des cycles de reproductions-reconnaissance-réparation...
- dans les divers champs expérientiels...
- au sein d'une relation thérapeutique tri-modale.

Une théorie du processus thérapeutique : des cycles R-R-R

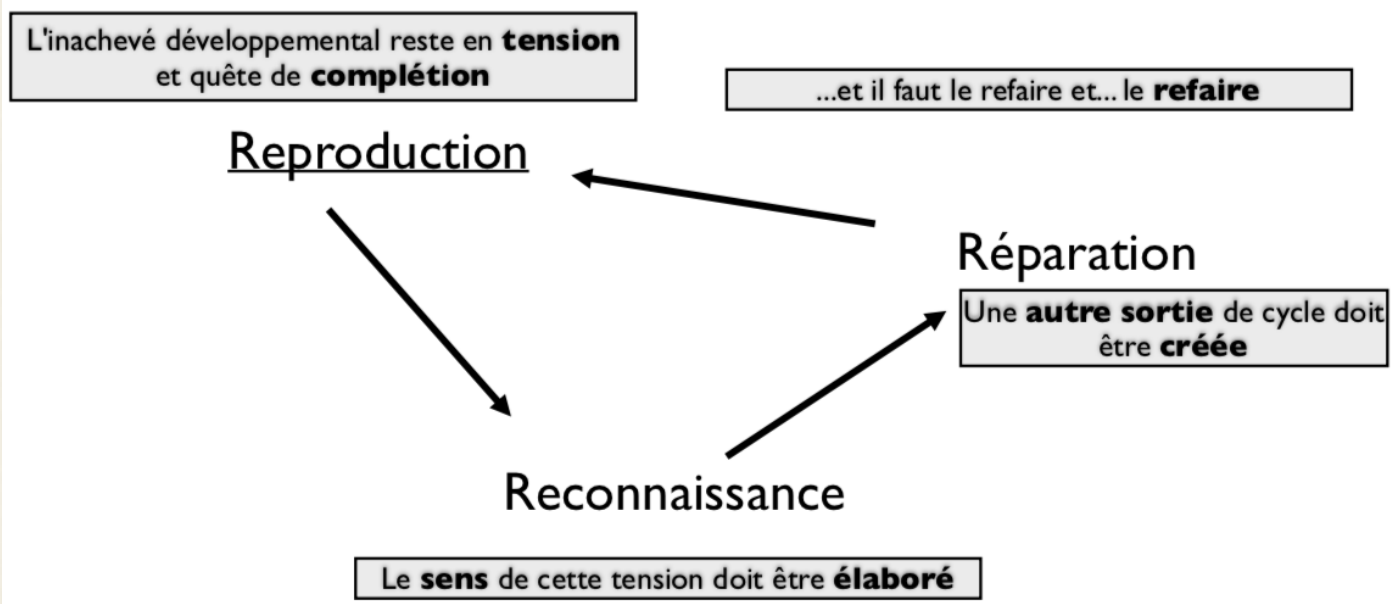


Figure 2. Des cycles de reproduction-reconnaissance-réparation

Nous avons vu que dans la théorie du développement pathologique, au moins un enjeu développemental est resté inachevé. On n'a pas pu le métaboliser, on n'a pas pu en faire sens et quelque chose de nous y reste bloqué. Ça peut être sur le plan de l'attachement, ça peut être sur le plan du narcissisme, ça peut être sur le plan des rapports Éros-Ethos. Quelque chose est resté inachevé. Ce chantier incomplet nous a privé des ressources affectives, cognitives, et comportementales qui auraient pu nous permettre de nous mouvoir dans un monde où ces enjeux-là sont activés, sollicités, provoqués. De notre point de vue, cet inachevé développemental reste en quête de complétion. Et parce qu'il reste en quête de complétion, il va ré-apparaître au fil des stress psychosociaux. Ce qui est inachevé dans le développement, disent les gestaltistes, a la fâcheuse tendance à se pointer le nez à des endroits et à des moments où on ne l'attend pas. Pourquoi ? Parce qu'organiquement ça cherche naturellement à se compléter.

L'inachevé développemental reste en quête de complétion. Nous allons appeler ce phénomène, la reproduction. Dans les pathologies de la personnalité, nous allons considérer les différents critères du DSM, la symptomatologie décrite dans le PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual), comme des ensembles de reproductions qui apparaissent à diverses fins. D'abord, une quête de complétion : « je ne fais pas ça juste pour me mettre dans le trouble ». Je fais ça parce que j'ai l'espoir qu'enfin ça va aboutir, qu'enfin je vais arriver à me sécuriser dans l'attachement, qu'enfin je vais me mettre en équilibre sur le plan narcissique, qu'enfin je vais arriver à vivre de manière fertile le rapport entre Éros et Ethos. Donc je mets sans cesse sur le métier cette situation qui est inachevée. Je m'en plains et en même temps, j'y suis pour quelque chose. En PGRO, on appelle cette dualité, la fonction simultanément indispensable et intolérable du symptôme. Donc peut-être un aspect semblable au pro-symptôme de Pierre, pour ce que j'en comprends.

Cette reproduction émerge dans mon comportement, dans mes affects, et elle émerge d'une façon plus ou moins impérieuse. Je ne sais pas trop ce qui est en cause, mais alors même que je déplore tel type de relation de couple, j'ai un talent inouï pour me retrouver précisément dans ce type de relation ! Quand je me trouve un partenaire qui ne connaît pas tout à fait bien son rôle, je fais en sorte qu'il l'apprenne ou qu'elle l'apprenne et qu'éventuellement, il ou elle finisse par ressembler à mon pire cauchemar. Et là, je suis dans une impasse. Mais pourquoi fait-on ce genre de choses. ? On fait ça parce qu'on a l'espoir de dénouer et que pour le dénouer il faut le remettre en place. C'est ça l'aspect de reproduction. La reconnaissance, c'est tout le travail thérapeutique qui amène à prendre acte du fait que 1) je reproduis, 2) qu'est ce que je reproduis 3) comment je contribue à la reproduction et 4) comment je peux en sortir.

Donc quand on parle du cycle, reproduction-reconnaissance-réparation, on parle de cette dynamique où les choses inachevées apparaissent dans notre expérience. On les met en scène dans les différents champs de notre vie. Le sens de cette remise en place doit être élaboré et une sortie de ce cycle infernal doit être construite. Des cycles qu'il faut faire et refaire, et refaire. Il ne s'agit donc pas d'une psychothérapie brève... Prendre conscience de la reproduction, en dégager le sens et construire une issue durable, c'est quelque chose qui nécessite d'être fait et refait. Pourquoi, pourquoi faut-il le faire et le refaire ? Parce que les circuits neuronaux se sont construits sur l'ancienne modalité. Une expérience correctrice ne va pas suffire. L'expérience correctrice fondatrice, procure un immense soulagement. Mais il y a tout un système social,

interpersonnel (dont peut-être nous parlera aussi Jean-Luc Lacroix), qui a appris à vivre avec la personne que l'on était. Ce système ne va pas forcément se transformer en parallèle au travail que fait la personne en psychothérapie. Et puis, cette personne a elle-même des gains secondaires, peut-être même primaires, à faire les choses comme elle les faisait jadis. Elle s'est organisée de cette manière-là. Et ses circuits neuronaux tout neufs, il suffit d'un petit vent pour les emporter, qu'elle tombe dans les vieux sillons, qui eux, sont bien creusés. C'est pourquoi il faut refaire et refaire et refaire. Voilà.

Revenons à la théorie du processus thérapeutique : des cycles reproduction-reconnaissance-réparation, dans divers champs expérientiels au sein d'une relation thérapeutique tri-modale.

Que sont ces champs expérientiels ? Ils sont désignés par les chiffres 1-2-3-4.

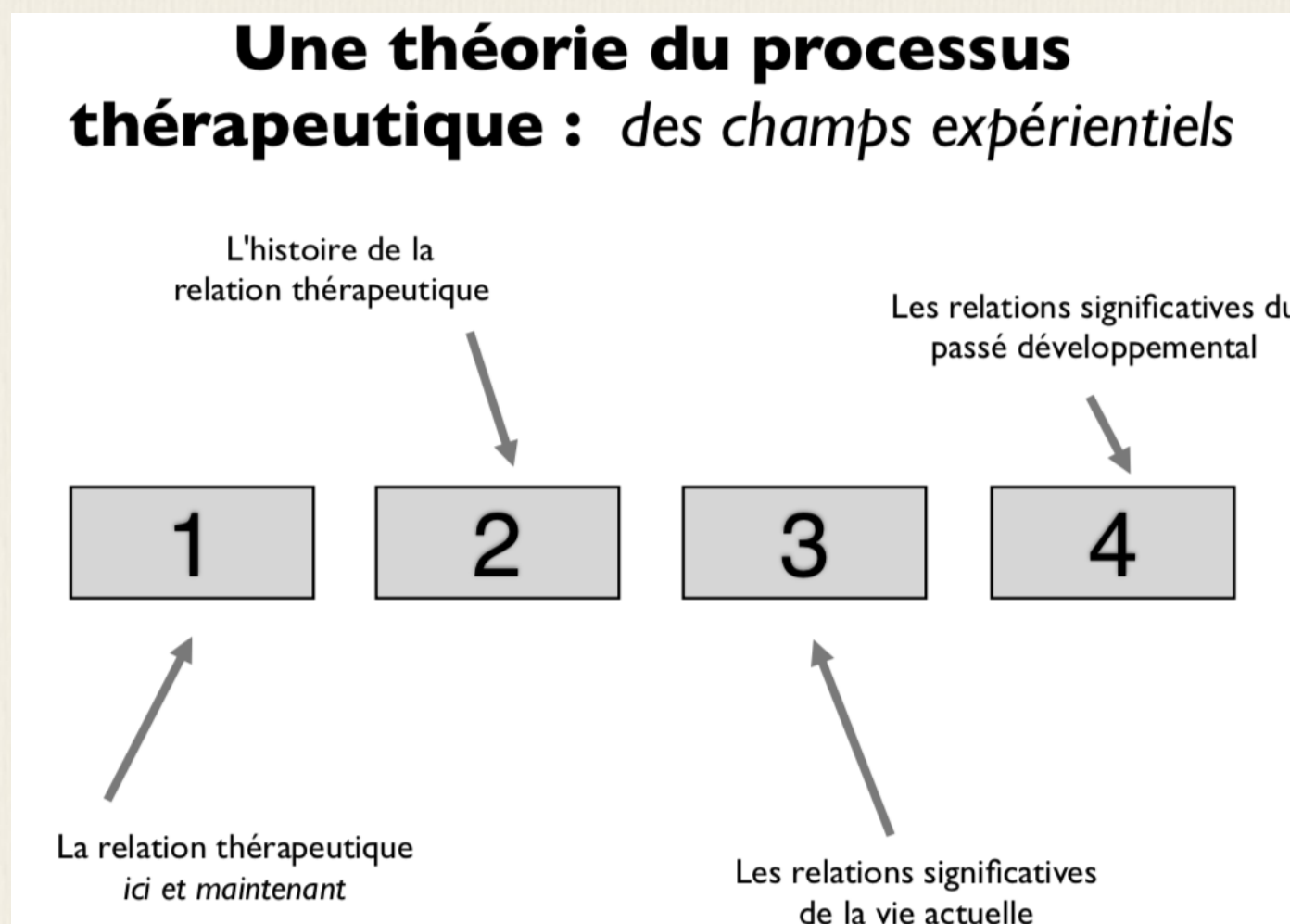


Figure 3. Les champs expérientiels

Le champ 3, ce sont les relations significatives de la vie actuelle de la personne. Nous pourrions l'appeler le champ symptomatique. Ce dont les personnes nous parlent, ce sur quoi elles viennent travailler.

Le deuxième champ que nous évoquerons c'est le champ du passé développemental, le champ 4. C'est le « jadis » alors que je traversais ou essayais de traverser les chantiers d'attachement d'estime de soi et d'Éros-Ethos.

Et puis, nous avons le champ 1 qui désigne l'*ici et maintenant* de la relation thérapeutique. Enfin, cette relation thérapeutique a aussi une histoire : ce qui s'est passé le mois dernier, la semaine dernière, il y a un an. C'est ce que nous appellerons le champ 2.

Chacun de ces champs a ses propriétés. Le champ 1 c'est le lieu où s'élabore le processus thérapeutique, où se co-construit le sens et où, surtout, s'élabore la réparation. Nous entendons par là la possibilité de trouver une autre issue à des expériences d'impuissance, de souffrance, d'absurdité, et de perte de sens. C'est dans la relation thérapeutique que se construit une

nouvelle expérience avec les nouveaux circuits neuronaux qui vont lui permettre de se stabiliser, de se pérenniser, d'être représenté dans la personnalité ; au fond d'aller trouver leur place dans l'identité de la personne.

Le champ 2 est une sorte de laboratoire de la mémoire. Le client nous dit par exemple : « je suis parti vraiment un peu perplexe et agacé la semaine dernière, parce que visiblement ce que je te racontais n'avait vraiment pas l'air de t'intéresser ». Le thérapeute va d'abord se demander si ce que le client décrit correspond à son souvenir de l'expérience de ce moment-là. Le client et le thérapeute ont un passé commun qui doit leur permettre d'avoir un minimum d'épreuve conjointe de réalité : la face externe si l'on veut du champ 2. Attention, je ne suis pas en train de dire que la mémoire du thérapeute est infaillible et celle du client est faillible à l'infini. Mais à tout le moins il y a dans cette relation un interlocuteur en principe raisonnable et de bonne foi entraîné pour essayer de n'être pas trop déséquilibré dans des relations qui pourraient être déstabilisantes, et cet interlocuteur-là, c'est le psychothérapeute.

Chacun de ces champs a une face externe et une face interne. La face externe c'est tout ce qui peut ou aurait pu être observé par un tiers raisonnable et de bonne foi. La face interne, c'est la résonance interne, les représentations, les affects qui accompagnent l'expérience. Par exemple, dans mon passé immédiat, Conrad a eu la gentillesse de nous présenter Line et moi avec beaucoup d'affection, j'en ai été fort touché. Sa présentation, ce qu'il a dit était observable par un tiers raisonnable et de bonne foi. C'est le champ externe. Le fait que j'aie été touché, ému et j'éprouve de la gratitude parle de mon champ interne. Maintenant si j'arrive sur scène, les yeux humides et que j'ai la voix chevrotante, c'est à ce point visible que maintenant c'est externe. Donc il ne faut pas penser une simple équation : ressenti = interne, et agi = externe. Ces distinctions peuvent sembler un peu abstraites mais elles sont incontournables quand on travaille l'interaction immédiate avec un client. Ça nous évite de faire des suppositions parfois mal mentalisées au sujet de l'expérience interne du client. Ça nous permet aussi de questionner, comme le disait Pierre Cousineau ce matin, « à quoi vous voyez ça que... », ça permet de dire au fond « qu'est-ce qui dans le champ externe est disponible pour vous et sur quoi vous greffez un champ interne qui lui m'échappe ». Et ça, on va pouvoir le travailler.

Line Girard

Parfois les clients comprennent quelque chose à partir de ce qu'ils observent du thérapeute. Ils y mettent un sens dans lequel le thérapeute ne se retrouve pas. Par exemple, quand votre client vous dit : « Vous êtes en train de m'évaluer ». Il se peut que ce soit ce que vous êtes en train de faire. Toutefois, il est important de savoir à quel indice phénoménologique, il l'attribue. Une cliente m'a déjà dit que les marques de mon front parfois, lui faisait croire que je l'évaluais. Lorsque je réfléchis ou suis préoccupée, je peux avoir des rides au front. Les indices phénoménologiques externes ont donc un sens interne pour chaque personne.

Gilles Delisle

Très intéressant ! Apprécions aussi qu'on peut faire ce travail très bien ou très mal. Je peux dire « À quoi voyez-vous que je suis dans cet état-là ? » d'une manière telle que tout dans ma personne suggère que c'est lui qui est dans l'erreur et dans la projection. Ou je peux avoir un réel intérêt parce que ça m'intéresse vraiment d'apprendre ce que je manifeste, peut-être à mon insu. Si je suis vraiment intéressé à entendre la réponse du client, ce n'est pas un piège que je lui tends. Je ne suis pas en train de vérifier s'il a compris quelque chose ou le contraire. Je suis vraiment intéressé à ce qui est son expérience interne. À ce moment-là, on peut peut-être essayer de rapprocher l'écart possible, ce qui est souvent un problème avec les personnes qui

ont un trouble de la personnalité. Au fond quand on parle de phénomène, nous parlons de mentalisation. La capacité à mentaliser suppose la capacité à lier ce que j'observe et ce que je ressens et à me représenter que l'autre m'observe aussi et que ce que je manifeste provoque des ressentis chez l'autre.

Line Girard

Un système diagnostique :

Dans les éléments de Mahrer (1989) on parle d'un système psychothérapeutique contenant un élément de nosographie diagnostique. Depuis des années au CIG, nous parlons d'une réflexion diagnostique en cours de suivi et ce, tout au long du suivi. Celle-ci sert à baliser l'intervention. Je pense qu'il est important que le thérapeute ne fasse pas qu'une évaluation sommaire du client pour ensuite l'oublier et avoir l'impression de faire de la psychothérapie. Une réflexion diagnostique doit comprendre tous les éléments relevés lors de nos rencontres avec le client, notre compréhension de ce dernier dans tout ce qu'il est, et dans sa complexité. Tout ceci prend du temps et peut se faire aussi pendant le suivi. Ce temps est bien investi car il donne au thérapeute des balises à son intervention. Il est important aussi de vérifier où l'on va avec notre client. Est-ce qu'on l'aide avec ce pourquoi il consulte ? La réflexion diagnostique en cours de suivi nous aide donc aussi à définir le cadre de notre intervention.

Dans notre modèle, nous avons trois outils diagnostiques pour la réflexion en cours de suivi. D'abord comme la majorité des psychothérapeutes et des psychologues, nous utilisons un diagnostic situationnel, symptomatologique et catégoriel. Vous le connaissez tous, le DSM-5. Il nous permet, quand nous travaillons en collaboration avec d'autres professionnels de la santé mentale, d'adopter un langage commun, connu de tous.

Ensuite, depuis 2006, nous utilisons le PDM, le manuel diagnostique psychodynamique. C'est un manuel qui a été révisé l'été dernier par Nancy MacWilliam et Vittorio Lingiardi (2017) Ce manuel nous permet de voir davantage les fonctionnements intrapsychiques d'une personne derrière la catégorie diagnostique. En faisant un recensement dans diverses théories et recherches psychodynamiques, on plonge davantage dans le sens de l'expérience pour chacun des diagnostics énumérés.

Enfin, cette réflexion diagnostique ouvre sur le diagnostic structural de la personnalité. Ici, nous souhaitons que notre réflexion diagnostique se rapproche au plus près de l'observation des traits singuliers de la personne qui consulte. Nous pourrions avec l'étude de sa structure psychique observer : comment elle utilise ses mécanismes de défense, quelles sont ses émergences affectives présentes et absentes de son registre affectif, quelle est sa vision d'elle-même et du monde, quelles sont les impasses de contact en lien avec les dilemmes de contact qu'elle remet en place ici... etc. Nous pourrions dire aussi en lien avec Pierre Cousineau, quels sont ses énoncés pro-symptômes.

Nous visionnerons tout à l'heure une vignette clinique d'une jeune femme qui a de la difficulté dans ses relations avec les hommes. Elle tombe follement amoureuse et ensuite elle trouve des défauts à ses partenaires et leur prescrit des projets développementaux auxquels ils n'auraient pas pensé... Elle n'obtient comme résultat que des échecs. C'est bien de le constater avec son thérapeute mais il est intéressant de pouvoir réaliser comment cette expérience d'échec se construit sur le plan relationnel. Quand un thérapeute est à la recherche des éléments diagnostiques mentionnés plus haut tout au long du suivi, il voit comment fonctionne la psyché de la personne. Comment dans ce qu'elle communique à l'autre implicitement et explicitement, elle reproduit les mêmes impasses relationnelles. Ce qui nous aide aussi à

reconnaître la reproduction et à aider la cliente à dénouer et à réparer les impasses relationnelles. Voilà donc globalement en quoi consiste la réflexion diagnostique en PGRO. J'ai donné pendant plusieurs années, un atelier sur cette réflexion diagnostique. J'imagine que plusieurs d'entre vous savent de quoi je parle.

Passons maintenant au niveau suivant des repères de Mahrer, celui des procédures spécifiques et des principales techniques en PGRO. Les participants à la formation en PGRO viennent de différents horizons théoriques et de diverses approches psychothérapeutiques. Il ont travaillé avec l'hypnose, l'EMDR, l'interprétation... Pour nous, être au service de la relation avec un client particulier c'est être attentif à ce qui se passe dans la relation thérapeutique et à ce que cette personne-ci peut avoir besoin. Il n'y a donc pas d'objection à ce qu'un thérapeute utilise plusieurs outils techniques en lien avec les besoins du client et de la relation. Nous croyons qu'un thérapeute se doit d'avoir un vaste bagage de connaissances théoriques et techniques pour aider ses clients. Toutefois, il se doit de réfléchir constamment à la meilleure façon de les utiliser au service de la relation et non au service d'un diagnostic.

D'un autre côté si nous pensons aux techniques spécifiques de la PGRO, l'une des premières qui nous vient en tête est le repérage des affinités thématiques inter-champs. Le thérapeute se doit d'abord d'être en contact avec lui-même, il a besoin d'être attentif au côté phénoménologique de ce qui se passe ici en lui en contact avec cette cliente-ci. Qu'a-t-il en vie de faire, de dire ? A-t-il envie de la réprimander, de la secouer ? Pour quelle raison a-t-il ce désir ? La cliente a-t-elle déjà évoqué des situations relationnelles où ça lui est arrivé ? Avec sa mère peut-être ? On peut ainsi reconnaître dans la relation thérapeutique, des thèmes, des comportements, des émotions... qui se retrouvent ailleurs dans les autres relations de la cliente. Par la suite, nous pouvons aider le client à reconnaître les affinités thématiques à travers ses différentes relations ; celle avec son conjoint, sa famille d'origine, ses collègues de bureau et ici avec moi. C'est ainsi que nous faisons le repérage des affinités thématiques entre des divers champs expérientiels que Gilles a décrit plus tôt. Ces champs se définissent dans divers moments de la vie et dans différents contextes de vie.

En formation, un exercice complexe entre les divers champs expérientiels internes et externes est utilisé pour l'apprentissage de cette technique.

Gilles Delisle

Juste en dire un mot. Ce que nous faisons dans la formation, c'est que nous entraînon les thérapeutes à repérer dans le discours du client, les thèmes qui présentent des affinités avec d'autres thèmes dans d'autres champs. L'un des effets curatifs de cette technique est que quand la personne commence à prendre conscience que ce qu'elle déplore « là-bas » semble aussi se passer ici, et se passait jadis. Il y a une première expérience herméneutique qui s'installe qui fait qu'il devient difficile pour le client de croire qu'il n'y est pour rien dans ce qui le fait souffrir et le met en échec. Il est à même de constater progressivement qu'il est l'invariant dans une variété de contexte où le même phénomène semble se produire.

Alors quand on entraîne les thérapeutes dans le programme de formation, on les entraîne à rechercher activement des liens entre ce qui se passe ici maintenant et ce qui se passe dans le champ 3, se passait dans le champ 2 et se passait aussi dans le champ 4. Il s'agit d'un entraînement, au sens le plus classique du terme : on cherche à assouplir les muscles herméneutiques pour pouvoir faire des gammes et ensuite avec le client jouer des mélodies.

Line Girard

Parfois lorsque nous faisons des liens thématiques inter champs, nous ouvrons aussi tout un dialogue herméneutique. Toutefois souvent aussi, nous provoquons une émotion et une prise de conscience fortes chez le client. Par exemple, il y a des moments où le client remet toute la charge de son stress à l'extérieur de lui-même. Le stress qu'il ressent vient d'un patron stressant, d'un mari stressant, d'un enfant stressant... À ce moment, on essaie comme thérapeute de ramener la personne sur sa contribution à l'expérience. On essaie de le responsabiliser. Nous essayons de le faire pour que la personne puisse s'observer dans l'expérience. Ainsi, bien sûr nous devons être en alliance avec le client et favoriser une relation qui puisse absorber ces observations.

Le travail de la régulation affective est vu en PGRO comme une technique thérapeutique. Il y a un ensemble d'interventions en PGRO, qui contribuent soit à accroître l'activation émotionnelle, soit à la réduire. L'enseignement en neurodynamique avec Allan Schore (2008) nous a indiqué qu'une place optimale pour l'intégration d'une nouvelle expérience de la part d'un client se fait avec un affect régulé. Cet affect régulé, ni trop, ni pas assez, favorise la mentalisation. Les thérapeutes qui travaillent avec la mentalisation savent que pour mentaliser, nous devons pouvoir donner plusieurs sens à l'expérience ainsi que ressentir des émotions ajustées et variées. Le schéma que vous voyez à l'écran montre d'un côté un affect absent ou dissocié et plus haut un affect intense et dysrégulé. D'un autre côté, nous avons au niveau réflexif des personnes qui intellectualise lorsqu'elles ne ressentent pas et qui ont une réflexion absente lorsqu'elles sont occupés par leur émotions. Lorsqu'elles ont une dysrégulation de l'affect et qu'elles ne sont que dans leur amygdale, elles sont incapables de penser. Nous pourrions dire que leur pré-frontal ne fonctionne pas, qu'il est complètement bloqué. De l'autre côté, lorsque l'affect est absent, vous avez des gens qui vous parle jusqu'à cinq minutes avant la fin de l'entretien. Comment donc arriver à faire ressentir à la personne un affect juste pour qu'elle puisse mentaliser. Car c'est ainsi que les nouvelles connaissances peuvent s'intégrer.

La forme optimale de dialogue du point de vue de la PGRO est le dialogue herméneutique, c'est-à-dire une co-construction du sens de l'expérience. Il ne peut s'installer que si la personne est régulée affectivement et capable de mentaliser. Le matériel de ce dialogue est l'ensemble des impasses relationnelles, reproduites, reconnues, réparées dans divers champs expérientiels, au fil de dialogues régulés et mentalisés. Pour faire sens de l'expérience, il faut qu'il y ait de la mentalisation et de la régulation affective. Le dialogue herméneutique, c'est un ensemble de techniques dialogales visant à stimuler la contribution du client dans son apport au sens de son expérience. Contrairement ou différemment de l'interprétation, le psychothérapeute dans sa contribution de sens ne livre pas le sens au client totalement. Il contribue plutôt à des éclairages nouveaux sur lesquels le client construira. Et vice-versa... un peu comme si, à tour de rôles, nous allumons des bougies pour arriver au bon éclairage et à la bonne température.

Pierre Cousineau, ce matin, parlait de l'importance d'aller chercher chez le client son sens à lui. Effectivement, il y a des sens, des significations auxquelles nous, thérapeutes, n'aurions jamais pu penser ! Ces sens à l'expérience viennent du vécu singulier du client. Toutefois, en donnant un petit bout d'hypothèse de sens, le client pourra poursuivre et nous le construirons à deux. Les piliers du dialogue herméneutique sont donc une contribution partielle par le thérapeute, un appel à la contribution du client, et l'importance de maintenir l'affect à proximité pour aider à ancrer le nouvel apprentissage.

Gilles a parlé un peu du travail en champ 1 tout-à-l'heure. Ce travail est au coeur de notre modèle. C'est souvent dans ce champ relationnel que le dialogue s'initie. Ce que le thérapeute vit avec ce client-ci lui permet de faire des hypothèses sur ce que le client vit avec d'autres personnes à l'extérieur de la thérapie. Dès la première poignée de main, dans la salle d'attente, déjà, nous ressentons une atmosphère qui se met en place. Ce premier moment est à sentir et vivre car il va faire partie de notre histoire. Je me souviens ici d'une cliente que j'avais trouvée magnifique dans la salle d'attente. Je me suis dit à ce moment-là : « Quelle belle jeune femme ». Lorsque je me suis assise avec elle, elle m'a dit : « Vous savez je suis très laide. Tout le monde se retourne sur mon passage. Je les vois me regarder. » Elle avait saisi mon regard et j'avais une expérience avec elle qu'elle connaissait. Nous allons éventuellement en élaborer le sens

Lorsqu'un client nous parle de ce qu'il vit en dehors de la thérapie, nous vivons une multitude d'émotions et de pensées. Toutefois, il est souvent difficile de savoir si ce qu'elle nous raconte est ce qui se passe vraiment ou ce qu'elle interprète de ce qui se passe. Par exemple, est-ce qu'un mari est réellement violent et comment dans les faits ? Ou si cette personne devant moi ne peut être contredit. C'est ainsi que le champ 1, soit ce qui se passe ici et maintenant entre le client et le thérapeute est un laboratoire où il y a deux observateurs de ce qui se passe. C'est dans l'espace thérapeutique que va se déployer tout ce qui a à se vivre entre le thérapeute et le client. C'est comme lorsqu'un client vit des angoisses et de l'anxiété, nous espérons qu'il les vive dans notre bureau. En le vivant ensemble, nous l'observerons ensemble et pourrons en faire quelque chose, ensemble. Ce qui aidera la personne à en faire quelque chose à l'extérieur de la thérapie

Le travail de champ 1 peut s'amener par la description de ce qui se passe entre le thérapeute et le client. On peut évoquer les thèmes qui nous semblent se présenter et en questionner le sens. Ainsi nous construirons un dialogue herméneutique avec les clients.

Je vais maintenant vous présenter une vignette clinique.

Dans les années 90, Gilles voulait illustrer des concepts de la PGRO au moyen de vignettes cliniques sur vidéo. Alors on s'est mis au travail, et on a récupéré des séquences de séances réelles. C'étaient des bouts de séances thérapeutiques authentiques mais pour cacher l'identité des clients, on modifiait quelques éléments. Nous avons recruté des thérapeutes pour jouer les rôles de clients. Et, bien entendu, des thérapeutes pour jouer les thérapeutes. Comme nous sommes collaborateurs, il était naturel que je sois la première qui se « jette à l'eau ». Je vais donc vous présenter un bout de vignette clinique que nous avons tournée dans les années 90. Ça fait à peu près 20 ans. Je demande votre indulgence car nous ne sommes pas des acteurs professionnels. Ce qui est important ici, ce n'est pas de se demander si c'est une bonne intervention ou une mauvaise intervention de la part du thérapeute. Là n'est pas la question : elle ne vise pas à être exemplaire ! L'important c'est que vous puissiez constater dans le dialogue ce dont on vient de parler en terme de techniques de reproduction, de reconnaissance et de réparation. Cette cliente en est à sa 43^e séances de sa thérapie. Au début du suivi, cette cliente était venue pour ses relations avec les hommes. Elle avait tendance à devenir un peu « orthopédagogue » avec eux, une fois l'idéalisation passée. Elle n'acceptait pas facilement non plus les interventions du thérapeute. Elle avait tendance à se sentir juger par le thérapeute et incomprise. Elle disait que je pouvais ressembler à sa mère car son père lui était fier d'elle et la regardait disait-elle avec admiration. Nous étions davantage avec une personne qui se présentait avec des enjeux narcissiques.

Donc pendant les séances nous avons pu faire des liens entre ce qu'elle vivait ici et à l'extérieur soit dans son enfance ou dans son monde contemporain. Nous arrivons ainsi à la 43^e séance, et je vous la laisse découvrir.

Gilles Delisle

Un élément qu'on sait est qu'au cours des derniers mois, elle a eu plusieurs débuts de relation et elles ont toutes mal fini. Là je pense qu'il va être question d'une relation actuelle qui ne va pas bien. Il me semble, en tout cas.

Line Girard

Oui, elle arrive avec le thème dans cette séance en parlant de sa relation avec Pierre.

Suite au visionnement de la vignette clinique :

Je vous rappelle que comme vous êtes 250 participants à ce colloque, il peut y avoir 250 façons de travailler dans cette séance-là. Il y en a plusieurs bonnes et un certain nombre de mauvaises façons. Ce que je veux dire par là, c'est qu'une rencontre thérapeutique qui n'est pas une psychothérapie manualisée mais une psychothérapie émergente est un acte de création et comme tout acte de création ça se cherche, ça s'influence c'est un « jam session » entre un musicien accompli et un autre qui se pratique. Cela étant dit, si on regarde ce qui est observable dans cette séance, avec ce que nous vous avons dit avant comme étant les grands paramètres de la PGRO, nous pouvons dire que des grands enjeux développementaux que nous avons invoqués, celui qui est le plus à l'avant-plan est celui de l'estime de soi. Lorsque nous faisons face à des affects de honte, d'envie, de mépris, de rage, ce quatuor affectif tend à pointer vers un enjeu inachevé autour de l'estime de soi. Il y a bien un début de réparation dans cette séance mais nous y voyons surtout de la reconnaissance. La cliente arrive et avec le dialogue thérapeutique s'établit une affinité thématique entre la propension de la cliente à induire sa propre honte chez ses partenaires masculins. Elle le fait à travers le mépris qui est un excellent lance-pierres pour que l'autre éprouve la honte qu'on ne peut pas soi-même éprouver. Elle a une expérience qui semble, peut-être ne pas l'envahir, mais en tous les cas, la préoccuper.

Elle imagine que la thérapeute pourrait peut-être être en train de la mépriser. Comme ce qu'elle-même fait à ses hommes. Donc nous avons un patron de reproduction qui est visible, qui commence à être mis au jour et qui commence à être reconnu.

L'autre chose intéressante et nous sommes tous les deux du même avis est que la thérapeute est mésaccordée. Elle est mésaccordée car elle cherche, prise par son affection et sa compassion pour la cliente, à transformer en quelque chose de doux ce qui est « dure » selon la cliente, soit une pauvre petite qui a besoin de grandir. C'est là que la cliente dit : je ne suis pas petite, je suis méchante ! Et ça pour moi, ça illustre une partie du dialogue herméneutique, c'est qu'on va construire le sens à deux. Et la thérapeute va finir par vraiment prendre acte du fait qu'elle passe à côté de quelque chose d'important. Son reflet et sa volonté empathique, ont un effet non-empathique parce que la cliente ne se reconnaît pas dans cette description. La cliente corrige la thérapeute et, à partir de là, la thérapeute va vraiment se ré-accorder et faire un travail intéressant avec elle. Une des choses qu'on va dire un petit peu plus loin, c'est que nous définissons volontairement la PGRO comme une théorie du conflit, par opposition à une théorie du déficit. C'est un choix épistémologique assumé. On va voir que cette idée d'une théorie du conflit plutôt que d'une théorie du déficit influence notre façon d'approcher le client.

Line Girard

Bien sûr le mésaccordage peut aussi ouvrir différent sens à l'expérience chez un thérapeute. Cette cliente qui avait été si défensive et qui là devient plus vulnérable, peut peut-être susciter chez le thérapeute une envie de la soutenir. On ne voudrait peut-être pas qu'elle s'accable trop. À la fin, elle est très touchante dans sa prise de conscience et dans son acceptation de ce qu'elle voit d'elle qu'elle n'avait jamais vu avant.

Enfin, au cœur de notre enseignement se trouve bien sûr la compétence thérapeutique nécessaire à la pratique de la PGRO. Elle se décline en trois axes, issus d'une citation de Lecomte, Drouin & Savard. Dans un texte de 2004, Conrad Lecomte et ses collaborateurs posent la question suivante : qui sont les thérapeutes efficaces ? D'abord l'analyse de l'ensemble de la littérature suggère qu'un psychothérapeute efficace offre des interventions optimales facilitant le changement thérapeutique. On pourrait penser que quand on parle d'intervention optimale, on parle d'une intervention que l'on fait verbalement et qu'on offre au client. Chez nous, on appellerait cette compétence, la compétence interactive. Je vous la définirai tout à l'heure, pour l'instant, voici la réponse de Lecomte et coll. :

« L'analyse de l'ensemble de la littérature suggère qu'un psychothérapeute efficace offre des interventions optimales facilitant le changement thérapeutique quand il est en contact réflexif avec son expérience émotionnelle, sensible au contexte interactif et attentif à l'expérience subjective du patient.»

Je crois que pour Conrad Lecomte, la conscience réflexive est une interaction entre deux compétences PGRistes : la compétence réflexive et la compétence affective. Nous définissons la compétence réflexive comme étant la capacité à avoir accès à ses connaissances théorico-cliniques en cours de séance. On peut avoir beaucoup de connaissances théoriques, mais c'est une chose de les avoir, et c'en est une autre d'y avoir accès quand on est en interaction avec le client.

La compétence interactive, quant à elle, est la capacité à traduire judicieusement dans la communication thérapeutique, le produit de la compétence réflexive et de la compétence affective. Enfin, la compétence affective quant à elle est la capacité à éprouver et à réguler un registre large et nuancé d'affects en relation avec la situation clinique. Alors si je suis avec un

client, peut-être que la première chose qui viendra ce sont les pensées, mais peut-être que je vais sentir vaguement quelque chose dans mon corps, peut-être que des émotions vont émerger, et que je me demanderai de quoi il est question, qu'est-ce qui est en train de se passer avec cette cliente-ci. Tout ce processus de pensée et de ressenti, il faudra arriver à le traduire au client. Quand et comment je vais le dire au client, est-ce que c'est le bon moment maintenant ? Ce matin, Pierre Cousineau parlait de la cliente qui dit : « j'espère que vous ne vous endormez pas ou que vous ne me trouvez pas ennuyante. » Il se peut que je sois avec un client, que je m'endorme et que je le trouve ennuyant. C'est de l'ordre du possible. Le constater, en faire sens et le communiquer si utile et de manière assimilable, voilà l'art du thérapeute.

Gilles Delisle

Et ça peut parler de quelque chose qui est thématique pour le client.

Line Girard

La question est donc dois-je dire à l'instant tout ce que je pense et ressens ? Aucunement.

Je vais réfléchir au pourquoi je ressens ce que je ressens. Je rechercherai l'affinité thématique dans l'expérience du client et peut-être dans la mienne, car je pourrais être concernée. Et enfin, je verrai comment on en parle ensemble. C'est tout ça que le thérapeute, dans ses trois compétences, va avoir à faire dans la relation thérapeutique. D'abord essayer de mieux ressentir. Parfois avec des clients qui ont un trouble de personnalité, on ne ressent plus parce que quelque chose dans la dynamique intersubjective coupe notre réflexion, perturbe notre ressenti, désorganise notre processus. D'où la nécessité absolue de cultiver ces trois axes de compétence : affective, réflexive, et interactive. Quelque chose à ajouter ?

Gilles Delisle

Non, c'est complet.

Line Girard

Nous pouvons maintenant passer aux questions de Conrad Lecomte. Nous y avons réfléchi, avons élaboré de courtes réponses. Vous ne les avez pas dans votre cahier mais nous allons en dire quelques mots. Vous verrez si vous voulez ajouter ou développer ces courtes réponses.

Question 1

Gilles Delisle

Que signifie être psychothérapeute et patiente en relation en PGRO ? L'importance et la place accordées à la relation thérapeutique ? Comment pouvez-vous décrire l'expérience d'être en relation thérapeutique dans votre approche pour vous et pour la patiente ?

Si nous avons réussi à vous présenter une esquisse à peu près intelligible de comment nous travaillons vous aurez compris qu'il nous semble légitime de dire que dans une approche comme la PGRO la relation thérapeutique est d'une importance absolument centrale. C'est constitutif. C'est une approche par définition relationnelle. C'est une approche qui conçoit qu'on se développe à travers des relations. C'est à l'intérieur de nos relations précoces que nous construisons l'attachement sécure, l'équilibre narcissique, la tension fertile Eros-Ethos. Quand cela échoue, c'est dans le cadre de relations correctrices, que nous pourrions risquer de mettre au jour, et à jour, des enjeux développementaux inachevés. C'est pour ça que nous disons traiter le lien par le lien.

Dans cette modalité thérapeutique, les deux partenaires, le thérapeute et le client, ont un consentement éclairé que l'on peut formaliser (voir chapitre 5, Girard & Delisle, 2012) On cherche à ce qu'il soit aussi explicite que possible, et lorsque nécessaire, on le fait par écrit. Avec certains clients, il peut être plus implicite. Cependant, plus la pathologie est sévère, plus on veut que ce soit explicite et écrit.

Ce consentement fait en sorte que les deux participants, le thérapeute et le client, vont s'engager à observer et à questionner leurs affects, leurs pensées et leurs conduites. Les deux. Bien sûr, pour le client, mais le thérapeute aussi. Dans cette entente, nous poserons qu'on est dans une approche qui est relationnelle et diagonale. On a parlé très rapidement du dialogue herméneutique tout à l'heure. Le dialogue herméneutique pour nous est rendu nécessaire par le fait que le client, bien qu'il ait la possibilité de dénouer ses propres impasses, a aussi besoin d'un interlocuteur qui facilite ce processus. Et si la relation doit être réparatrice, et si elle doit permettre la reconnaissance des reproductions, le thérapeute doit être un partenaire aussi engagé et aussi disponible que possible. Cependant, il y a des balises. Alors, ici le client est souverain dans son expérience. Il est le mieux placé pour savoir ce qu'il ou elle éprouve ou pense. Le thérapeute n'a pas de pouvoir magique pour le deviner. Cependant, la connaissance et l'expérience du thérapeute sont aussi valorisées. Nous sommes plus qu'un interlocuteur, comme le client en a et pourrait en avoir, dans sa vie de tous les jours. Il y a des raisons pour lesquelles c'est nous qu'il sollicite, des raisons pour lesquelles nous sommes payés pour faire le travail que nous faisons et des raisons pour lesquelles on le voit 50 minutes, une ou deux fois par semaine. Il y a des balises qui viennent nous permettre de nous déployer au mieux possible en ayant un certain nombre de protections.

Vous vous souvenez : champ 1, champ 2, champ 3, champ 4. ?

- 1) La relation immédiate.
- 2) Le cumul de notre histoire thérapeutique.
- 3) La vie du patient avec ses relations significatives. Le thérapeute aussi a un champ 3, sa vie personnelle.
- 4) Le champ 4 du client. Le thérapeute a aussi son propre passé développemental, son propre champ 4.

Le champ 3 du client et son champ 4, sont des parties légitimes de notre dialogue. Le champ 3 du thérapeute et son champ 4, non ! Dans le champ 1 et le champ 2, le client a un droit fondamental à avoir accès à son thérapeute dans l'ici et maintenant, et dans l'histoire de la relation. Donc si on reprend, le client a droit à son thérapeute dans le cadre de la relation thérapeutique. Il peut interroger ce qu'il pense, ce qu'il éprouve, et ce qu'il fait. Mais le thérapeute n'est à peu près jamais légitime de par exemple, vouloir manifester son empathie au client en lui disant que lui aussi il a déjà vécu une même situation.

« Je connais ça moi un divorce. Je connais ça moi les interrogations sur l'orientation sexuelle. J'ai connu ça moi. Je connais ça la pauvreté, je viens d'une famille pauvre... » Je conçois qu'on puisse avoir un rationnel cohérent et honorable pour faire ce type de dévoilement mais pas dans une approche comme la nôtre.

Alors, on va l'énoncer de la manière suivante : en principe le client a droit à son thérapeute dans le champ 1 et 2, mais pas à son thérapeute dans le champ 3 et 4 du thérapeute. Si le thérapeute veut contrevenir à cet énoncé de principes, il le peut mais il a le fardeau de la preuve en termes de son jugement professionnel. Il doit pouvoir se dire « si j'avais à en parler avec mon

superviseur ou avec une personne que je respecte et qui est de mon approche, j'aurais à défendre pourquoi j'ai trouvé que cette fois-ci c'était correct de dire : tu sais des inquiétudes de santé comme celles-là j'en ai déjà eu ». Ce n'est pas interdit mais tu as le fardeau de la preuve. Tu peux aussi dire à ce moment-ci, «je préfère ne pas répondre à votre question concernant ce que je vivais la semaine dernière. Accordez-moi un peu de temps ça va peut-être venir mais pour le moment je préfère ne pas y répondre. » Ce n'est pas un sacrilège, je n'ai pas de problème avec ce refus, mais tu as le fardeau de la preuve. Pourquoi, tu ne donnes pas accès au client à ce qui s'est passé pour toi la semaine dernière ou il y a un mois ? Voilà pour ce principe-là.

Line Girard

Je vous disais tout à l'heure qu'au début du processus nous prenons une entente sur le fait que nous considérerons notre relation comme une sorte de laboratoire. Bien sûr, nous parlerons aussi du développement du client, de ce qui arrive dans sa vie, de ses émotions ainsi que de ses réflexions. Nous discutons de cette entente parce que nous voulons que le client sache ce que nous ferons ensemble et qu'il ne puisse dire à la quinzième rencontre : « Je n'ai pas envie de parler de mon enfance, le passé c'est le passé. » Parce que pour nous, nous avons exposé notre modèle, montré la description de notre travail et avons pris un consentement libre et éclairé. Quand le client vient chez nous il accepte de travailler de cette façon.

Gilles Delisle

Oui, tout à fait. Mais j'attire votre attention sur les premières parties du consentement qui posent la légitimité, le champ de légitimité de notre interaction : « Vos difficultés actuelles peuvent être comprises comme reflétant une carence de certaines ressources psychologiques ». Parfois des clients conçoivent que la psychothérapie c'est un lieu merveilleux où je peux venir me plaindre de tous les mauvais traitements que mes proches me font subir. Et j'ai quelqu'un qui enfin est compréhensif et hoche du bonnet et me dit ça doit faire mal ? Ça fait du bien, ça fait du bien que quelqu'un ait cette résonance empathique. Cependant, trop de ce genre d'accueil entraîne le risque que je sois validé dans une posture qui, maintenue trop longtemps, me mène dans une condition de victime : je n'y suis pour rien dans ce que je déplore. D'où l'idée de dire clairement qu'on va travailler sur quelque chose parce qu'il vous manque un certain nombre de ressources qui devraient avoir été développées jadis. On va travailler ensemble à ces ressources qui n'ont pas été suffisamment développées. Évidemment, ce n'est pas parce que le client aura dit oui à l'entente ou même qu'il aura signé pour que la semaine prochaine, il soit consentant à le faire ! Mais au moins, nous avons établi un cadre et ce cadre dit : vous êtes au centre du processus, et c'est là-dessus essentiellement que nous travaillerons. Nous n'allons pas nous en tenir à déplorer que vous ayez eu une famille dysfonctionnelle, et à constater qu'il n'est pas étonnant que vous soyez dans l'état dans lequel vous êtes. C'est un peu une caricature de la psychothérapie quand on voit des clients qui finissent après des années en thérapie, par se représenter leur identité à peu près comme ceci. Moi je suis et j'étais voué à être un être exquis. N'eut été de ces parents ineptes qui m'ont élevé, j'étais parti pour le Zénith ! Alors la thérapie devient cet acte courageux qui consiste à avouer les fautes de ses parents. Il y a de quelque chose qui ne marche pas là-dedans.

Alors ce qu'on conçoit, c'est qu'il est arrivé cela jadis, qui s'est logé quelque part maintenant. Il ne s'agit pas d'exhortation à la responsabilité au sens classique de la Gestalt, mais il y a une invitation constante à se placer au centre de sa propre expérience et à regarder les choses depuis ce point de vue. Plutôt que du point de vue de la victime qui subit des sévices depuis les parents jusqu'au conjoint, jusqu'aux collègues et le reste.

Line Girard

Quelques mots sur la question 2. « De plus en plus, les diverses approches reconnaissent l'interdépendance des facteurs relationnels et techniques dans l'évolution du processus psychothérapeutique. Ceci suggère que c'est dans le contexte relationnel dans lequel une technique ou intervention est appliquée qu'elle prend tout son sens et sa portée. » Qu'en pensez-vous ? Décrivez et illustrez ce phénomène dans votre approche.

Il y a certainement interdépendance des facteurs relationnels et techniques, nous sommes bien d'accord. Comme on l'a dit ce matin, peut-on faire un exercice avec quelqu'un s'il n'y a pas de relation ? Difficile, voire impossible. Il faut d'abord créer l'alliance, ensuite établir une relation pour que travailler ensemble soit possible. Il doit y avoir une base d'accord qui se déploie et qui a à continuer, à se déployer, et à se réparer. Sans une bonne relation, le dialogue herméneutique pourrait devenir un interrogatoire ou une série de devinettes. On le vit parfois avec des clients. Nous perdons le contact avec lui, on dirait qu'il ne répond plus à ce que nous lui disons. À ce moment, nous avons l'impression de lui « tirer les vers du nez ».

Parfois, un mauvais dialogue herméneutique est en fait une interprétation qui ne dit pas son nom. Il n'y a plus co-création de sens. Les affinités thématiques peuvent aussi servir de défense au thérapeute. Pourquoi choisir des affinités thématiques uniquement à l'extérieur de la thérapie alors qu'il se passe quelque chose d'important ici ?

On croit que toute technique se fait d'abord dans une relation. Lorsque nous étions en formation en Gestalt thérapie, il y avait tout un protocole pour faire la chaise vide. D'abord créer une relation avec le client ensuite, proposer l'exercice que vous voulez lui faire faire, lui expliquer, et aller chercher son consentement. Il fallait être en relation d'abord.

On pourrait dire que la relation est intimement liée aux techniques en PGRO puisqu'on parle de traiter le lien par le lien. Comme la relation entre le thérapeute et le client est un laboratoire où on peut observer les impasses relationnelles liées aux dilemmes de contact, on pourrait dire que le travail dans la relation thérapeutique est une de nos techniques thérapeutiques. Une technique que l'on espère en lien avec l'intégrité du thérapeute.

Question 3 :

Gilles Delisle

Elles sont bonnes ces questions-là... parce qu'il n'y a pas de réponses simples à ça et qu'il y a de multiples « bonnes » réponses. C'est ça qui est intéressant. Moi je suis venu ici autant pour entendre les autres personnes répondre à ces questions-là, que pour tenter d'y répondre moi-même. C'est fort stimulant.

Comment les perturbations et ruptures relationnelles sont-elles considérées dans votre approche et comment le processus de réparation est-il traité dans votre approche ?

On l'a vu en partie tout à l'heure dans la vignette clinique.

D'abord, il est temps de le dire. J'aurais dû le faire plus tôt quand j'ai commencé à présenter le modèle. Il y a un certain nombre de choix épistémologique qu'on peut faire pour une psychothérapie intégrative et l'un de ces choix renvoie à une certaine métapsychologie. La PGRO découle d'une métapsychologie du conflit et non du déficit. La déclaration ironique que j'ai faite tout à l'heure, « moi j'ai été voué à être un être exquis si ce n'était pas de ces parents ineptes, etc. » sous-entend que j'ai été victime d'un déficit passé. J'ai manqué de sécurité dans l'attachement, n'ai pas eu assez de validation narcissique, n'ai pas été assez d'accueilli dans mes

premiers émois érotiques : tout ça est de l'ordre du « pas assez ». Je n'ai pas eu quelque chose à quoi j'avais droit. Il y a plusieurs systèmes de psychothérapie qui sont en fait des systèmes du déficit. C'est un choix et une méta-psychologie parfaitement honorables, mais qui doivent être assumés avec cohérence.

Si je travaille la reproduction, c'est que l'un des enjeux de la psychothérapie c'est que la personne puisse prendre conscience de ce qu'elle met en jeu dans ce qu'elle déplore. Je ne peux l'y aider qu'à partir d'une posture méta-psychologique où elle n'est pas que victime. Bien que jadis il ait pu lui manquer de reflet empathique, qu'en est-il aujourd'hui ? Elle devrait être en quête de combler ce déficit, elle devrait accueillir le reflet empathique avec soulagement et satisfaction. Si c'était si simple... ! Si elle a une pathologie de la personnalité, le déficit de jadis s'est transformé en conflit actuel. À la fois, elle le veut et à la fois, elle ne le veut pas. C'est le sens de ce couple qu'on retrouve souvent dans les écrits de la PGRO, une impasse expérientielle à la fois indispensable et intolérable. On a des clients qui nous arrivent avec une espèce de cri du cœur autour de l'indispensable. J'ai tellement besoin d'une relation, tellement besoin de sécurité, j'ai besoin... j'ai besoin, j'ai besoin. Et quand on les écoute bien et qu'on porte attention à leur expérience de vie, on voit que parfois cela serait possible et même souvent et qu'elles font quelque chose pour que cela n'arrive pas. Nous vous suggérons de considérer que c'est consciemment indispensable mais que c'est aussi inconsciemment intolérable. Et que la personne peut revendiquer « donnez-moi, donnez-moi, donnez-moi », et pourtant, elle ne prend pas. Et l'inverse est aussi vrai. Je vis une situation intolérable. Depuis quand ? Oh, 18 ans ! Ce que je veux mettre en lumière, c'est le fait que ce qui est représenté comme intolérable et qui pourtant est là depuis longtemps dans des situations où un adulte aurait la possibilité d'éviter cela, peut aussi être conceptualisé comme étant aussi indispensable ou aussi intolérable selon ce qui est représenté consciemment. Donc nous travaillons à partir d'une théorie du conflit. Nous ne croyons pas qu'on puisse résumer la thérapie à comprendre ce qui a manqué jadis, le donner maintenant et croire que cela va réactiver le développement. Nous croyons que c'est plus complexe que ça, que la personne a structuré sa vie psychique de manière telle qu'elle puisse l'exiger et pourtant ne pas le prendre, le refuser et pourtant le solliciter et que ce conflit fondamental-là doit être élucidé, doit être mis au jour dans une relation intime intègre avec des prises de risque dans la relation.

Line Girard

Nous n'avons pas le temps d'élaborer, mais la réparation c'est pas juste de réparer mais c'est aussi de trouver une autre voie, faire différemment. Il nous reste 4 minutes...

Pour les questions, comment l'impuissance du psychothérapeute est-elle considérée dans votre approche, quelle importance est accordée au facteur lié au psychothérapeute dans votre approche ?

Comme vous avez pu l'entendre précédemment, c'est une grande question. Le thérapeute singulier est très important dans notre approche. Si le thérapeute peut se sentir impuissant c'est peut-être que son cadre n'est pas juste, peut-être qu'il a fait une erreur d'évaluation diagnostique ou qu'il se sent comme son client se sent. Vous savez autant que moi, que la psychothérapie est un métier qui exige de l'humilité ! Il faut accepter de se regarder et de se dire « comment ça se fait que ça ne marche pas, comment ça se fait que je me sens impuissant, comment ça se fait...? » Ça peut être relié au processus thérapeutique en soi et ça peut être autant une expérience attribuable au thérapeute qu'au client

L'impuissance peut être un élément central de la reproduction par voie d'identification projective. Parfois quand on se sent impuissant, on vit peut-être un peu ce que nos clients vivent. Parfois aussi, on sent notre propre impuissance reliée à nos propres carences affectives, réflexives, interactives. Je vous invite aussi à considérer ce qu'il y a aussi de l'impuissance existentielle. Un principe qui m'a toujours frappée, c'est mon pouvoir finit là où celui de l'autre commence.

Gilles Delisle

En fait, je pense que je vais ajouter un mot sur celui-là, et la 5^e on va en discuter demain parce que j'ai envie que Louis puisse respecter son horaire, c'est à moins dix qu'on veut faire autre chose. La seule chose que j'ajouterais là-dessus, c'est que c'est une vaste question l'impuissance du thérapeute, ça peut être une impuissance induite cliniquement par le client, comme Line vient de le dire, mais aussi on doit accorder un moment de réflexion à la possibilité que l'entreprise thérapeutique ait une dimension, un versant utopique. Parfois, l'impuissance du thérapeute est liée à une sorte de naïveté utopiste dans son projet thérapeutique et à des espoirs de transformation si grands que non seulement le thérapeute aboutit à une situation d'impuissance, mais qu'il y a une contamination, un effet de contagion. Le client se retrouve dans une position où il y a une sorte de honte associée au fait de ne pas avoir atteint la sublime perfection qu'il croyait pouvoir atteindre. Rarement, on en est là mais je pense qu'on doit inclure dans notre réflexion la possibilité que le sentiment d'impuissance soit lié à une posture parfois utopique chez certains d'entre nous. Voilà messieurs, dames, ce fut un plaisir de partager la scène avec vous.

- ▶ Au moment où vous entreprenez un travail de psychothérapie dans le cadre de la psychothérapie du lien ou PGRO, nous convenons en termes généraux que [...].
 - ▶ [...] vos difficultés actuelles peuvent être comprises comme reflétant une carence de certaines ressources psychologiques [...].
 - ▶ [...] ces ressources psychologiques doivent normalement permettre à une personne de faire face aux difficultés de la vie sans compromettre son équilibre cognitif, affectif ou comportemental [...].
 - ▶ [...] nous allons travailler ensemble au développement de ces ressources insuffisamment développées [...].
 - ▶ [...] pour ce faire, nous explorerons diverses **relations** et **expériences** de **votre vie actuelle** [...].
 - ▶ [...] nous examinerons aussi certaines **relations** et **expériences** de votre **passé**, dans la mesure où il est possible qu'elles aient à voir avec les difficultés de votre vie actuelle [...].
 - ▶ [...] nous considérerons la **relation entre vous et moi** comme une sorte de **laboratoire** ou **d'atelier** nous permettant d'observer, d'interroger et de comprendre : comment vous réagissez et comment vous vous comportez dans certaines situations. Quel est l'impact que vous produisez sur un partenaire en principe raisonnable et de bonne foi?
 - ▶ [...] qu'il s'agisse de situations de votre vie actuelle, d'expériences passées ou de la relation qui se tisse entre nous, nous estimerons que les **pensées**, les **émotions** et les **actions** de chaque personne concernée sont des zones légitimes et utiles à notre travail thérapeutique [...].



Pique-nique systémique



Présentation de Jean-Luc Lacroix par Conrad Lecomte

Alors, je veux vous présenter notre prochain conférencier, et ce sur la même formule que je vous ai un peu décrite hier : une présentation brève, liée à mon expérience de chacun des conférenciers. Alors, Jean-Luc et moi nous nous sommes croisés un peu dans nos vies professionnelles, mais un peu plus au niveau personnel à un certain moment. Je vous présente quelqu'un qui s'intéresse depuis longtemps à explorer, à comprendre des choses que nous connaissons tous chacun de notre manière, soit la vie secrète des couples et des familles, mais pas toujours des secrets faciles : ils sont parfois pénibles.

Vous allez découvrir qu'il le fait dans la complexité et dans le respect de la complexité systémique qu'il va nous faire découvrir, je dirais avec discrétion compte tenu de cette grande et petite famille du Québec... Au Québec, quand on a des patients, des clients, vous savez, c'est grand le Québec, mais c'est tout petit tout à coup. Tout à coup, tous les réseaux se re-croisent d'où l'importance de cette grande confidentialité qui est au cœur de notre travail, qui est si complexe à respecter à la fois. Je dirais dans cette grande et petite famille québécoise, comme Jean-Luc s'intéresse aux familles et aux couples, la discrétion, la confidentialité devient essentielle.

Comme vous le verrez, son travail en tant que psychothérapeute nous amène très loin des prescriptions et des recettes. J'espère que cela ne vous décevra pas trop : peut-être certains parmi vous espérez avoir des recettes de couple et de famille, mais il n'est pas certain que ça va être ça. Jean-Luc et moi on partage une expérience commune. Je prends une chance un peu en disant ça, je me mouille un peu. Nous venons tous les deux d'une famille nombreuse, moi d'une famille de 14. Je suis un enfant du milieu dans ma famille, et lui est le « petit dernier » d'une famille de 9 enfants. Comme « petit dernier », vous soupçonnez un peu ce qu'il nous suggérera : il a dû apprendre vite à décoder les codes de sa famille, peut-être pour survivre et éventuellement trouver sa place, mais je pense que dans la communauté des psychothérapeutes du Québec, il a vraiment trouvé sa place. Je vous présente Jean-Luc Lacroix.

Conférence de Jean-Luc Lacroix

Merci Conrad de cette présentation touchante. Je dois dire que oui, comme neuvième d'une famille de 9, j'ai éprouvé des difficultés à comprendre ce que je ne décodais pas. Ainsi donc, à 15 ans, je savais déjà que je voulais devenir thérapeute de couple et de famille, mais je ne savais même pas que cette profession existait. C'est

assez particulier, mais c'était comme ça. C'est au fil du temps que j'ai compris par ailleurs qu'il ne s'agissait pas de « bonnes » motivations pour devenir thérapeute conjugal et familial. Il aura fallu que je me trouve d'autres « bonnes » raisons plus tard.

Donc, je m'appelle Jean-Luc Lacroix. Je voulais l'essayer celle-là. C'est drôle parce que le rythme cardiaque montait tantôt et la respiration s'atténuait. Je me disais : « Tu vas mourir d'asphyxie : parler fait du bien, et ça dégage ». Donc, à l'instar de Carl Rogers, commencer par « Je m'appelle Jean-Luc Lacroix » enlève une pression, une tension. Alors je vais retenir ça, je te remercie Conrad.

Je voudrais d'abord remercier le Regroupement pour cette invitation que je ne sais comment qualifier... Il y a toujours les mots usuels : honneur, plaisir, reconnaissance, etc., mais c'est vraiment une expérience qui a été difficile, mais une expérience qui est devenue un pique-nique : vraiment, cette gravure emblématique du colloque est significative. Je trouve que depuis hier matin, quant à moi, je suis en plein pique-nique. Je continue le pique-nique aujourd'hui et j'ai emprunté le titre du colloque pour appeler ma présentation « Pique-nique systémique ».

Donc, merci de m'offrir une aussi belle tribune avec des gens aussi qualifiés, autant sur la tribune que dans la salle, de par ce que j'entends durant les pauses, au hasard des rencontres. C'est vraiment un beau pique-nique. Merci aux collègues que je connaissais un peu pour quelques-uns, d'autres pas du tout. Merci de votre accueil et merci de votre simplicité, vraiment ça apaise les anxiétés...

Un mot à propos de l'anxiété... Lorsque j'ai accepté, un peu sur le tard, de faire cette présentation, ça allait. Par la suite, il y a eu une première rencontre entre nous, conférenciers, début avril et, par la suite, le niveau d'anxiété a monté : cela été comme le cas jusqu'à ce que je finisse par trouver mon filon... Pour moi, c'est cela la créativité : il faut traverser une période chaotique, période où l'on ne sait pas très bien quelle direction prendront les choses, ce qui est bien angoissant, mais lorsque je trouve ma direction, ça va bien.

Hier, nous parlions de « légendes » et de « maîtres ». Ça sera toujours difficile, sinon très prétentieux de s'auto-qualifier de « légende » et de « maître ». Alors moi, je pensais ce matin à deux légendes et maîtres que j'ai eus dans ma vie, et je voudrais leur dédier ma présentation d'aujourd'hui en sachant qu'ils seront contents de ce qu'ils m'ont donné et de ce que j'en ai fait. Je pense ici à Jacqueline C. Prudhomme et à Gérard Duceppe, dont plusieurs parmi vous avez déjà entendu parler, bien qu'ils aient maintenant quitté notre monde...

Alors, à propos de cette présentation... Tout d'abord, comme le disait Paul Watzlawick, « Il est impossible de ne pas communiquer » : c'est connu, c'est su. Tout comme il est impossible de ne pas être en relation dans un système. D'emblée, dès que deux personnes sont en présence, il se constitue automatiquement un système. Alors, j'imagine que, pour plusieurs parmi vous, le modèle systémique est peu familier. Et même, j'avancerai que beaucoup de gens croient savoir ce que c'est, mais, malheureusement, ils ne le savent pas tout à fait. En effet, il ne suffit pas de dire que

l'on rencontre une famille pour dire que l'on intervient d'une façon systémique. Alors, j'espère vous apporter une idée assez claire de ce qu'est la systémique, tout en tentant de répondre aux questions élaborées par Conrad pour la tenue de ce colloque.

Ce que n'est pas la thérapie systémique...

Tout d'abord, je commencerai avec ce que n'est pas la systémique. Alors, afin d'illustrer ce que n'est pas la thérapie systémique, je vais me référer à une vieille bande dessinée qui date d'une trentaine d'années, bande dessinée trouvée par hasard, et que je trouve vraiment métaphorique :



Il s'agit de la bande intitulée « Ernest » à l'époque, et où Ernest se retrouve devant deux rayons de librairie : un rayon est intitulé « Se changer soi », et l'autre s'appelle « Changer l'autre ». Or, le premier rayon est rempli de livres, alors que le second est complètement vide... Cela correspond à une certaine réalité, c'est-à-dire que beaucoup, sinon une majorité de couples, disent venir ou vouloir venir en thérapie de couple alors que ce qu'ils recherchent, c'est d'améliorer, de changer l'autre : « Changez-le, et ça ira mieux. Grâce à lui, grâce à elle, ça va mal. Si vous réparez ça, tout va être bien ! ». Alors, évidemment, j'espère ne pas vous enseigner cela...

Un mot aussi à propos de systémique et stratégique. Ces deux termes sont malheureusement trop souvent confondus, alors qu'on ne parle pas de la même chose : ce sont vraiment deux entités, deux concepts tout à fait différents. La systémique n'a rien à voir avec des approches ou des modèles stratégiques. Il est vrai que l'on peut utiliser l'approche stratégique en travaillant de façon systémique, mais ce sont deux choses tout à fait différentes à ne pas confondre. Donc, je ne vous parlerai pas de stratégie, et de loin, parce que je ne suis pas très compétent à cet égard... La systémique constitue une épistémologie au même titre que la psychanalyse en est une. Ce sont deux façons d'appréhender et de donner sens au réel ou, en tout cas, d'essayer de donner sens au réel : nous n'y parvenons pas toujours. Aucune de ces épistémologies ne spécifie comment se fait la psychothérapie, non plus que sa durée. Il est aussi souvent véhiculé que les thérapies systémiques constituent des thérapies à court terme. Pourtant, cela n'est écrit nulle part. La systémie constitue simplement une façon d'essayer de comprendre ce qui se passe entre deux ou plusieurs personnes.

Alors un système c'est, métaphoriquement, comme un mobile, et il y a différentes formes de mobiles, comme il y a différentes formes de systèmes humains. Au fait, je parle de famille, je parle de couple, mais pour moi c'est un peu interchangeable lorsque je parle de système, bien que ce ne soit pas tout à fait la même chose dans la réalité, je le sais bien. Alors, lorsque je réfère à un mobile, je sous-entends automatiquement « équilibre ».





Tout mobile est construit d'une façon telle qu'il trouve un équilibre, lequel sera différent d'un mobile à un autre. Cet équilibre est nécessaire, sinon c'est le chaos. Il existe des mobiles plus complexes que d'autres, composés de plus de personnes ou d'objets que d'autres.

La psychothérapie systémique...

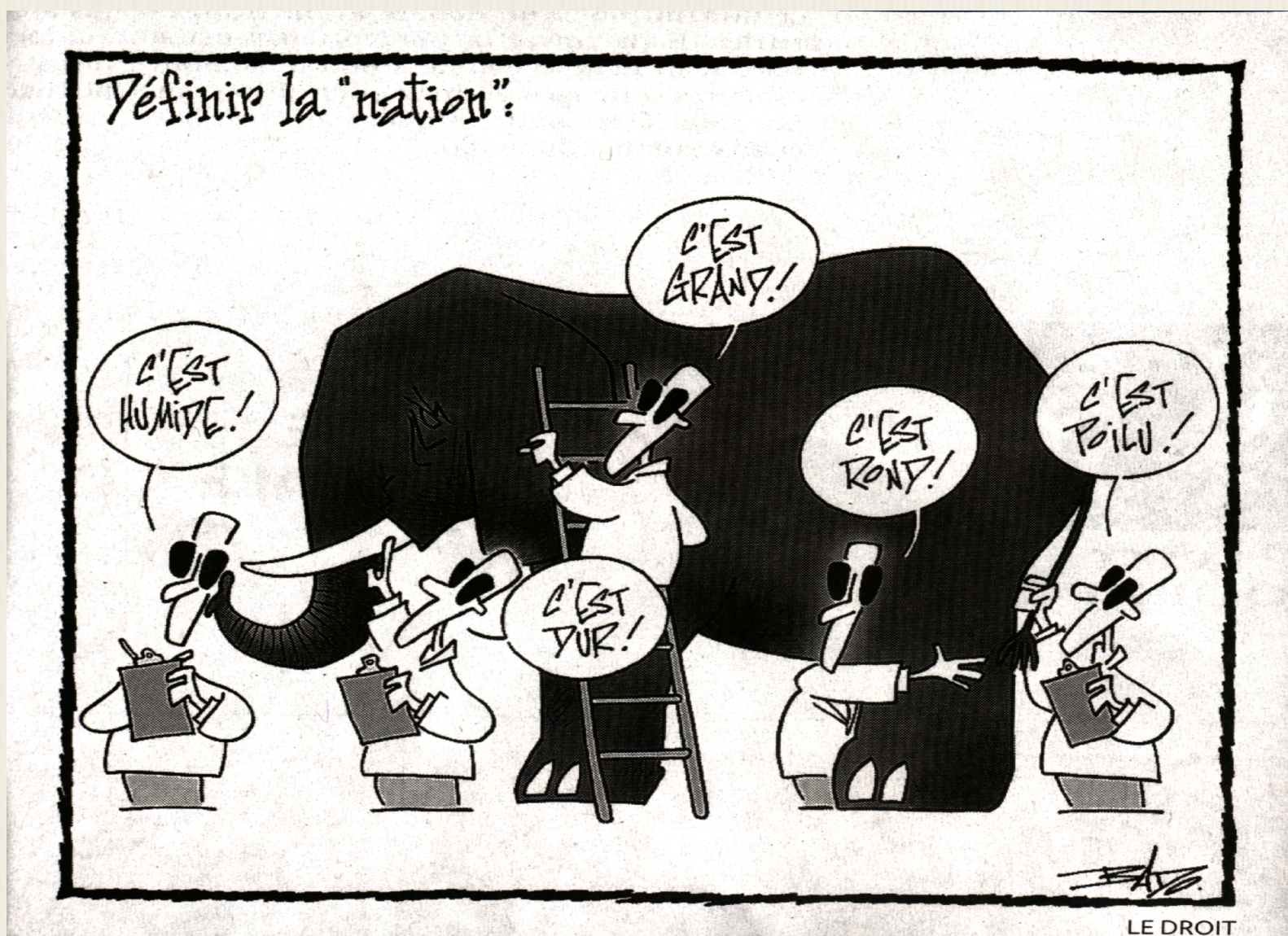
La psychothérapie systémique est un modèle qui cherche à aborder les gens, non seulement au niveau individuel, mais dans une compréhension globale qui porte, d'une part, sur les interactions du groupe familial et, d'autre part, sur les caractéristiques du système dans lequel les personnes vivent. C'est-à-dire qu'au fond, on va le voir un peu plus loin quand je parlerai des propriétés des systèmes, un système n'est pas seulement la somme de deux personnes : il y a quelque chose de singulier qui émane de relation, quelque chose de bien au-delà des personnes et qui, en même temps, est là parce que ce sont ces personnes-là qui sont là et qui constituent le système : on appelle cela la « qualité émergente ». On y reviendra...

Les psychothérapies systémiques examinent les troubles psychologiques et comportementaux d'un membre d'un groupe, troubles compris tel un symptôme de dysfonctionnement dudit groupe. C'est-à-dire que l'approche systémique vise à passer de l'enfant porteur de symptôme au couple en difficulté, difficulté à laquelle l'enfant

réagit. De même, après un travail avec le couple, n'est-il pas rare que cela aboutisse à une ou deux thérapies individuelles. C'est vraiment comme une vision d'un dysfonctionnement de groupe, ce qui suppose que l'on pourrait se poser une question du type : « À qui et à quoi, et jusqu'à quel point, est-il utile et nécessaire que cet enfant se comporte d'une façon X, Y ou Z. Ou encore comment des parents, bien malgré eux, contribuent-ils à amplifier des états de santé mentale, alors que dans d'autres systèmes, ils arrivent à les maintenir relativement en équilibre.

Définition de la famille

Mais comment définir la famille ? Voici une caricature du journal *Le Droit*, caricature qui reflète bien une chose apprise lors de l'une de mes premières formations avec Virginia Satir, il y a 40 ans. Virginia Satir nous parlait des quatre aveugles que l'on avait installés autour d'un éléphant en leur demandant de décrire « la réalité éléphant ». Ici il y a un caricaturiste qui a repris cette métaphore à propos de la politique et de la nation canadienne...



Donc, on demande à ces aveugles de décrire « la réalité éléphant ». Le premier, qui est devant, tient la trompe et dira que « C'est rond, c'est long, ça bouge et il y a de l'air chaud à l'extrémité ». Un second, placé sur le côté, tient une patte, et dit : « Non, tu es dans l'erreur ! Oui c'est rond, oui c'est long, mais pas tant que cela ; et c'est immuable, immobile, et c'est très gros ». Le troisième tient la queue et dira : « Les amis, vous ne l'avez pas du tout, du tout. Oui, c'est rond, oui c'est long, mais au bout il n'y a pas d'air

chaud, il y a une petite touffe de poils ». Le quatrième soutient le ventre et dit : « Vraiment, vous êtes tous dans l'erreur : c'est gros, c'est énorme, c'est immuable et il n'y a ni air chaud ni poils ! ».

Ainsi débute une dispute, et ils pourront même s'engueuler à propos de ce qu'est « la réalité éléphant », et personne ne va s'arrêter et dire : « Ben, voyons, qu'est ce qui se passe ? On nous demande de décrire une réalité et on parle comme si on parlait quatre langues différentes. Est-il possible que nous décrivions seulement une petite partie de « la réalité » et qu'à nous quatre (ou cinq sur le dessin...), nous pourrions trouver un ensemble un peu plus grand que ce que chacun décrit ?

C'est de cela dont il s'agit dans une famille : des personnes peuvent s'engueuler à un tel point que, si on les écoute juste candidement, nous pourrions leur dire : « Bon sens, étiez-vous au même endroit, en même temps, à la même heure, dans la même discussion ? » Nous avons alors l'impression de deux mondes totalement opposés, et pourtant, il ne s'agit que de perceptions différentes et d'avenues différentes, et qu'ils tentent de décrire une réalité plus grande qu'eux. Avec une famille, ça se complexifie parce qu'il y a plus de personnes, et même les tous petits de 3 et 4 ans « savent » comment cela fonctionne dans leur famille, et ils tiennent leur petit bout de l'éléphant. Alors voilà pour la définition de la famille...

Un mot sur la réalité...

Je poursuivrai quelque peu à propos de la réalité... Vous allez me dire que nous sommes loin de la systémie, mais oui et non. Il y a un livre, un vieux livre de Paul Watzlawick qui s'appelle : *La réalité de la réalité* que je viens de redécouvrir parce que réédité récemment. La réalité n'est, selon Watzlawick, que la résultante des compromis, détours et aveuglements réciproques à travers quoi passe l'information. Pour Watzlawick, « c'est la somme des *confusions*, des *informations* et *communications* » qui surgissent entre des êtres parlants qui constituent la réalité. Je trouve cela magnifique parce que ça souligne à quel point nous sommes dans la subjectivité...

Sur le site des Éditions du Seuil, à propos du livre de Watzlawick, on dit de la réalité que chacun s'en fait une idée, une représentation de ce que c'est. Dans les discours scientifiques et politiques, nous renvoyons à la dernière instance aux références suprêmes, le réel, avec un « R » majuscule évidemment, mais où est donc ce réel ? On pourrait dire aussi : « Où est donc le bonheur ? » comme dirait Christophe Mai dans sa chanson *Le bonheur*. Alors où est donc le réel et surtout, existe-t-il ce « réel » ? Pas vraiment...

Nous nous créons un réel. Je pense tout à coup à cette histoire qu'un conférencier américain (dont j'oublie le nom) qui raconte qu'il est sur une plage d'Hawaii où il y a d'assez fortes vagues. Deux enfants de 7 ans - 8 ans sont dans l'eau et se font happer par une forte vague : ils roulent dans le sable, avalent eau et sable, se font des éraflures sur la peau, etc. L'un en ressort terrorisé, affolé, en larmes, en crise, alors que l'autre se tourne vers l'océan avec un grand rire, se tape la main sur la cuisse et en redemande... Quelle est donc « la » réalité ici ? Ces deux enfants vont nous raconter des histoires tout

à fait différentes à propos d'un événement commun. Dans la vie, dans les psychothérapies familiales, et même en psychothérapie individuelle, c'est la même chose. Ce n'est pas la réalité qui nous est rapportée, c'est une réalité créée et, en psychothérapie familiale, une réalité co-créée. Alors, de toutes les illusions, la plus périlleuse consiste à penser qu'il n'existe qu'une seule réalité, mais qu'en fait ce qui existe, ce sont différentes versions (interprétations ?) de la réalité.

La première cybernétique

Ceci est important et me conduit à vous parler de ce qu'on appelle la première cybernétique. Dans le cadre de la première cybernétique, c'est comme si on regardait la famille qu'on observe, qu'on regarde, comme une « chose » extérieure à nous, que nous pouvions « réparer » par différentes techniques thérapeutiques. Alors qu'avec l'avènement de la deuxième cybernétique, nous le verrons, c'est tout à fait d'autre chose : on passe à un autre niveau.

Pour le thérapeute systémicien, la famille a été vue, pendant longtemps, uniquement comme l'environnement le plus proche et le plus immédiat d'une personne éprouvant des difficultés sur le plan psychologique. Historiquement, dans les années 60 par exemple, on rencontrait la mère et l'enfant en difficulté, contribuant à renforcer le fameux phénomène de la « mère schizophrénisante » : la famille était partie de l'environnement de l'enfant en difficulté, ou de l'adulte en difficulté, alors que la famille est maintenant considérée comme une unité vivante, un système homéostatique **et** évolutif.

En effet, on a pensé longtemps que les systèmes humains sont, par nature, homéostatiques, c'est-à-dire qu'un système humain parvient à un équilibre et que ça ne fluctue pas beaucoup : ce n'est pas la réalité. Il y a quand même aussi évolution, c'est-à-dire que tout système humain a des buts, des objectifs et veut évoluer vers quelque chose, vers un résultat. Alors, il y a toujours cette force, cette tension entre le fait de maintenir un équilibre et le fait de désirer passer à un autre type d'équilibre. Ainsi, il faut composer avec les besoins de chaque personne dans le système, les règles du système, la performance des rôles, formels ou idiosyncrasiques. Par rôles formels on entend les rôles de mère, de père, d'enfant : nous apprenons à exercer ces rôles à travers la culture, ils nous sont dictés par la société. Les rôles idiosyncrasiques, quant à eux, sont des rôles qui sont davantage liés à des dynamiques systémiques particulières. Ce n'est pas dans toutes les familles que l'on retrouve un délinquant par exemple. Ce n'est pas dans toutes les familles que l'on retrouve des personnes déprimées, des familles où il y a un médiateur, etc.

Cela prend un contexte particulier qui contribue à interpellé ce type de rôle et ça finit par fonctionner : tout cela se maintient afin de conserver un équilibre établi, qu'il soit fonctionnel ou dysfonctionnel, tout en cherchant une évolution quelconque. C'est-à-dire que même dans les familles les plus destructrices ou les plus dysfonctionnelles, cela constitue tout de même un équilibre, c'est quand même l'équilibre le plus adéquat compte tenu de leur contexte et compte tenu de ce qu'ils sont dans l'immédiat et dans

leur histoire. Autrement dit, adopter un comportement « fou » dans une famille donnée peut être tout à fait adéquat, dans certaines familles ou dans certains systèmes compte tenu de la structure du système.

Bien. Je vais maintenant vous parler pendant un moment de théorie. Lorsque nous parlons des propriétés des systèmes, nous nous situons dans ce qui est convenu d'appeler la première cybernétique : le système est un « objet », une « chose » que l'on observe devant nous, l'observateur étant considéré hors du système, et donc « neutre ».

Les propriétés des systèmes humains

Une première propriété des systèmes est la **totalité**, ce qui signifie qu'une modification d'un élément du système va entraîner une modification de tous les autres éléments, et du système entier. Le « ET » est capital et important ici. Si on prend un mobile comme métaphore d'un système humain, cela signifie que dès que l'on touche à un élément du mobile, tout le mobile se met à bouger en entier. C'est la même chose lorsque l'on fait de la psychothérapie : que ce soit en psychothérapie individuelle, conjugale ou familiale, simplement de par notre présence physique, à partir du moment où on est là et que l'on dit bonjour, qu'on donne la main (ou pas...), que l'on parle, c'est comme si nous prenions le « mobile interne » de la famille et de ses membres et qu'on agitait le tout, affectant ainsi l'homéostasie individuelle **et** systémique. Ils pourraient nous dire : « Hey ! Arrêtez, arrêtez, calmez-vous ! ». J'amplifie évidemment la chose, mais c'est pour bien démontrer qu'il ne peut pas ne rien se passer à partir du moment où nous sommes en lien avec quelqu'un. Voilà un élément de réponse à la première question qui nous est posée : « Que signifie « Êtres en relation » dans votre approche ? ».

C'est important aussi du point de vue de l'intervention, c'est-à-dire que de travailler en système, pour moi en tout cas, dans ma compréhension de la systémie, la notion de totalité suppose que lorsque l'on travaille avec un couple ou une famille et que l'on s'adresse à un membre de ce système, il faut savoir que l'autre est là (ou les autres sont là) et que ce qui se passe a un impact sur l'autre. Ce qui fait qu'il m'arrive assez souvent de faire ce que j'appelle de la « thérapie individuelle en couple », c'est-à-dire d'approfondir quelque chose dans l'histoire de quelqu'un à propos de quelque chose qui se passe, d'une thématique particulière, mais sans oublier que l'autre est là. Ce type d'intervention prend un contexte particulier parce que l'alliance thérapeutique doit vraiment être établie, autrement l'autre pourra se dire : « Ah ! Ben voilà, c'est grâce à elle. Vous avez compris Monsieur Lacroix, occupez-vous d'elle, et moi je vais aller en vacances pendant ce temps-là ». Dans un tel contexte, ça va moins bien : lui serait content, mais elle ne le serait certainement pas.

Une autre propriété des systèmes humains est la **non-sommativité**, qui est en fait le corollaire de la notion de totalité. C'est-à-dire qu'un système n'est pas la somme de ses éléments : il s'y ajoute une qualité dite émergente qui lui est propre, et ça, pour moi, c'est extrêmement important. Prenons l'exemple de l'eau, dont la formule

chimique est H₂O, formule que nous connaissons tous et toutes. Alors, dans l'eau, nous trouverons toujours de l'hydrogène et de l'oxygène, c'est convenu.

Maintenant, prenez de l'hydrogène et essayez d'y trouver de l'eau : vous n'en trouverez jamais. Prenez l'oxygène, essayez d'y trouver de l'eau, et vous n'en trouverez pas non plus. On trouve de l'eau parce que seulement, *et seulement ces deux éléments-là* sont mis ensemble. Donc, le mélange des éléments hydrogène et oxygène produit une **qualité émergente**, une prime, que nous avons appelé « eau ».

Cette métaphore est, oui, chimique, mais elle est très importante parce que cela veut dire qu'à la limite, les couples sont un peu comme les empreintes digitales des doigts de la main. Il n'y a pas vraiment un couple identique : il y a des thématiques qui peuvent se voir chez différents couples, mais il n'y a pas un couple semblable, même si, souvent, (Ceux qui ont déjà vécu des séparations ou des divorces le savent peut-être) nous quittons un couple pour éventuellement en former un nouveau, et nous nous retrouvons dans une situation similaire. Et puis nous quittons ce deuxième couple et en créons un troisième...

Toutefois, ce n'est jamais vraiment une situation identique : il y a des différences. Cela étant dit, un certain nombre de personnes parviennent à ne pas répéter : cela nécessite un peu plus de travail sur soi que de simplement rencontrer de nouvelles personnes. Rencontrer des gens, c'est relativement facile, mais rencontrer la bonne personne pour changer de scénario, c'est autre chose... On néglige donc les éléments au profit d'une *gestalt*. Ce n'est pas $A+B = AB$, mais bien $A+B = C$. C'est quelque chose de différent et une entité plus grande que les deux éléments du système : d'où les « nouvelles » formules mathématiques où l'on dit qu'un couple c'est $1+1 = 3$...

Dans le cadre de la première cybernétique, il y a une limite que j'ai rencontrée rapidement comme jeune professionnel : l'intérêt du thérapeute se centrait sur le « 3 », c'est-à-dire sur la relation, mais pas sur les deux unités, les « 1 »... C'est-à-dire que l'on ne s'intéressait pas aux personnes dans le système, mais seulement à l'interaction entre les personnes. Oui, l'interaction est intéressante et importante, mais, à mon avis, c'est insuffisant ou incomplet.

Pour illustrer cela, prenons l'exemple de ce couple qui m'a consulté : Monsieur est verbalement violent envers madame. À un certain moment, il s'en prendra un peu à moi parce que je le confronte sur le fait que pour lui, c'est à cause d'elle s'il se comporte ainsi. Il était vraiment dans une dynamique où il disait : « Bien moi je suis obligé de me choquer parce qu'elle se comporte de telle façon, de telle façon et telle façon ». Je questionnais cela et Monsieur n'a pas apprécié. Il a trouvé cela vexant et il va dire pour preuve : « Je n'ai jamais été verbalement violent avec mes deux autres conjointes précédentes »...

Possible... Je ne mets pas cela en doute : il le sait mieux que moi. Je peux présumer qu'il dit la vérité, mais, à mon avis, en plus d'adopter une position de victime dans ce couple-là (C'est à cause d'elle si je...), il a oublié la qualité émergente de ce couple-ci, c'est-à-dire qu'il a choisi une conjointe qui, pour ses raisons à elle, est venue toucher

chez lui le mauvais « bouton ». C'est-à-dire que cette dimension l'a attirée, et c'est *comme si* elle s'était dit dit : « Ah! Regarde donc ça le beau petit bouton qu'il y a là, et elle « joue » avec ce bouton. Et lui de dire à sa femme : « Non, mais ça va pas ! Qu'est-ce que tu fais là ? ».

Vous voyez que je commence déjà à introduire l'idée de choix de conjoint, c'est-à-dire que la personne avec qui nous vivons une relation amoureuse, nous l'avons rencontrée par hasard, chez des amis, dans un bar ou je ne sais pas trop, au restaurant, sur le trottoir... Mais pourquoi cette personne-là, que vous n'avez jamais rencontrée auparavant, vous fait-elle un tel effet que les dents vous claquent, les genoux vous cognent et la voix vous tremble ? Avouons que c'est quand même particulier : que quelqu'un que nous n'avons jamais vu de notre vie produise de tels effets... En somme, situation particulièrement transférentielle me semble-t-il.

Une autre propriété des systèmes, c'est qu'on ne peut plus parler de **causalité** linéaire, bien que parfois, il y a un petit peu de causalité linéaire, mais globalement, en systémique, on ne tient pas compte de cela. Le principe de totalité va s'opposer à une vision linéaire. La causalité linéaire suppose que A peut affecter B, mais pas le contraire. Alors on néglige le fait que B, dans sa réaction à A peut avoir un effet sur la réaction suivante de A. Un peu théorique, mais cela peut être très simple. Imaginez qu'il y a une canette de métal par terre. Je donne un coup de pied sur la canette, elle se retrouve dix pieds plus loin. Le coup de pied (A) cause l'éloignement de la canette (B) : c'est linéaire, ça arrête là, c'est fini.

Mais imaginez maintenant que le coup de pied, je le donne sur le tibia d'une personne : il pourrait se produire une réponse de la part de cette personne, comme n'être pas content, se lever et me pointer du doigt avec les yeux un peu exacerbés et puis de dire « Mon espèce de &☹️*&? ». Là, il risque d'y avoir une réponse de ma part à cette réaction : c'est là que l'on construit et que l'on co-construit une relation et que ça devient circulaire. Ce qui apparaît comme une réponse peut également jouer le rôle de stimulus pour provoquer le fait suivant dans une chaîne interdépendante. J'aime beaucoup le mot interdépendant parce que l'on comprend rapidement que l'indépendance n'existe pas. Petite parenthèse pour une métaphore : dans nos cultures, la voiture constitue un symbole d'indépendance et d'autonomie, symbole intéressant. Je vous mets au défi de rouler avec votre voiture et de ne jamais aller faire le plein d'essence : je vous souhaite une bonne suite, car vous allez devenir complètement dépendant sur le bord de l'autoroute à force de ne pas vous être occupé de votre besoin de dépendance !

Une autre propriété : on parle de **feedback** dans les systèmes humains. Je ne vous ferai pas un long discours sur le feedback. La notion de processus circulaire implique nécessairement qu'il y ait rétroaction mutuelle étant donné l'interdépendance du milieu. Il y a échange d'informations, il y a donc communication. Une chaîne d'évènements, encore une fois, dans laquelle A entraîne B, B entraîne C, C entraîne D, constitue un système linéaire déterministe, mais si D renvoie à A, le système devient circulaire : c'est connu.

Ce qui est particulier ou important, c'est la question des ***rétroactions (feedbacks) positives et négatives***. Ce n'est pas en termes de bon ou mauvais, mais c'est un peu comme les bornes d'une batterie : nous avons convenu qu'il y a une borne positive, une borne négative » Nous avons donné des noms pour signifier qu'une rétroaction positive mène au changement, c'est-à-dire qu'il y a une perte de stabilité ou d'équilibre dans le système, suite à un feedback positif. La rétroaction positive, c'est un peu comme si je prenais le mobile, que je tire sur une pièce du mobile et ça se met à bouger un peu partout. On dit qu'il y a accroissement des divergences, ce qui veut dire qu'on amplifie quelque chose en termes de déstabilisation du système : c'est mettre quelque chose en mouvement.

Quant au feedback dit négatif, il vise à maintenir le système dans un équilibre, c'est-à-dire que le système a besoin de feedbacks négatifs pour ramener l'homéostasie, ramener l'équilibre préalable, ou encore un nouvel équilibre. Il y a une convergence vers un but systémique, ce qui caractérise l'homéostasie dont on va parler un petit plus loin. Gardez cela en tête parce que ça veut dire que, du point de vue de l'intervention, à partir du moment où je suis en relation avec un couple ou une famille, j'induis éventuellement des feedbacks positifs, ne serait-ce que par le fait de faire un reflet. Lorsque nous faisons un reflet perçu ou vécu comme menaçant, les gens pourraient nous regarder en disant : « Mais, êtes-vous fou ? À quoi vous touchez ? Qu'est-ce que vous êtes en train de faire là ? ». Métaphoriquement, ils sont dans le mobile, déséquilibrés, et ils sont dans des craintes, imaginaires ou pas, mais ce sont leurs craintes. Nous avons à composer avec ces choses. Une vignette clinique suivra un peu plus loin et rendra cela concret et clair.

Une autre propriété des systèmes est l'***équifinalité***, c'est-à-dire que les mêmes conséquences peuvent provenir d'origines différentes avec son corollaire qui est que des effets différents peuvent tirer leurs origines des mêmes causes. En psychothérapie, il y a des modes. Dans les années 1970, c'était le thème de la délinquance, de l'alcoolisme. Après cela dans les années 1980, c'était la drogue. Il y a donc des « modes », des thématiques, et je me souviens, en tant que jeune professionnel, avoir entendu des professionnels parler de délinquance par exemple et faire des affirmations du type : « Ah! ben oui, les parents sont divorcés ! Ça explique tout ! ». Je ne crois pas être le seul à connaître des familles où les parents ne sont pas divorcés et où il y a un délinquant dans la famille : alors ça ne tient pas la route...

Oui, il arrive parfois dans des familles où il y a des divorces qu'il y ait un enfant délinquant, mais oui il y a aussi des familles où ce n'est pas du tout le cas. Donc, on ne peut pas relier une cause à un effet spécifique : ceci ouvre la porte au concept de complexité. Nous avons donc grand intérêt à être vigilants, pas tellement à ce que l'on dit ou fait, mais à l'effet que produit ce que nous disons ou faisons. Dans le fond, ce qui est important, c'est vraiment d'être en co-construction parce que ce que je dis est relativement inimportant du point de vue du client, mais nous avons intérêt à regarder ce que cela produira en lui et à composer avec cela, parce que si le client devient en colère, il faut que j'en fasse quelque chose.

Donc l'équifinalité et son corollaire aident à nuancer beaucoup, à nous placer dans une posture de chercheur et non de connaisseur. J'appelle ça la « position Colombo ». Le fameux détective Colombo sait qui est le meurtrier, mais il doit faire le chemin, sinueux, pour parvenir à incriminer le coupable. Nous, nous ne savons pas toujours, mais nous savons des choses que nous pouvons présumer. Toutefois, pour le démontrer, il faut faire le chemin d'accompagnement **avec** les clients, car s'ils ne font pas ce chemin, aucun changement ne surviendra.

Nous voici enfin à la fameuse question de l'*homéostasie*. Il s'agit d'un vieux concept lié à la cybernétique de premier ordre, mais c'est tout de même un concept utile à comprendre comme étant une force qui affecte les systèmes, une force qui cherche à procurer une stabilité. Ce n'est pas simplement, comment dire, dysfonctionnel et destructeur, c'est tout aussi nécessaire. Imaginez que vous viviez dans un système familial où il n'y en a pas d'équilibre : ce serait le chaos. Si une telle situation se pouvait, je voudrais sauter en bas de l'avion, parachute ou pas : je m'en vais !!! C'est un système qui devient complètement fou. Donc l'équilibre est utile et nécessaire, mais un équilibre ne peut jamais être permanent.

Par ailleurs, l'équilibre, c'est métaphoriquement le thermostat des systèmes humains. Dans nos maisons modernes, nous avons des thermostats que nous calibrons à une température *jugée* adéquate. On dira par exemple que nous désirons une température de 21° Celsius ; le thermostat envoie un message à la centrale de chauffage parce qu'il lit qu'il fait 19,5° ou 19°, et le système de chauffage se met en marche. Le thermostat continue à lire la température et là, oups ! il fait 21,5 : le thermostat envoie alors une nouvelle information à la centrale afin de stopper le chauffage.

Par cette métaphore, je souhaite illustrer comment, dans les systèmes humains, nous avons des thermostats, nous avons des régulations, des règles dont je parlerai un petit peu plus loin, règles qui nous disent comment nous comporter dans nos relations. Avoir une température de 20° ou 21° dans une pièce, cela peut être confortable, sauf qu'il existe des systèmes humains où la température désirée se situe à 24°, 26° ou 28°, et il y a des systèmes humains qui recherchent des températures de 10°, 12°. Pour ces systèmes humains, cette « température » leur convient, mais si moi j'entre dans un tel système, je sais que je ne serai pas bien.

C'est Don D. Jackson, un des membres de ce que l'on convient d'appeler maintenant l'École de Palo Alto, qui a introduit ce concept après avoir observé que, si le patient désigné s'améliorait dans la famille, cela avait souvent des répercussions catastrophiques sur la famille : une autre personne déprimait, ou développait des épisodes psychosomatiques, etc. Sans aller nécessairement dans la psychopathologie, ceux qui travaillent dans les services sociaux ont souvent vu que, lorsque l'on place un enfant d'une famille, c'est souvent le suivant qui prend le rôle de délinquant ou d'enfant dysfonctionnel.

De la même façon, quand les enfants sont placés en centre d'accueil, et ceux qui y ont déjà travaillé le savent, ce n'est pas rare que les éducateurs, les travailleurs sociaux

et les psychologues s'arrachent les cheveux par découragement les lundis matin, parce que le jeune revient de la maison et ces professionnels disent souvent : « Il est désorganisé, la famille a saboté notre travail ». Ce qui se passe souvent, c'est que c'est là le prix à payer pour avoir négligé de travailler avec les familles. Je ne dis pas que l'on peut toujours le faire, car il existe des familles avec qui un travail est impossible. Ce qui se produit, c'est que l'enfant, lorsqu'il retourne dans sa famille, est loyal au système de sa famille, il est loyal aux règles et aux rôles que l'on attend de lui, inconsciemment. Ainsi, sa façon d'être dans sa famille est adéquate parce que conforme au système où il vit. C'est « utile et nécessaire » qu'il se comporte de la sorte.

Lorsqu'ils sont au centre d'accueil, les enfants veulent tous être complaisants. Bon, c'est un terme un peu fort, mais ils veulent satisfaire les adultes, ils veulent être reconnus, ils veulent être bien avec les adultes alors ils suivent les règles. Généralement, ils vont suivre les règles, les codes du centre d'accueil et ça va fonctionner, mais s'il n'y a pas une intersection entre la famille et le centre d'accueil, ou un travail entre les deux, ça devient difficile, car l'enfant a compris intuitivement la règle de l'homéostasie : il suit les régulations des deux espaces de vie...

Cette notion d'homéostasie, que j'ai apprise et comprise très tôt, très jeune, mais peut-être trop jeune. Mais je reconnais que lorsque nous « rentrons dans le mur », l'apprentissage devient inoubliable... À l'époque, je suivais, avec une collègue co-thérapeute, une famille de 14 enfants dont 7 avaient reçu le diagnostic de schizophrène. Alors, écoutez, ce n'est même pas une exagération : à ce moment, j'ai à peine 6 mois d'expérience professionnelle, et mon patron me tend ce dossier : une dame avait été hospitalisée à Montréal en psychiatrie avec un diagnostic lourd de schizophrène paranoïaque. J'entreprends donc de lire le dossier et comprend donc qu'il y a 14 enfants dont 7 schizophrènes, et là, j'ai eu la trouille...

Alors je vais voir mon supérieur avec le dossier, et je lui ai dit : « Tu ne crois tout de même pas que je vais aller là-bas tout seul ? » Il me dit : « Ah non ? Tu n'as pas été formé ? » Pffff! « Ah! Seigneur! » que je me suis dit... Bref, nous y sommes donc allés à deux pour faire une histoire courte, mais, à rebours, nous aurions été trois que cela aurait été tout aussi bien, question qu'il y en ait deux qui se reposent pendant qu'il y en a un qui travaille, et changer aux cinq minutes.

Je vous décris cette situation parce que nous allions à domicile. Alors, imaginez ça : 14 enfants, le plus jeune étant âgé d'environ douze ans, et l'aîné 27 ou 28 ans. Il y a là 7-8 personnes souffrant de schizophrénie, dont un jeune homme de 21 ans, tout frais sorti d'un séjour assez long à l'hôpital Louis-Hippolyte La Fontaine trois semaines auparavant. Nous arrivons, et ils sortent de table à ce moment : il est 4 h 30 de l'après-midi... Eh oui, il y a des familles où c'est comme ça : le repas du soir se prend très tôt. Ces gens, en passant, venaient du Nouveau-Brunswick et ils avaient dû vendre leur terre, pour des raisons qui m'échappent, et ils ont immigré à Montréal dans le Sud-Ouest et vivaient dans un petit « townhouse » à 16 personnes : ça fait une sacrée grande table, de grands divans et pas beaucoup d'espace pour dormir...

Nous arrivons donc après leur repas, et puis on s'installe dans le salon. Je ne sais plus lequel de nous deux a dit : « Avez-vous bien mangé ? » Le jeune homme, qui venait de sortir de Louis-Hippolyte La Fontaine, commence à faire des sons et manifeste beaucoup d'hésitation et de malaise face à la question, et un autre membre de la fratrie dit : « Ben oui, ben oui on a bien mangé hein ? On a très bien mangé. » Nous avons passé la séance autour de la question du repas, croyez-le ou non. Ma collègue et moi trouvions que ça allait bien, que tout se passait bien, que nous maîtrisions la situation, et nous avons quitté, satisfaits.

De retour au bureau le lendemain matin, j'ai un message téléphonique : le jeune homme de 21 ans a décompensé pendant la nuit... Il s'est mis à jouer du balai sur les murs, à hurler, à crier pendant la nuit. Bref, la famille l'a à nouveau hospitalisé.

Interloqués, nous nous sommes dits : « Mais qu'est-ce que c'est que ça. » Nous avons donc demandé une supervision, ce qui nous a fait comprendre que nous avions essayé, à notre insu, de dé-réguler le système : une règle centrale du système était à l'effet qu'il ne fallait surtout pas critiquer maman, au risque qu'elle fasse un nouvel épisode dépressif. Ces choses-là, tu ne les sais pas avant l'intervention, mais tu le découvres après...

C'est ainsi que j'ai appris, entre autres, que de faire de la thérapie c'est aussi prendre des risques parfois, mais qu'il faut les mesurer un petit peu plus... Le fils, par sa décompensation, a restauré l'équilibre de sa famille. En d'autres mots, son comportement constituait un *feedback négatif*. Nous n'avons plus parlé de la mère, nous n'avons plus parlé du fils, et tout était redevenu « merveilleux » dans le meilleur des mondes. On va lui donner de meilleurs médicaments, et il va être mieux selon une vision médicale...

Les règles systémiques

Abordons maintenant la question des règles. C'est un peu un lieu commun les règles, et on parle de cela souvent : les règles liées à l'heure du coucher, les règles de politesse, etc. Donc, il y a ce type de règles. Mais il y a d'autres types de règles, et celles-ci déterminent la *nature d'un système*, c'est-à-dire qu'elles nous enseignent comment opère le système. Il n'y a pas que les règles qui nous indiquent le fonctionnement d'un système, mais c'est un élément important, car elles déterminent le degré d'ouverture et de fermeture du système. Lorsque, dans un système humain, il est interdit de se montrer vulnérable, ou qu'il est interdit de se fâcher, etc., on parle d'un système qui va vers la fermeture, tout en sachant qu'un système humain totalement fermé n'existe pas. Ça prend un minimum d'ouverture pour survivre, parce que sinon, je pense que l'on tombe en état psychotique, ou en tout cas en difficulté. Plus il y a de ce type de règles, plus on va vers la fermeture du système, alors qu'à l'inverse on ira vers l'ouverture.

Des gens ont pensé que, pour avoir un système ouvert, il ne fallait pas avoir de règles. Cela constitue déjà une règle, avec son prix aussi : toutes les règles procurent des pertes et des bénéfices. Les systèmes établissent des règles, mais sans que ça ne soit dit ouvertement. Ce qu'on entend par règles, ce sont les façons d'opérer de la famille,

façons qui sont comprises tacitement. On ne s'entend pas ouvertement sur les règles : il est rare que ce soit dit aussi ouvertement que : « Tu ne vas pas te fâcher hein ? ». Parfois, ça peut être dit ouvertement, mais il s'agit surtout de messages implicites, ou encore, souvent, d'injonctions paradoxales.

Donc, c'est rarement dit clairement, mais chaque membre de la famille ou du système s'y conforme, souvent même sans être conscient qu'il se conforme à des règles. Métaphoriquement, les règles c'est un peu comme des trains, et il existe deux types de trains : les trains de passagers et les trains de marchandises. Les trains de marchandises n'ont pas d'horaires fixes : ils passent une fois le lundi à 11 h 00, et puis le mardi à 16 h 00, etc. Contrairement aux trains de marchandises, les trains de passagers ont des horaires fixes : tel train pour tel lieu est toujours le vendredi matin à 9 h 30... Ces trains passent tel jour à telle heure, avec régularité.

Or, on peut penser, en travaillant avec un couple ou une famille, qu'il y a peut-être une règle qui vient de passer et les gens vont la nier ou se débattre contre notre proposition. Ce n'est pas grave parce que si c'est une véritable règle, il s'agit d'un train de passagers, et le train de passagers a des horaires fixes : il passe tel jour à telle heure. Or, dans les systèmes humains, on le sait, une règle importante va repasser. Si elle est occasionnelle, c'est un train de marchandises, c'est-à-dire qu'on laisse passer : il va y en avoir d'autres. C'est un élément indicateur sur comment fonctionne le système. Une vignette clinique illustrera mon propos : il s'agit d'une famille où une règle du fonctionnement familial était de ne pas se montrer triste, vulnérable.

À travers cette vignette, nous verrons les concepts de **règles**, de **résonance** dont on va parler plus loin. Cette vignette illustrera aussi la notion de **processus**, (travailler en processus), **rétroaction positive**, **rétroaction négative**, **co-construction** et élaboration de **sens**. La mère s'appelle Béatrice (nom fictif), et est âgée de 42 ans. Elle est séparée depuis 6 ans au moment où je l'ai connue. Elle vit de prestations d'aide sociale, ce qui est fort maigre pour élever ses 5 enfants âgés de 7 à 16 ans. Dans le passé, ses enfants ont été placés à plusieurs reprises parce qu'elle était déprimée et dépassée. Il faut préciser que ces interventions datent d'avant l'apparition de la protection de la jeunesse, du temps où je travaillais pour les services sociaux. Mais je veux en parler tout de même parce que, tout d'abord, cela été publié dans un livre, mais aussi que cela illustre si bien mon propos. Évidemment, aujourd'hui, on ne fait plus de placements comme cela, mais à l'époque nous étions des « généralistes », c'est-à-dire que nous pouvions être confrontés à une variété de situations cliniques, y compris avoir à placer des enfants, par exemple un vendredi après-midi à 2 h 45... Hum... La famille t'appelle pour dire viens placer mes cinq petits et là, tu es supposé être content... Tu aimes la famille qui t'a appelée, c'est certain : le contretransfert est plutôt négatif quoi !

Béatrice n'a pas de conjoint de fait. Elle est isolée socialement, c'est-à-dire qu'elle ne fait même pas l'épicerie : ce sont les enfants, après l'école, qui rapportent un pain, une laitue, etc. Elle ne sort pas de son domicile. Elle est isolée. Pendant un entretien familial, Béatrice évoque l'idée de placer ses enfants. Voici un extrait d'un entretien¹ :

Béatrice 1 : Cela me ferait du bien de ne plus les avoir avec moi pendant un temps.

T1 : En quoi cela vous aiderait-il ?

Béatrice 2 : Ils sont exigeants et se disputent tout le temps... je me sens au bout du rouleau.

T2 (aux enfants) : Comment vous réagissez à l'idée d'être placés ?

Haussements d'épaules, moues, silences, un autre baisse la tête... Je sens une tension monter dans la salle...

Patricia 1 (*l'aînée*) : C'est toujours pareil... elle ne nous aime pas assez pour...

Béatrice 3 : Mais non, c'est pas ça... vous ne comprenez rien, comme d'habitude...

Elle est toute rouge, retient beaucoup sa respiration, parle à voix très basse, étouffée...

T3 : J'aimerais comprendre davantage ce «je n'en peux plus" Béatrice...

À cet instant, Serge et Stéphane, les deux cadets de la famille, commencent à se disputer et à se taper dessus. Béatrice intervient, les calme, les sépare.

T4 : Oui, je disais que j'aimerais mieux comprendre vos difficultés...

Béatrice 4 : (Silencieuse, son visage rougit, elle se tortille les doigts, se frotte les mains ensemble...)

T5 : Dites-moi Béatrice, vous sentez-vous triste en ce moment ?

Béatrice 5 : (Hochements de la tête, elle commence à pleurer, se cachant le visage dans les mains)

Tous les enfants restent figés sur leur fauteuil, visiblement très inquiets de la situation.

Patricia 2 : (S'adressant à moi, en colère) Pourquoi vous faites pleurer ma mère? Vous avez pas le droit ! Vous êtes un dégueulasse...

Béatrice 6 : (Outrée et furieuse) Patricia, tais-toi ! On ne parle pas de la sorte à monsieur. Excuse-toi !

Patricia 3 : (En criant) Non !

Béatrice 7 : (Se levant et secouant Patricia par le bras) Excuse-toi immédiatement !

T8 : Attendez ! Attendez ! Béatrice, s'il vous plaît, asseyez-vous... Patricia, qu'est-ce qui se passe en toi quand ta mère pleure ?

Patricia 4 : J'aime pas ça !

T9 : Oui, mais encore...

Patricia 5 : Quand elle pleure, elle finit par faire une dépression, et puis nous, on se retrouve placés dans d'autres familles et je ne veux plus y aller, me hurle-t-elle.

Alors, simplement en suivant le processus, on parvient à quelque chose comme ça. Je vais vous dire aussi qu'à l'époque, dans le milieu où je travaillais, plusieurs professionnels disaient : « Nous devons répondre à la demande du client et si le client demande un placement, on se doit de placer ses enfants. Pour ma part, je leur répondais de façon cinglante : « Puisque les riches ont les moyens de placer leurs enfants dans des collèges privés, on va donner le même privilège à des enfants pauvres et les envoyer à l'école ». Je trouvais cela d'une absurdité impensable. Les riches ont les moyens de « scrapper » leurs familles, alors « scrappons » les familles des démunis...

Dans l'exemple que j'évoque, la règle familiale à propos de l'expression de la tristesse et des sentiments de solitude est bien ancrée. Alors, on va regarder un peu cela à rebours. Béatrice a appris très tôt à réprimer de telles émotions, pour ses raisons à elle et sa famille actuelle tente de la protéger de ces émotions. Les enfants ont compris, implicitement, qu'il y a un danger dans les larmes et dans les pleurs. Remarquez que je ne suggère pas que les parents doivent toujours faire état de leurs états d'âmes à leurs enfants. Ce n'est pas de cela dont il s'agit. Donc, c'est éprouvé comme menaçant. Nous, de l'extérieur, on peut dire « Il n'y a rien là », mais pour eux il y a quelque chose là, vraiment. Ici, processus individuel et processus familial sont complémentaires.

J'avais développé ce travail-là dans le livre que j'ai publié¹, mais à partir des travaux de deux psychologues québécois Jean Garneau et Michèle Larivée, dans leur modèle de l'auto-développement. Sauf qu'ils travaillaient, eux, sur le processus individuel. J'ai donc postulé que ce schéma théorique pouvait s'appliquer aux couples et aux familles, afin de tenter de répondre à ma question : « Comment ça fonctionne les processus dans les couples et les familles ? » Alors, dans la précédente vignette, les enfants interviennent de sorte qu'il n'y ait pas d'immersion de la détresse de Béatrice, c'est-à-dire qu'il apparaît un peu de détresse ou de tristesse, et puis les deux enfants se chamaillent, ou l'aînée intervient : cela contribue à interrompre l'émergence de la tristesse, évitant du coup leur propre expression de détresse.

Suite à mon intervention, lorsque je dis que j'aimerais comprendre davantage ce « Je n'en peux plus », la dispute entre Serge et Stéphane constitue une manœuvre inconsciente afin d'éviter que je n'aborde ce thème, de même que l'intervention de Patricia : « Pourquoi vous faites pleurer ma mère espèce de dégueulasse ». Dans ces deux circonstances (*feedbacks négatifs*), la mère doit interrompre son cycle lié à la peine et devient en colère. La colère est plus acceptable, plus vivable, voire plus « sur-vivable », ce qui rassure tout le monde dans la famille, mais maintient leur détresse en même temps. Ils retrouvent un équilibre, un équilibre douloureux, mais comme si cet équilibre était préférable à autre chose de différent et d'inconnu.

Par ailleurs, lorsque je dis que j'aimerais comprendre davantage ce : « Je n'en peux plus », ou encore quand je dis : « Oui, mais j'aimerais comprendre plus vos difficultés », ou « Dites-moi Béatrice, vous sentez-vous triste en ce moment ? », ou encore quand je dis « Attendez, attendez Béatrice », et que je demande à Patricia ce qu'elle éprouve en dedans d'elle ? Ce sont des interventions qui visent à faire en sorte que leur processus se déroule plutôt que de l'interrompre, bloqué et constituent ainsi des *feedbacks* dits *positifs*.

C'est-à-dire que ce que je fais là, c'est l'équivalent que de secouer le mobile métaphoriquement, et alors les membres de la famille me regardent en disant : « Non, mais, ça va pas ? Qu'est-ce que tu fais là ? » Toutefois, ils peuvent aussi éprouver que, pour moi, ce n'est pas une menace. J'imagine que cela a dû vous arriver qu'un client vous dise : « Vous, ça ne vous énerve pas ça ? » et que nous pouvons répondre : « Pas vraiment ». Des clients vont nous dire des choses comme : « Moi, si je me mets à pleurer, ça ne finira plus ». Personnellement, je n'ai jamais vu quelqu'un qui a pleuré pendant des années. Je ne sais pas quant à vous, mais ça n'est jamais arrivé, ni dans mon bureau, ni dans la « vraie » vie. Ultimement, dans la famille de Béatrice, c'est Patricia qui me nomme la règle familiale en me disant les conséquences qui vont arriver si la mère est triste. Après, ça me permet d'aider la famille à envisager cela autrement, et que la mère puisse prendre soin d'elle autrement qu'en plaçant ses enfants.

La règle à propos de la tristesse, de la vulnérabilité, est mise à jour par ma résonance à la tristesse de la mère, et cela me permet de voir l'interruption du processus. Le processus, lorsqu'il est interrompu, se fait par des feedbacks dits négatifs. Quand j'essaie de « pousser », de questionner, cela constitue du feedback positif. Ce sont des rétroactions permettant l'élaboration d'une co-construction : nous élaborons quelque chose ensemble. Ainsi, à propos de la colère de Patricia, si j'avais dit quelque chose comme : « Petite fille, calme-toi là », et bien on n'en parle plus : c'est terminé, et on n'est plus en psychothérapie du coup. Il y a un sens qui se développe à terme.

Limites de la systémique et mon évolution...

Une limite de la première cybernétique était reliée au fait que l'on s'intéressait au système qui est là, mais un peu comme la voiture qu'on envoie réparer au garage et qu'on dépose en disant : « Je viens le chercher à 17 h 00 ». C'était très mécanique, à l'époque, tout comme l'étaient les interventions à mon avis. À l'époque, je n'avais pas encore terminé tout à fait ma première formation en systémique, que j'ai entrepris une formation humaniste en gestalt thérapie, parce que je me disais : « Les deux personnes qui sont là, qui sont-elles? Comment fonctionnent-elles? Comment ça fonctionne en chacun d'eux ? Comment se fait-il qu'ils se soient donnés ce système spécifique, tout destructeur qu'il soit, ou tout dysfonctionnel qu'il soit ? » Je cherchais mes réponses à ces questions...

Cette formation humaniste m'a aidé effectivement à travailler davantage l'interpersonnel ET l'intra-personnel. Je voyage, comme ça, dans ces différents espaces parce que je crois fondamentalement, et l'expérience clinique quotidienne le démontre, que nous ne choisissons pas notre conjoint par pur hasard : s'il nous interpelle, c'est qu'il y a quelque chose en nous qui est complémentaire à l'autre. Hier, nous parlions des « *unfinished businesses* »: or, cela se joue aussi à travers nos couples, c'est-à-dire que l'on cherche à répéter des situations en espérant parvenir à régler quelque chose de notre histoire. C'est la question de la répétition : nous espérons que cette amoureuse, cet amoureux, nous libérera de cette douleur qu'on a connue dans notre famille d'origine. À l'évidence, cela ne fonctionne absolument pas. Il peut y avoir, dans la vie

de couple, des contributions favorables à notre développement et à notre bien-être, mais il n'y a que nous-mêmes qui pouvons faire le travail à ce sujet, et personne d'autre.

Ainsi, j'ai vogué pendant un bout de temps sur cette façon de travailler (interpersonnel ET intra-personnel) en psychothérapie conjugale et familiale jusqu'à ce que je découvre le modèle de Mara Selvini, en Italie, et que je m'y intéresse. Il s'agit d'un modèle de thérapie familiale où Selvini et son équipe travaillaient avec des familles dont un membre était diagnostiqué psychotique. Ils voyaient la famille une fois par mois, pendant deux séances d'une bonne heure et demie, le matin et l'après-midi, et ils travaillaient à quatre thérapeutes. Je me suis (malheureusement) comparé à eux pendant un bout de temps parce que je lisais les livres de Selvini, et je trouvais très intéressant leur travail, sauf que je me suis dit : « Comment se fait-il que je ne réussisse pas aussi bien et aussi rapidement »?

L'affaire, c'est qu'ils travaillaient à quatre : c'est aidant un petit peu, non ? Pendant qu'un thérapeute intervenait, les trois autres observaient et venaient occasionnellement discuter avec le thérapeute. Leur modèle a évolué de telle sorte que les quatre thérapeutes étaient en séance avec la famille, présents dans la salle d'entrevue. Éventuellement, ils ont développé ce qu'on appelle le « cœur grec », c'est-à-dire qu'il y avait des stagiaires ou des étudiants autour de la famille. On interrompait la séance et on demandait aux personnes de dire une phrase, seulement une phrase, à propos de ce qu'ils avaient vu, entendu, pressenti, etc. Ce modèle-là m'a fasciné, et en lisant et en réfléchissant, j'ai pu faire le constat que tous les grands pionniers de la thérapie conjugale et familiale connus, ou presque tous, ont été psychanalystes dans une « vie professionnelle antérieure ».

Je me suis dit : « Est-il possible qu'ils aient pu développer leur nouveau modèle justement parce qu'ils avaient aussi une formation de psychanalystes ? Et qu'ils ont trouvé ce que j'appelle des « raccourcis » (c'est un peu péjoratif, j'en conviens), des façons de faire efficaces, mais des façons de faire qu'ils n'auraient pas su développer s'ils n'avaient pas été aussi psychanalystes ? C'est ainsi que je suis allé me former en psychothérapie psychodynamique, et lorsque je me suis mis à comprendre ce qu'était une identification projective par exemple, cela m'a éclairé sur la façon de proposer des injonctions contre-paradoxaes : ce n'est pas à proprement parler une technique, mais plutôt un schéma de compréhension de ce que le client peut nous apporter, et on peut dire, comme Mony Elkaim, « Si tu m'aimes, ne m'aimes surtout pas ».

Par la suite, j'ai aussi pris une formation psychodynamique court terme, ce qui veut dire un an, un an et demi « seulement »... Donc, cela vous fait voir le chemin que j'ai fait à partir des questions que je me suis posées, et des limites des modèles (et des miennes...). C'est ce qui fait que lorsque je vous dis que je parle de systémique, je vous parle en fait d'une systémique, un peu « alambiquée » à la Lacroix, parce que ça répondait aux limites que j'ai rencontrées dans ma pratique, aux questions que je me posais et pour lesquelles je suis allé chercher les réponses auprès d'autres modèles, d'autres systèmes que je jugeais complémentaires.

La cybernétique de premier et de deuxième ordre

Un mot sur la cybernétique. La systémique, cela est fascinant, n'est pas venue à l'origine par des humanistes, mais par des mathématiciens, des ingénieurs, des informaticiens. C'est Norbert Wiener, un mathématicien, qui est considéré comme le père de la cybernétique. Il définit la cybernétique comme l'étude du règlement, de la maîtrise et des communications dans les formes de vie, les machines et les structures sociales. Il y a beaucoup dans cette petite phrase : la question de *règlement*, la question de maîtrise et *communications*, c'est-à-dire la maîtrise, l'équilibre. En d'autres termes, c'est la science de la régulation des systèmes. Comment ça se crée ? Comment ça se régule ? Comment ça se transforme ou pas ? C'est tout cela la cybernétique.

À partir des années 75 environ, les travaux d'Herbert Von Foster nous amènent à considérer la question de cybernétique de deuxième ordre. Dans la cybernétique de premier ordre, il y a deux vagues. La première vague est centrée sur la façon dont les systèmes maintiennent l'homéostasie dont nous avons parlé précédemment : on y travaillait sur le maintien de l'homéostasie etc. Il y a une seconde vague où l'on se centrait sur la façon dont les systèmes changent leur organisation, et on a vu alors une panoplie d'approches en thérapie conjugale et familiale. Par exemple, Jay Haley s'intéressait au pouvoir dans la famille, Salvador Minuchin sur les aspects structurels de la famille, etc. Bref, chaque pionnier avait un peu sa piste d'entrée. On peut présumer que, dans leur vie personnelle, ils avaient vécu des enjeux de cette nature-là, ce qui les a un peu poussés à développer leurs modèles.

Ensuite survient la cybernétique d'ordre 2, c'est-à-dire que l'observateur fait dorénavant partie de la construction de la réalité en cours d'observation. À ce propos, le livre de Paul Watzlawick, *La réalité de la réalité*, m'avait beaucoup aidé à questionner tout ce que l'on appelle « scientifique ». Je vous le recommande d'ailleurs.

Autres concepts qui me semblent importants...

Dans mon parcours professionnel s'ajoutent d'autres concepts qui me semblent importants, dont la question du **choix du conjoint** : je serai bref là-dessus. Guy A. Lepage, que tout le monde connaît, a dit, dans l'émission *Les Francs-tireurs* en avril 2003 : « Tous tes couples précédents ont un point en commun, c'est toi ! ». Dieu que j'aurais aimé être l'auteur de cette phrase percutante : malheureusement, ce n'est pas le cas, mais je peux l'utiliser, heureusement. C'est de cette façon que l'on peut affirmer que le choix de nos conjoints ne tient pas du hasard. Les jeux de projection, les jeux d'identification font leur œuvre, et la personne que nous n'avons jamais rencontrée auparavant fait que le cœur bat beaucoup plus rapidement, que nous tremblons d'excitation, etc. : c'est quand même assez extraordinaire comme affaire...

Je vous fais une métaphore (grotesque à première vue, j'en conviens), pour illustrer une dynamique liée au choix du conjoint. Imaginez que nous décidions d'organiser une grande fête, et que nous invitions 1000 personnes. On les sélectionne à partir de tests psychométriques afin d'éliminer toute personne de type sadique (si jamais ça se peut...) et toute personne de type masochiste (si jamais ça se peut aussi). Toutefois, je truque

l'affaire... Une fois que les 1000 personnes sont invitées, j'introduis, à l'insu de tout le monde, une personne de type sadique et une personne de type masochiste. Ce n'est qu'une question de temps, mais ayez l'assurance que, du moment où ils vont se rencontrer, chacun pourra se dire : « Ah mon Dieu ! C'est elle, c'est lui qu'il me faut ! », et c'est parti pour un tour !

Le choix d'un partenaire est hautement tributaire de l'histoire propre d'un individu. Je véhicule mon histoire et à travers cela, ça contribue au choix de partenaire. Oui, il y a des critères externes : beauté physique, éducation, lieu géographique, le langage, etc. C'est notre *checklist* officielle, mais il y a l'autre *checklist* qui fonctionne sur un registre inconscient. Chaque conjoint, chaque partenaire tend à garder éloigné de la conscience certaines caractéristiques personnelles qui lui semblent désagréables, redoutables ou coupables. Je le sais bien que vous, vous n'en avez pas... Hum ! Vous êtes allés en thérapie et c'est réglé pour toujours, quoi !

Donc, on « localise » ces aspects repoussés en les projetant sur son partenaire, c'est-à-dire que l'on voit en l'autre (devinez comment on appelle cela...), des choses que l'on n'aime pas voir à l'intérieur de nous-même, et on s'identifie à cela. Comme si on se disait : « Bingo! Ça va bien faire la paire, ça va bien aller cette affaire-là ». Comme le processus est réciproque, cela sous-tend l'organisation systémique. Les règles vont s'ajouter au fil du temps pour consolider la relation.

Une structure, une dynamique de couple, ça s'installe dans les 5 premières minutes de la rencontre. On se rencontre et je dis : « Ah! quelle belle journée pour faire de la montagne » et Gilles me dit : « Ah! La montagne, j'aimerais ça y aller, mais ça me fait peur. Est-ce qu'avec un bon guide on peut apprendre ? » Et je dis : « Bien sûr, un bon prof peut te montrer ». De la sorte, nous serions en train d'installer un type de relation complémentaire. Si c'est momentané ce n'est pas un problème, mais l'affaire, c'est que ça risque de se cristalliser et si ça se cristallise, une dynamique s'installera où plus il va être petit, plus je serai grand, plus je serai grand, plus il sera petit, etc.

Dans la relation symétrique, Gilles me dirait : « Moi, la montagne, ça ne m'intéresse pas du tout : je préfère l'équitation. C'est symétrique, c'est-à-dire égalitaire, mais si on construit une relation de cette nature-là, on risque de développer une escalade symétrique et de se faire la guerre...

Un autre concept que je trouve fort et important, c'est le concept de **collusion**. Jürg Willi, un psychanalyste Suisse-Allemand, a écrit un livre que, malheureusement, on ne trouve plus en librairie, mais on peut en trouver des exemplaires sur *Amazon*. Le titre était *La relation de couple*. Il y parle de la collusion qu'il définit comme un phénomène inconscient dans lequel un conflit central commun, une thématique commune qui n'est pas résolue et qui est agie à travers différents rôles : cela laisse l'impression que chaque partenaire est l'opposé de l'autre, un grand, un petit, un fort, un faible, etc. En somme, on a affaire à des variantes polarisées du même thème. Un exemple de cela pour illustrer...

Un couple vient consulter. Lui est informaticien, vice-président de compagnie, quelqu'un de très organisé, très structuré, rationnel, le gars « fort » quoi. Elle, elle est plus dépendante, elle est plus dépressive, elle a eu un problème d'alcool pendant des années. Quand elle consommait, elle piquait des crises de colère qui terrorisaient son conjoint complètement. Elle ne consomme plus depuis 3 ans et ils viennent consulter parce qu'elle a dit : « Moi je veux m'affirmer et lui il résiste quand je m'affirme ».

Madame ne conduit pas la voiture, elle n'a pas de permis de conduire, ce qui fait qu'il doit l'accompagner à ses réunions AA par exemple. Il va la mener, il va la chercher, etc., De même pour l'épicerie et tout déplacement : il est le chauffeur attitré. À un certain moment, en entretien, elle dira : « Bon j'ai pris une grande décision, je vais aller passer mon permis de conduire », et lui, il est interloqué : « Pardon ? Pardon ? Tu vas quoi ? » Et elle de dire : « Je vais aller passer mon permis de conduire ; qu'y a-t-il de mal là-dedans ? » Il lui répond : « Mais qu'est-ce qui va m'arriver à moi lorsque tu ne seras pas là ? »

En somme, si elle prend du mieux, de la force, lui commence à perdre son assurance, et peut commencer à mesurer son côté dépendant d'elle : c'est ça la collusion ! Il y a une thématique **commune**, mais, apparemment, il y en a un qui va bien et l'autre ne va apparemment pas bien. En fait, c'est très systématiquement organisé et ça, ne vous en faites en pas, ce n'est pas rare du tout.

Passons à un autre concept important en systémie : le concept de **symptôme**. On va insister un peu plus sur celui-ci, parce qu'il est très important en systémique. Dans sa définition médicale, le symptôme est une manifestation visible qui permet de poser un diagnostic au sujet de quelque chose d'invisible. C'est-à-dire que quelque chose apparaît, disons un mal de ventre, et ça parle de quelque chose d'autre qu'on ne voit pas. Le mal de ventre peut être dû à bien des choses : ce que tu as mangé, ton foie, je ne sais pas quoi, l'angoisse.

Pour l'école de Palo Alto, dans la théorie de la communication, le symptôme est une communication, puisque pour eux « tout comportement est une communication ». Vous le savez, on ne peut pas ne pas communiquer : essayez de ne rien communiquer à la personne de droite. Du coup, en lui tournant le dos par exemple, vous lui communiquerez que vous ne voulez pas lui parler. En avion, il y a souvent le passager voisin qui veut parler au moment où tu veux être tranquille : tu prends un livre, tu ne veux pas être impoli, tu veux être fin, bon gars, jusqu'à ce qu'il t'amène à devoir lui dire clairement : « J'aimerais un peu de silence SVP, j'ai des documents à lire, je vous remercie beaucoup ». Il t'en veut, te regarde de travers et te boude. Parfait, l'important étant qu'il ne te parle plus. C'est une communication et tout comportement sert à définir les relations dans un système.

Dans un système qui s'installe, on passe beaucoup de temps à définir la relation. Dans les premières rencontres, nous allons établir comment on va se regarder, allons-nous nous regarder, de quoi allons-nous parler, allons-nous parler de nos mondes intérieurs ou du monde extérieur, a-t-on le droit de ne pas être content et d'en parler ou

pas ? Bref, on va tout « régler » (réguler) cela dès le début. À telle enseigne que parfois des couples viennent consulter parce que Monsieur est alcoolique et elle dira : « Oui mais quand je l'ai connu il n'était pas alcoolique. C'est vrai, il n'avait pas le comportement de consommation, mais toute l'organisation était là, et, au fil du temps, la dynamique émerge et le comportement apparaît. Elle veut l'aider, mais quand il va bien, elle lui offre une bière... Je vous raconte une anecdote étonnante : une famille que j'avais reçue en co-thérapie avec une collègue parce que le jeune était délinquant. Le jeune adolescent a 14 ans, fait des vols par infraction, consomme de la bière, s'intéresse aux armes à feu, etc. Le père est offensé de cela. Toutefois, après plus d'un an de thérapie familiale, la famille entre en salle d'entrevue, et le père dit : « Nous avons fêté ses 15 ans : je l'ai invité à prendre une bière à la taverne, et je lui ai offert une carabine de calibre 22... » Qu'est-ce que l'on n'a pas compris ici ?

Le symptôme individuel est une façon indirecte de communiquer sans s'impliquer. Je ne sais pas comment le dire autrement, c'est ma meilleure façon de vous dire cela. L'enfant délinquant, dans mon expérience clinique, était mon meilleur co-thérapeute avec la famille parce qu'il parle, il parle beaucoup, malhabilement, mais il parle et dénonce, confronte. À cet égard, son frère déprimé me préoccupait davantage que le jeune délinquant.

Un symptôme, du point de vue systémique, est vu comme l'expression d'une crise de fonctionnement du système. C'est une alerte : « Youhou! Il y a quelque chose qui ne va pas ici ». Dès mes 15 ans, je me disais que je voulais aider des couples. Je n'appelais pas ça être thérapeute de couple. À cet âge, j'aurais désiré pouvoir dire : « Youhou! Est-ce qu'il y a quelqu'un qui va venir mettre de la lumière ici pour que l'on comprenne quelque chose de cet univers un peu fou ?

Donc, du point de vue systémique, le symptôme est une manifestation d'une crise de fonctionnement du système plutôt que l'expression d'un dysfonctionnement de l'individu porteur du symptôme. Mais, nuanceons un peu : oui, il existe des difficultés en santé mentale qui sont réelles, qui ne sont pas toutes dues à un système dysfonctionnel ou difficile, mais où il y a souvent des contributions au maintien du déséquilibre mental.

Il s'agit de définir et éventuellement recadrer le trouble comportemental considéré comme déviant, pathologique, perturbateur, dans une situation ou un contexte donné. Alors on peut se poser la question suivante : « À qui et à quoi ce symptôme est-il utile ? » Ceci m'amène à dire un mot sur la demande. La pire demande, à mon sens, c'est celle du couple qui demande à mieux communiquer entre eux. « Nous voulons mieux communiquer » disent-ils. À mes débuts, comme jeune psychothérapeute, je trouvais ça mignon : « C'est tu le *fun*, ils veulent mieux communiquer ». Non, c'est horrible, parce que après 4, 5 ou 6 entrevues émergeront des conflits latents, et là ils se considéreront soudainement guéris... Ils te laissent un message téléphonique du type : « Monsieur Lacroix, merci beaucoup, on est guéris et ça va beaucoup mieux ». C'est une demande difficile, mais cela m'a appris à tourner la demande à 180 degrés. Oui, le couple qui me dit on veut mieux communiquer, moi, dans ma tête, (Je ne leur dis évidemment pas, je ne veux pas qu'ils pensent que je suis bête), je me dis : « Ah! Il ne

faudrait surtout pas! C'est-à-dire que la question est plutôt de savoir ce qui fait que vous avez besoin d'apprendre à mieux communiquer, et ce qui fait que vous ne parvenez pas à mieux communiquer. On va regarder ce qui ne se passe pas avant d'introduire ce qui peut se passer. »

Lorsque des clients me demandent : « Qu'allons-nous faire ? », je réponds que nous commencerons par regarder comment vous ne le faites pas... Jorge Barudi, psychiatre chilien, avait connu les horreurs du régime Pinochet, et il a émigré en Belgique où il s'y occupait des enfants malmenés, abusés. Il avait écrit un livre qui s'appelait : *La douleur invisible de l'enfant*², où il élaborait une approche éco-systémique de la maltraitance. Il s'est occupé aussi des familles violentées par les systèmes étatiques ou organisationnels. Pour lui, un symptôme est un appel, un cri qui reflète le besoin d'être protégé, et il peut aussi être un désir de rébellion, une exigence de changement.

C'est une représentation symbolique d'un conflit ou d'un problème, et c'est donc un signal avec lequel un individu exprime un malaise. Le symptôme est utile et fonctionnel pour l'équilibre du système et de ses membres, même si c'est souffrant, même si c'est douloureux, c'est utile et important. Je pense que je vais vous raconter une autre petite expérience douloureuse de jeune professionnel. Une des premières familles que j'ai suivie était une famille très chaotique : neuf enfants, violence physique, abus physique, etc. Il n'y avait pas de consommation de drogue, mais beaucoup de délinquance chez les enfants. Lors d'une entrevue que je fais à domicile avec le couple, un conflit éclate, et la violence émerge, violence mutuelle. J'ai d'ailleurs « inventé » une nouvelle technique...

Bref, Monsieur travaillait pour un imprimeur à titre de livreur, et rapportait à la maison des tablettes de papier à dessiner pour les enfants de format 8½" par 11", et d'un pouce d'épaisseur. La dame s'est mise à lancer les tablettes d'un bout à l'autre de la table, sauf que celui qui est assis au milieu de la table, c'est moi ! Les tablettes me passent au nez, et Monsieur se lève et c'est un homme de stature imposante. Il se lève, il enlève son veston, et se prépare à la frapper. J'ai hurlé plus fort que leurs cris, ce qui les a saisis un moment. J'ai pris Monsieur par le bras, j'ai ouvert la porte-patio, je l'ai mis à la porte, et j'ai barré la porte lui disant : « Vous m'attendez ici! », et je dis à Madame : « Vous, madame, vous vous asseyez! ».

Je calme la dame et lui dit : « Est-ce que vous me promettez que, si je laisse entrer votre mari, vous ne lui lancerez pas de tablettes et que vous ne lui sauterez pas dessus ? » Elle me dit oui... Je fais donc entrer Monsieur. Ils sont plus calmes et je leur dis : « Pourquoi ne vous séparez-vous pas ? » Devinez ce qui est arrivé ? En-dedans de 60 secondes, j'étais à la rue...

Je retourne au bureau en me disant : « Mais qu'est-ce que c'est que ça ? Ils sont complètement fous ». Heureusement, j'avais un superviseur qui a su m'aider à réfléchir sur les systèmes destructeurs. Pour leurs raisons à eux, c'est important que les choses continuent ainsi, tant que nous ne comprenons pas à **quoi** ça sert, et à **qui** ça sert.

C'est un processus long, mais on finit par apprendre. Virginia Satir disait : « I am a slow learner, but educable ». Je me suis identifié à cela, ça me va...

En conclusion, de façon générale, le symptôme est considéré comme une communication qui signale un malaise, une difficulté de régulation, tant pour l'individu que pour le système dans lequel il se manifeste. C'est-à-dire que ce n'est pas juste cette personne en particulier qui est inconfortable, mais c'est cette personne-là qui le « dit » le plus fort et le plus haut : « Ici c'est inconfortable! Il doit se passer quelque chose pour que quelque chose se transforme. »

Bon, une vignette. On a tous un évier chez nous dans la cuisine. Oui.? Y en a-t-il qui n'ont pas ça ou ne connaissent pas ça ? Un évier, ça va ? Évier à deux sections, vous connaissez, oui? Un évier avec une petite section et grande section : vous avez ça ? Parfait. J'ai donc reçu un couple venu me consulter relativement à un problème d'intimité, de proximité affective. Pas un problème d'intimité sexuelle, mais intimité au sens large. Lui est un homme très rationnel, et elle est très émotive. On pourrait dire qu'elle est émotive pour deux, et lui rationnel pour deux, ce qui fait que le système est stable, que tout va très bien. Sauf qu'il fait froid dans la maison, il y a comme une froidure émotionnelle.

Pendant un entretien, ils sont devant moi et commencent à s'obstiner... Attendez, je vous pose la question, alors ayez vos propres réponses: « Où met-on la vaisselle sale ? Dans la petite section ou dans la grande section ? » Particulier comme question, non? Ce couple, donc, s'obstine pendant 10 minutes devant moi autour de cette question. Je regarde cela complètement médusé, sans voix, en me disant : « Je ne ferai rien avec ça. Qu'est-ce que tu veux que je fasse avec ça ? Où mettre la vaisselle ? Je ne vais quand même pas leur dire où la mettre. C'est clair que j'en gagne un et que j'en perds un ». Je suis donc là à me parler dans la tête en me disant : « Mais, c'est quoi ça ? Qu'est-ce qu'ils se racontent là ? Je ne comprends rien ». Puis, à un certain moment ça fait : « Ahhhhh!, et une petite lumière s'allume dans mon cerveau. Ah! Oui, c'est vrai, l'intimité est le thème de ce couple. Je leur dis alors : « C'est merveilleux : pendant que vous vous disputez autour de l'évier, vous n'abordez pas la question de l'intimité ou du manque d'intimité ». Du coup, ils ont cessé de parler de l'évier. Un symptôme-évier : faut le faire...

Une autre vignette, plus dramatique. C'est le phénomène de la porte tournante en psychiatrie. Il ne s'agit pas d'un cas que j'ai suivi personnellement, le suivi étant fait par un couple d'intervenants que j'ai supervisés en psychiatrie adulte. Il s'agit d'une équipe qui commence à faire des suivis de couple et de familles dans le cadre d'un projet, et des cas leur sont référés. Ils me présentent donc ce cas, une jeune femme de 35 ans qui a un petit garçon de 5 ou 6 ans, lequel ne vit pas avec elle : vous comprendrez pourquoi tantôt. C'est le père qui s'en occupe, car elle est en pleine régression.

Elle se comporte comme une petite fille de 2 ans et demie, 3 ans. C'est sa mère qui lui donne sa douche, c'est sa mère qui lui essuie les fesses quand elle va à la salle de bain, elle dort dans le lit de sa mère. J'écoute tout ça et je me dis : « Mais, il n'y a rien à

faire avec ça... C'est fou ça ». Sérieusement, je me parlais de la sorte dans ma tête, mais, évidemment, cela restait dans ma tête, sauf aujourd'hui... Je me dis : « Ça prend des pilules, ça n'a pas de bon sens », et puis je finis par me dire : « Mais, calme-toi et écoute... ». Je me suis mis à faire confiance aux réactions du groupe de supervision, à croire qu'il va se construire quelque chose, que quelque chose va émerger de tout cela.

J'écoute plus (et mieux), et, à un moment donné, les supervisés me parlent de cette mère qui vit chez ses parents qui ont 70 ans à l'époque et qui commencent à être fatigués. Alors, le truc, c'est que la jeune femme est hospitalisée, puis envoyée en appartement supervisé. Alors, la mère s'inquiète parce que ce n'est pas assez parfait selon elle, et sa fille n'est pas assez bien protégée. Elle va donc chercher sa fille, la ramène à la maison. À la maison, la jeune femme re-décompense, retourne à l'hôpital, puis l'appartement supervisé, puis retour à la maison, et ainsi de suite depuis une quinzaine de fois. Il faudrait donc trouver autre chose, et c'est pour cela que les médecins la réfèrent à l'équipe en thérapie systémique afin de tenter de briser ce cycle.

J'écoutais cela et, à un certain moment, je les invite à me parler davantage de la mère, et ils me racontent comment, pour cette mère, il est important d'être bonne mère tout le temps, qu'elle soit parfaite, etc. Je me suis mis à les encourager à décourager la mère de placer sa fille à l'hôpital, puisqu'elle était meilleure que l'hôpital.

Cela paraît fou (et j'oublie des données...) et cela peut sembler un peu « technique appliquée », mais il y avait beaucoup d'ingrédients qui faisaient que l'on pouvait reprendre cela dans le matériel qu'apportait la mère, la fille, etc. Les intervenants ont travaillé avec cela pendant des semaines et des semaines et, ultimement, la fille a fini par prendre du mieux et puis elle a décidé de quitter la maison définitivement. Ce qui a permis de rendre évident le fait que le mari battait la mère : il y avait de la violence dans le couple. Pendant que la fille était à la maison, il n'y avait pas de violence. Quand elle était à l'hôpital, le père battait la mère.

À terme, la fille a donc pris du mieux, elle a développé une relation amoureuse, s'est trouvé un appartement et un petit travail de vendeuse de sacs à main. Quant à la mère, elle aurait dit à son mari : « Toi, tu fais ce que tu veux, mais moi je m'en vais dans un établissement pour personnes âgées. Je me prends un petit appartement, seule ! Et puis nous n'avons plus entendu parler du cas... Ça me fait dire que plus le symptôme est sévère, plus les enjeux sont importants. Voilà pour la porte tournante.

Le concept d'**affiliation** a été développé par Salvador Minuchin, psychiatre d'origine argentine qui travaillait à Philadelphie avec les familles les plus défavorisées socio-économiquement. Il a donc, dans le milieu des années 70, développé le concept de « joining », d'affiliation. Je considère ce concept comme un peu précurseur au concept d'intersubjectivité : vous verrez pourquoi. Par le rituel de l'affiliation, le thérapeute est amené à se joindre, dans une certaine mesure, au mode d'organisation et au style de la famille. Il ne veut rien changer a priori : il s'assoit, et c'est comme s'il se disait : « C'est comment de vivre dans cette famille ? C'est comment d'être père dans

cette famille-là, c'est comment d'être mère dans cette famille-là, c'est comment d'être enfant dans cette famille ? », et il tente de s'identifier à chacune des personnes ainsi qu'à l'ensemble familial.

Dans le but de s'allier à la famille, le thérapeute s'appuie sur les aspects de sa personnalité qui sont syntones avec ceux de la famille. En résumé, l'affiliation consiste à construire une alliance thérapeutique avec chacun des membres du système humain rencontré par le psychothérapeute conjugal et familial. Si on pense à une famille qui consulterait pour faire placer un adolescent, il y a des chances que, lorsqu'on va les accueillir à la salle d'attente, l'adolescent soit méfiant, hostile, et que ça ne lui tente pas de nous dire « Bonjour », ça ne lui tente pas de nous donner la main. Or, si on lui en fait le reproche par une réaction du type : « Pourquoi tu ne me donnes pas la main ? », nous briserions alors les possibilités d'alliance faute d'affiliation adéquate. Il a ses raisons de ne pas être content, il a ses raisons d'avoir peur aussi. Par empathie, je sais que si mes parents m'avaient emmené chez un psy avec l'intention de me faire placer, je suis certain que je n'aurais pas aimé cela, et que j'aurais résisté à toute collaboration...

Voici une vignette clinique illustrant l'instauration d'une alliance thérapeutique en intervention contrainte. Il m'est arrivé, dans ma carrière, de faire des évaluations de compétences professionnelles pour des établissements. Évidemment, quand je rencontre la personne, elle est sous stress parce que, à la limite, c'est son emploi qui est en jeu. Dans cet exemple-ci, il s'agit d'une jeune professionnelle dont je dois évaluer les compétences professionnelles. Pour ce faire, il me faut 3 mois, avec rencontres hebdomadaires de trois heures. Elle me présente un dossier d'abus sexuel d'une jeune fille par son beau-père. L'intervenante me dit : « Je voudrais que ce monsieur rencontre Dr. Untel, psychiatre à l'Université de Montréal, pour faire de la désensibilisation sexuelle ». Je lui demande ce qu'elle fait de la mère dans cette histoire, et elle me répond : La mère n'a rien à voir dans tout cela ». « Ah bon » dis-je, mais comment comprenez-vous que, pour cette mère, c'est le troisième conjoint abuseur qui soit dans sa vie ? » Elle me répond : « Elle est mal tombée... »

J'avoue que, dans ma tête, je me suis dit : « Non, c'est toi qui est mal tombée... » Dans un tel cadre, je fais au moins une entrevue avec la personne, à titre d'observateur-participant. Or, dans ce cas-ci, l'intervenante organise une entrevue au centre d'accueil où elle a placé la jeune fille : je m'étais inscrit en faux face à cela, insistant plutôt pour que le beau-père soit retiré du milieu familial. Je vais donc au centre d'accueil : la mère et le beau-père sont là, la jeune fille, les deux éducateurs et l'intervenante. Ceux qui sont familiers avec les abuseurs vont sourire je crois, car l'intervenante voulait « vendre » l'idée au beau-père qu'il a un problème et qu'il devra rencontrer Dr. Untel à l'Université de Montréal.

Comme on s'en doute, le beau-père lui répond : « Je n'ai pas de problème avec ma sexualité », et il argumente, se défend, contre-attaque, etc. Sauf que tout cela dure et dure pendant plus d'une heure. Pour ma part, mon opinion est faite, et je veux simplement quitter, mais non sans dire quelque chose au beau-père. Tout d'abord, je savais que ce monsieur consommait de l'alcool (il n'était pas vraiment alcoolique, mais

appelons ça plutôt un ivrogne), c'est-à-dire qu'il prenait un verre de façon irrégulière, mais quand il le faisait, ça s'étalait sur plusieurs jours, tombant parfois dans un coma éthylique. Par la suite, il ne consommait rien pendant plusieurs semaines, puis recommençait.

J'ai donc cette information. Aussi, durant l'entretien, il dira : « Le passé, c'est le passé ! », et encore : « Le linge sale, ça se lave en famille ! ». L'intervenante ne fait rien avec cela, et cela m'agace un peu. Alors, j'interromps les échanges et je dis : « Excusez-moi, mais je dois quitter », et, m'adressant aux parents et à la jeune fille : « M'autorisez-vous à vous parler deux minutes ? » « Oui, oui ok, si tu veux » répond le beau-père. « Deux minutes et je vais m'en aller. Je voudrais juste vous partager quelque chose ». Ils me donnent leur accord.

Je m'adresse donc au beau-père et je lui dis : « Vous êtes vraiment mal pris vous, hein »? Il me dit : « Comment cela ? » et je l'interromps en lui disant : « Non, non, non, une minute, nous avons une entente : vous me donnez deux minutes et après cela vous faites ce que vous voulez ». « Ok vas-y » dit-il. « Donc, vous êtes mal pris à mon avis. Vous m'avez fait comprendre que votre passé est tellement douloureux qu'il est préférable de l'oublier et de ne pas en parler. Vous m'avez fait comprendre aussi que d'en parler ici, avec tout le monde présent, c'est terriblement humiliant pour vous et que vous aimeriez garder ces choses-là pour vous. C'est légitime, mais c'est là que votre difficulté commence, parce qu'une des façons que vous avez développée afin d'oublier tout cela, c'est de « virer des broses », et c'est lorsque vous « virez des broses » que vous abusez de votre belle-fille... Moi je pense que vous êtes mal pris. Si vous pensez que quelqu'un ici peut éventuellement vous aider à ce sujet, faites-lui signe. Je vous souhaite une bonne journée », et je suis parti. Je ne voulais même pas entendre la réponse.

Je ne sais pas ce qui est arrivé par la suite, mais je suis convaincu que cet homme ne pouvait plus jamais se définir de la même façon. Je ne sais pas ce qu'il en fera, comment il va composer, mais c'est comme si je lui avais dit « Moi, Dr. Untel, je m'en fous ». Je lui suggérais ainsi une piste différente pour tenter de s'occuper de ce qui fonctionne mal pour lui.

Une deuxième vignette rend compte d'une interruption de thérapie de couple due à un échec d'alliance thérapeutique. Elle s'appelle Louise et lui Gilles (Prénoms fictifs). Je les ai vus pendant à peu près un an, leur demande originale étant de les aider à se rapprocher. Ils sont ensemble depuis environ 8 ans, et se sont quittés à deux reprises. Chacun a vécu des liaisons extra-conjugales à l'occasion. Pour elle, l'idée de liaison est protectrice afin ne pas se perdre dans la relation amoureuse (fusion) et « pour que les choses ne deviennent pas ennuyeuses » dira-t-elle. Il y a ambivalence entre désir de fusionner et peur de fusionner.

Louise reproche à Gilles son manque d'écoute, son retrait, son opposition passive à tout ce qu'elle propose. Elle raconte, à l'aide de multiples exemples, toute sa frustration. Elle est vraiment très fougueuse. Je signale à Louise à plusieurs reprises que, lorsque

Gilles commence à parler, elle intervient et je lui demande ce qui la pousse à intervenir étant donné qu'elle désire qu'il parle davantage. À mon avis, elle ne veut surtout pas qu'il parle... Alors, elle va répondre qu'elle craint qu'il ne dise pas tout, ce à quoi je suggère que peut-être elle n'aimerait pas ce qu'elle entendrait : j'ai raté une occasion de me taire ! Elle rejette mes propos et me traite d'incompétent.

Louise demande à Gilles d'avantage de présence affective, de s'affirmer, de s'investir dans la relation, mais quand Gilles tente de le faire, elle le disqualifie, l'attaque, l'humilie, mais, tout de même, Gilles nomme peu à peu une dynamique où le rapprochement et l'intimité sont dangereux. Il commence à convenir que ça peut être dangereux. À un certain moment, Louise est fermée alors que Gilles tente de revisiter la semaine où ils ont envisagé la séparation. À nouveau, Louise laisse entendre qu'elle est trop ébranlée, angoissée pour parler de séparation et remets beaucoup de choses sur les épaules de Gilles selon moi. Cependant, mes interventions sont réfutées, je suis encore un imbécile (sic), un incompétent. Cela laisse peu de place à mes commentaires aussi, c'est-à-dire qu'elle me bloque constamment et elle souhaite terminer la thérapie disant que chacun avait un travail individuel à faire.

Je finis par convenir qu'il est préférable de mettre un terme aux séances, d'autant que je ne me sens pas autorisé à intervenir auprès de Louise. Puis, elle se ravise, et le couple demande à poursuivre la démarche pour parler calmement de la séparation. Durant la séance suivante, Louise manifeste beaucoup de blâmes envers Gilles et est en attente, à nouveau, qu'il parle de lui. Toutefois, elle l'interrompt beaucoup, le malmène, l'invective et m'interrompt aussi dans mes interventions. Là, je commence à m'énerver un peu intérieurement. Elle veut une réponse claire quant à savoir s'il veut avoir un enfant avec elle alors que qu'il a déjà préalablement établi avec certitude qu'il n'en veut pas.

Après un épisode où elle a eu une liaison avec un homme, elle rentre en entrevue et se montre très hostile. Dans la salle d'attente, Gilles s'est intéressé à un article d'une revue où il est question d'une femme exerçant le même métier que lui et elle est convaincue qu'il voudra s'organiser pour la rencontrer. Elle quitte la salle d'entrevue, retourne dans la salle d'attente et déchire en mille pièces la revue en question. Son conjoint intervient, la suit en disant : « Woh! Woh! Woh! ça ne t'appartient pas, ce n'est pas à toi ! », et elle hurle : « C'est public ici ». Là je dis : « Ca suffit ! Ce n'est pas un lieu public ici, c'est mon bureau, c'est ma revue, vous n'avez pas le droit de détruire mes choses ». Elle m'invective de bêtises et je maintiens : « Vous ne pouvez pas détruire les choses dans mon bureau ! »

Avant la séance suivante, j'entends Louise disputer Gilles dans la salle d'attente, l'enjeu étant leur voyage dans la famille de Louise. Ça se poursuit en séance et je finis par intervenir à l'effet que les choses tournent en rond depuis une année, qu'ils se disent les mêmes choses et que Louise a très peur que Gilles ne mette un terme à leur relation et elle n'a pas envie d'entendre parler de séparation.

Elle repousse mes interventions à nouveau, les qualifiant d'inappropriées, et me disant que je devrais me contenter d'être à l'écoute, que je fais mal mon travail, que je devrais être là uniquement pour les écouter pendant qu'elle m'invective de bêtises. Dans ma tête je me dis : « Non ! ». Alors, je conclus en disant que je ne vois pas de raisons de poursuivre les séances si je suis confiné au rôle d'observateur de comportements destructeurs et donc impuissant, « castré » comme le conjoint. Ma décision la met hors d'elle et elle quitte le bureau en claquant la porte, remonte l'escalier de mon bureau avec grand bruit. Fin de l'épisode et de la thérapie. Ces situations sont douloureuses, mais en même temps, je pense qu'il n'y avait plus rien à faire, ou, en tout cas, j'avais atteint mes limites : c'était assez !

Bon ! Abordons maintenant la question de l'**autoréférence et de la résonance**. L'autoréférence est la propriété pour un énoncé de ne se référer qu'à lui-même ou à celui qui l'émet. Toute tentative de décrire le monde comme si on pouvait le voir à un niveau fondamental où il existe en dehors de nous, engendre des paradoxes. On ne peut pas décrire un monde duquel on est absent. Ainsi, les paradoxes ne proviennent pas du caractère autoréférencier obligé de tout discours, de toute théorie. C'est quand le discours ou la théorie sont produits comme s'ils étaient non autoréférenciers qu'ils apparaissent.

Considérons le paradoxe d'Épiménide, le Crétois. Vous connaissez ? Épiménide dit : « Tous les crétois sont menteurs ». Ceci constitue un paradoxe qui provient du fait qu'Épiménide décrit une réalité à laquelle il appartient, mais il la décrit comme si elle était extérieure à lui, comme s'il n'était pas un crétois. Alors, quand est-ce qu'il dit la vérité ? On ne sait pas... En résumé, voilà l'autoréférence.

Nous, systémiciens, croyons que les motivations et attentes du thérapeute ne sont ni neutres, ni d'ordre générique, mais se caractérisent par l'autoréférencialité, et la façon d'arriver à cela, c'est par la résonance, c'est-à-dire comment le thérapeute éprouve ou pense un certain nombre de choses.

Ce que le thérapeute ressent renvoie non seulement à son histoire personnelle, mais aussi au système d'où ce sentiment émerge. Le sens et la fonction de ce vécu deviennent des outils d'analyse et d'intervention au service même du système thérapeutique. Il s'agit ici de la cybernétique de deuxième ordre. Mony Elkaim a écrit une belle phrase à ce sujet : « Une psychothérapie réussie ne signifie pas que le thérapeute a raison, mais que la construction qu'il a édifiée avec les membres du système thérapeutique est opératoire et fonctionnelle pour les clients ». Quant à la question du contre-transfert, vous savez tous ce que c'est je pense, et je ne ferai pas un long discours là-dessus : je résumerai cela par cette phrase géniale d'Inge Missmahl, analyste jungienne : « Because you have felt me, I can feel myself again ».

Mais quelles sont les similitudes et les différences entre l'autoréférence et le contre-transfert ?

Les similitudes :

Selon Saint-Pierre et al³, « ... il est en effet possible de concevoir l'autoréférence comme un processus pouvant couvrir plusieurs niveaux de prise de conscience réflexive ainsi que diverses fonctions » (Page 9).

- Fonction de défense : possibilité que des éléments propres au clinicien envahissent l'espace thérapeutique
- Fonction interprétative : L'expérience contre-transférentielle permet la mise à jour d'informations sur la dynamique du patient, sur son degré de régression, sur son expérience inconsciente et sur la situation thérapeutique... De façon similaire, ce qu'éprouve le thérapeute systémicien en situation de psychothérapie peut être en partie considéré comme quelque chose que la famille lui fait vivre. « Ainsi, que l'on parle de réactions contre-transférentielles ou auto-référentielles, l'expérience subjective du thérapeute contient d'importants indices sur l'expérience de l'autre » Page 10.
- Fonction modulatrice : « Les notions d'autoréférence et de contre-transfert nous amènent à reconnaître que la famille ou le patient ont une influence sur le thérapeute. Cette influence est réciproque puisque la relation thérapeutique est envisagée comme un processus d'influence mutuelle et d'inter-stimulation... » Page 11.

Les différences :

Dans le cadre de l'approche analytique, l'analyse du contre-transfert permet l'analyse de la névrose de transfert du patient, favorisant la résolution de ses conflits intrapsychiques. Ça renvoie donc à la structure et la dynamique propre au patient, à une personne.

Plutôt que sur la structure propre aux individus ou même propre à sa famille, c'est sur la qualité émergente de la séance que l'autoréférence permet de travailler, alors qu'elle permet d'identifier le thème commun activé. On est davantage dans quelque chose de l'ordre du système avec la question de la résonance. C'est une différence importante et, en systémique, en tout cas dans *ma* systémique, j'essaie de travailler sur ces deux niveaux, ce qui est fort complexe, ce qui est fort exigeant, ce qui est parfois essoufflant et ça ne se passe pas toujours en séance comme on le souhaiterait. Ce peut être quatre heures après une séance que tu te dis : « Mince, c'était ça ! ».

Par ailleurs, à propos du concept de **co-construction**, Mony Elkaïm⁴ a écrit :

« Ce que le thérapeute vit ne me semble ni causé par son environnement, ni réductible à une production exclusive de son monde intérieur, mais plutôt déclenché en lui dans un contexte particulier de systèmes en intersection. Ce qui s'amplifie chez le thérapeute a un sens et une fonction non seulement par rapport à son histoire propre mais aussi par rapport au système thérapeutique dont il est membre. A partir de ce moment, ce que ressent le thérapeute devient l'indication d'un pont spécifique entre lui et son patient, entre lui et la famille qu'il voit. »

Il ajoute qu' « Il est en effet essentiel que le thérapeute, après avoir analysé le lien entre sa construction et la fonction de celle-ci par rapport à son histoire propre, s'en serve comme d'un indice pour en vérifier l'utilité pour la famille. A partir de ce moment, l'enjeu de cette partie de la thérapie peut lui paraître plus clairement. » Les ponts co-construits renvoient aux différents processus en jeu à des moments successifs de l'histoire du système thérapeutique.

Quant à la question de l'impuissance, j'endosse sans problème les propos apportés par Lyne et Gilles hier. Je veux juste ajouter que dans les années 80, j'avais lu une étude qui concluait qu'en thérapie familiale et conjugale, il y avait un taux d'échec de 50 % après 5-6 séances. Je me suis dit que c'était beaucoup, bien que, dans ma pratique, le taux d'abandons était similaire, sauf que moi, je n'appelle pas cela des échecs. En effet, ça prend en général 5-6 séances en famille, et même en couple, pour commencer à toucher des enjeux autres que le symptôme présenté, et lorsqu'on touche ces enjeux, plusieurs personnes détestent cela : c'est comme si on agitait le mobile, et les clients détestent cela. Souvent il y a des abandons à ce moment malheureusement : cela ne constitue pas un échec pour autant...

Voici une vignette clinique illustrant mon impuissance en tant que thérapeute : un juge et deux avocats ne savent plus où donner de la tête et l'impuissance du thérapeute. Un avocat me laisse un message, et je le rappelle. Il me dit : « Nous voudrions vous référer un couple », et je dis : « Nous, c'est qui ça ? » Il me répond qu'il s'agit de lui, d'un autre avocat et d'un juge. Il me raconte qu'ils sont devant le troisième juge à propos de la garde du fils du couple. Un premier juge a donné la garde à la mère, et le père a contesté le jugement, et obtient la garde lors d'un deuxième jugement. La mère n'est pas contente, et le troisième juge est là, ne sachant comment résoudre cette situation apparemment sans fin. Il me demande donc si je peux rencontrer le couple. Je lui explique que je ne fais pas d'expertises, ce sur quoi il me dit que non, qu'ils ont des dizaines d'expertises déjà. Il me propose de les rencontrer pour voir s'il y a un moyen autre que le tribunal de se sortir de cette impasse.

J'accepte donc, et le couple se présente en entrevue. Je les accueille, et Monsieur entre avec une grosse mallette rectangulaire. Ils s'assoient et il ouvre sa mallette, et il s'attend à ce que j'écoute des cassettes audio et que je lise des expertises, ce que je refuse, leur expliquant que ce que je veux entendre c'est ce qu'ils viennent faire à mon bureau. « Vos avocats et le juge vous envoient à moi, et ça c'est leur demande, mais la vôtre c'est quoi ? Vous attendez quoi en vous présentant ici ? » Ils commencent alors à s'engueuler, à s'invectiver, à se blâmer, à s'accuser, et tout cela en criant. J'essaie d'intervenir, je veux que ça se calme un peu parce que je veux comprendre quelque chose, mais, vraiment, pas moyen. Je suis même allé m'asseoir entre les deux physiquement, et à faire des signaux d'interruption avec mes mains. Ils m'ignoraient, s'engueulaient, s'invectivaient...

Au bout de 10 minutes de tentatives je me suis dit « tant pis », et je m'assois et je ne fais rien, sauf écouter et regarder ce triste spectacle. Cela dure toute la séance comme ça. Je n'en revenais pas, je me disais « Mais, on est dans quoi ? » Sentiment de totale

impuissance... À la fin de la séance, je leur dis : « Désolé, mais le temps est écoulé, nous devons nous arrêter. Cependant, je ne sais toujours pas ce que vous êtes venus faire ici, mais visiblement il semble que vous ayez besoin de vous faire la guerre. Si ça vous intéresse, la semaine prochaine même jour, même heure, je suis disponible : je vous laisse 24 heures pour me confirmer cela ». Ils confirment, et la semaine d'après, les invectives reprennent, j'essaie de me mettre dans le milieu, je fais des barrages gestuels, je parle fort, mais en vain. Je leur dis, au terme de la deuxième séance : « Visiblement, je ne sais toujours pas ce que vous venez faire ici, mais visiblement vous avez besoin de faire la guerre bien que je ne comprenne pas pourquoi. Si vous êtes intéressés, je suis encore disponible la semaine prochaine ». Et ils sont revenus...

Je ne comprenais rien à leur façon de faire, bien que je me disais que s'ils reviennent, c'est qu'il se passe quelque chose pour eux, mais cela m'échappait. La troisième séance a été identique aux deux premières. Ce n'est qu'à la quatrième séance que les choses sont différentes : ils s'assoient, un peu plus calmes qu'à l'habitude, et la dame me regarde et me demande : « Pensez-vous que le passé a de l'influence sur le présent ? » Répondre à cette question était impensable, mais je lui dis : « Vous, visiblement, vous semblez le penser », et elle me raconte alors son histoire de vie : alors là, j'écoutais cette histoire en me demandant comment il se faisait qu'elle ne soit pas franchement psychotique ? Comment il se fait qu'elle n'a tué personne ? Elle fait la narration d'abus sexuels, d'abus physiques, de consommation, etc. : ce que nous appelions à l'époque « familles à problèmes multiples ». Un enfer.

À un moment, son conjoint intervient et en rajoute à propos de sa famille à elle, émettant des commentaires désobligeants, ce qui enflamme Madame qui dira : « Et toi, quand tu as posé une arme à feu sur le front de ta mère espèce d'écœurant ? ». Je me suis dit alors que c'était énorme, et j'en étais un peu estomaqué, mais j'ai pu leur dire : « En tout cas, vous m'avez aidé beaucoup aujourd'hui, je comprends un peu mieux pourquoi vous avez besoin de faire la guerre maintenant. Votre expérience de vie dans l'intimité a tellement été destructrice que vous vous êtes convaincus que l'autre ne peut que vous tuer, et la meilleure défensive c'est l'attaque. Donc, vous allez vous tirer à bout portant l'un l'autre, tant et aussi longtemps que l'un de vous ne sera pas au sol, mais pendant ce temps, c'est votre fils qui en fait les frais ». Silence...

Ils ne sont plus revenus, je ne les ai pas revus. Je ne sais pas ce qui s'est produit au tribunal, je n'en ai jamais entendu parler, mais je suis convaincu qu'ils ne pourront plus jamais se définir de la même façon, bien qu'à la fin de cette séance, Madame rajoute : « Oui, mais moi je suis allée en thérapie pendant 3 ans, pas lui », et je lui réponds : « Voilà comment vous poursuivez la guerre avec lui ».

Voilà, j'espère que cela a été un peu éclairant quant à la vision systémique.

Mot de la fin (Conrad Lecomte)

« Alors, vous avez matière à considérer toutes sortes de situations complexes avec cela, familiales et de couple. Nous allons va revenir quand même à notre agenda de vos pensées sur : comment, dans l'approche que vient de nous décrire Jean-Luc,

l'importance de la relation, c'est quoi la place de la relation, comme il l'a définie, sur les ruptures : comment c'est vu, comment c'est réparé. Les 5 questions que vous avez en mains, discutez-en une dizaine de minutes et on va aller en pause-café. Bonne discussion. »



Les aléas de la relation en psychothérapie psychanalytique

Présentation d'André Renaud par Conrad Lecomte



La prochaine conférence nous fera passer du monde de Jean-Luc Lacroix avec l'approche systémique à un autre univers. Vous devrez vous créer une disponibilité pour entrer dans l'univers psychodynamique avec André Renaud et Monique Brillon. On commence avec André. Il sollicitera l'espace créé en vous présentant sa réflexion sur son approche. On dit parfois à propos d'une personne, cette personne-là c'est une vraie institution. Je pense que c'est ce que l'on peut dire d'André. Je ne sais pas si vous êtes d'accord avec moi, c'est une institution personnelle à lui seul. Ce qualificatif lui va bien. Je le connais depuis très longtemps, peut-être quarante ans.

Il a animé des ateliers de formation un peu partout : Québec, Montréal, Gatineau, Sherbrooke, Chicoutimi, Gaspé, etc. Ces milieux sont proches, mais tellement loin à la fois en termes d'univers de pratique. Il a été de tous les combats, dans le développement et dans les tentatives pour faire progresser la psychothérapie au Québec, et il l'est encore quand il s'agit de réfléchir à la place de la relation dans la psychothérapie. Il est prêt, toujours prêt à contribuer, malgré son jeune âge, toujours prêt à être là. Pendant toutes ces années à le côtoyer, soit comme professeur, soit comme directeur de l'École de psychologie à l'Université Laval, soit comme psychologue, comme psychanalyste, comme formateur et superviseur. André a su demeurer André dans tout ce qu'il a fait, dans toute son authenticité. On le reconnaît. Il a sa marque distinctive, c'est André, André Renaud. C'est comme cela que je vous le présente. Ça fait sa richesse et sa singularité. Bon voyage avec André.

Conférence d'André Renaud

Merci Conrad, notre côtoiement réciproque fut aussi un plaisir pour moi. Merci aussi au Regroupement d'avoir organisé cette rencontre. C'est une rencontre historique parce qu'elle réunit sur une même tribune des personnes connues pour leur contribution à la formation à la pratique de la psychothérapie, des représentants des grands courants psychothérapeutiques, des gens qui se connaissent et se respectent dans leurs différences et leurs ressemblances. Cette rencontre devrait entrer dans l'histoire de la psychothérapie à Québec et au Québec. Différentes approches psychothérapeutiques présentées, confrontées dans le respect et le désir de toujours mieux comprendre.

Je vais m'en tenir à mon texte parce que je dois présenter en 50 minutes, comme ceux et celles qui m'ont précédé, ce qui nécessiterait plusieurs heures, et je me méfie de

ma tendance aux digressions. J'ai choisi d'expliquer deux idées et si c'est deux idées-là passent bien, j'aurai accompli ma tâche de vous présenter l'approche psychanalytique.

Il y a quelques années, Monique, ma collègue et amie de longue date, et moi avons offert un atelier sur l'écoute émotionnelle. L'idée principale était de discuter l'importance de l'écoute émotionnelle pour être dans une relation authentiquement humaine avec l'autre. Cet atelier sur l'écoute émotionnelle était une sorte d'aboutissement de plusieurs ateliers précédents portant sur diverses dimensions de la pratique psychodynamique. Je vais donc parler de la relation émotionnelle entre le psychothérapeute et le patient et de la relation transférentielle d'un point de vue psychanalytique. Je devrais aussi aborder la relation contre-transférentielle, mais je n'en aurai malheureusement pas le temps.

Deux « êtres en relation », deux êtres humains ensemble dans une séance de psychothérapie, affirmant du coup que l'élément principal de cette situation est la relation. En effet, ce n'est ni la théorie, ni la méthode qui font la psychothérapie, mais la relation qui se développe entre deux protagonistes. Deux personnes en relation, pas tout à fait dans la même posture. Une personne est en difficulté, voire souffrante et demande de l'aide, l'autre, peut être aussi et encore souffrante à sa manière, offre humblement son aide, sa présence, son écoute, sans être vraiment certaine d'être utile et efficace, mais sincèrement et authentiquement présente et disposée à vraiment accompagner l'autre dans un processus réflexif.

L'outil de travail est la relation interpersonnelle, tant en termes de cheminement vers une certaine vérité de chacun des deux protagonistes qu'en termes de soins psychologiques. Ce cheminement réflexif devrait normalement aider la personne à être de plus en plus elle-même, franche avec elle-même, vivre de plus en plus selon sa vérité, gagner une paix intérieure, ne plus se laisser déborder aussi facilement par les conflits et les émotions, bref, accéder à une certaine sérénité. Voilà la visée du processus psychanalytique, parce qu'il s'agit bien d'un processus.

Une fois ce processus activé, la personne devient davantage en harmonie avec elle-même, parvient à mieux s'épanouir, se réaliser et à surmonter les aléas de la vie, résoudre les difficultés et les problèmes tout en restant relativement calme, sereine, équilibrée et heureuse. C'est la visée thérapeutique implicite de la psychanalyse, visée jamais pleinement atteinte, comme dans toute approche thérapeutique.

Johann Wolfgang von Goethe (1749-1842), poète, romancier, dramaturge, théoricien de l'art, philosophe et homme d'État allemand, a écrit une grande vérité : « Parler est un besoin, écouter est un art. »

Pour que cette relation parvienne à réaliser le cheminement visé et l'état de sérénité souhaité, plusieurs embûches sont à surmonter. Une condition préalable à la qualité de cette relation, du côté du psychothérapeute, est sa qualité d'écoute, sa disponibilité intérieure. Cette condition, propre à toutes les approches psychothérapeutiques, implique une capacité de contenance plutôt qu'une réactivité sensible, une capacité de tout entendre avec calme. C'est là LA difficulté, peu importe la méthode. Offrir une écoute

vraie, empathique et contenir, le temps nécessaire, les réactions personnelles, pour que celles-ci servent au mieux le maintien de la qualité et de l'approfondissement de la relation et de la compréhension, plutôt que de céder à quelque passage à l'acte de la part du psychothérapeute. La compréhension par « insight » n'est pas si fréquente qu'on le souhaiterait. La compréhension a besoin de temps. Réagir au quart de tour ne permet pas la réflexion, intervenir brise plus souvent l'élaboration de la pensée, le cours du discours du patient.

Du côté patient, les conditions préalables sont une présence active et confiante, une sincérité, une franchise et une honnêteté. Bien sûr que ces préalables, présents dans toutes les approches, connaissent des ratés tout au long du processus, souvent à l'insu de la personne et aussi, parfois, du psychothérapeute.

Deux êtres en relation psychothérapique, l'un est invité à se raconter, l'autre écoute, avec toute sa sensibilité, le vécu exprimé dans toute sa subjectivité. Écouter sans autre préoccupation que d'entendre avec empathie ce qui est raconté, entendre et comprendre émotionnellement l'expérience subjective de l'autre. Les questions diagnostiques, du cadre de travail, des paramètres spécifiques du cadre seront réfléchies, pensées après avoir vraiment écouté, après la séance, pas durant la séance, et notre réflexion sera rapportée à une prochaine séance au moment de livrer notre compréhension des difficultés qui amènent la personne à chercher de l'aide.

Une écoute authentique, sincère, franche, vraie favorise une relation honnête, courageuse et franche entre les protagonistes. Une entrevue de psychothérapie est toujours fondamentalement et immanquablement une rencontre entre deux personnes, une réunion de deux êtres humains, de deux êtres vivants, chacun avec son histoire propre, ses sensibilités, ses susceptibilités, ses drames, ses malheurs, ses bonheurs, ses bons coups, ses mauvais coups, bref, deux histoires de vie se font écho plus ou moins fidèlement.

Le but premier de la rencontre est de laisser surgir un sens à partir de ce qui est dit d'une part et entendu de l'autre part. Faire plus de sens avec le vécu raconté, faire parfois un sens autre, différent, nouveau qui parfois fait dire au patient : « Je n'avais jamais envisagé ça de cette façon ! » Cette construction de sens s'opère à l'insu de toute attention sélective et vigilante.

La tâche serait aisée s'il ne s'agissait que d'appliquer les règles, les techniques prescrites par la méthode utilisée. Ce serait malheureusement faire fi de tout ce qui dans la pensée de l'être humain contribue ou nuit à cette construction, faire fi de tout ce qui interfère et influence la pensée, la compréhension, faire fi de tout ce qui résiste à cette construction de sens ou la biaise, autant chez le psychothérapeute que chez le patient.

Cette quête d'une vérité enfouie peut maintenant ressortir et faire enfin sens, donner un autre sens au vécu, permettre à la personne d'être en possession de ses forces, de ses potentialités pour se réaliser, s'épanouir et éventuellement résoudre ses difficultés actuelles, d'être enfin dépouillée des expériences passées qui alourdissent le présent au

point que le Moi ne parvient plus à composer avec le quotidien et s'épuise inutilement par le biais de défenses, de résistances et de contraintes de toutes sortes.

Il y a souvent un fossé entre les prescriptions techniques et les observations faites en clinique, entre ce que l'on attend du psychothérapeute comme de son patient et ce que l'on observe dans la pratique. Si les prescriptions semblent imposer des tâches relativement simples, les mécanismes qui contribuent au dévoilement du sens se révèlent d'une grande complexité et donnent matière à de nombreuses théories.

L'expérience psychothérapique n'est pas une entreprise scientifique, mais une expérience humaine, une rencontre profonde et soutenue de deux personnes. Le processus n'est pas moins rigoureux pour autant.

Avec chaque patient, tout psychanalyste refait à SA manière la découverte de l'inconscient et l'entreprise varie selon chacune des personnes reçues.

Ce n'est qu'après avoir vraiment écouté, entendu avec tout notre être, tout notre corps, tout notre monde interne, que notre propre élaboration psychique tente de comprendre et de se traduire en un langage clair, d'abord pour nous-mêmes. Encore faut-il s'en donner le temps. Les théories et les méthodes sont des assistants qui nous permettent de développer une compréhension plus profonde, plus intelligible, plus secondarisée, elles nous permettent d'élargir la saisie de la situation exposée, de la reformuler et de l'exprimer plus clairement. Éventuellement, ce qui a été écouté, senti, compris, est rendu à l'autre le temps venu, au moment où l'autre est disponible à l'entendre. Si la personne a pris la peine de prendre un rendez-vous avec nous et si elle maintient sa présence et sa participation aux séances, c'est pour se faire entendre et parvenir, éventuellement, à s'entendre enfin elle-même, plutôt qu'en écho, même si parfois l'écho peut se révéler indispensable.

L'écoute essaie de tout entendre avec la même importance, sans être à la recherche d'une signification plus qu'une autre. Cette écoute tente de tout entendre, entendre même ce qui n'est pas explicitement dit, ce qui est dit à mi-mots, ce qui s'entend entre les lignes, dans le ton de la voix, dans la rapidité ou la lenteur du débit verbal. On entend ce qui n'est pas dit explicitement, mais exprimé dans la gestuelle, la posture, le vêtement, la coiffure, le maquillage, etc.

L'écoute s'intéresse à tout ce qu'exprime le corps dans son entier. L'écoute s'active autant du regard que de l'oreille, avec tous les sens et toute la sensibilité du psychothérapeute. L'écoute s'intéresse au choix des mots, à l'effort ou l'absence d'effort à bien se faire entendre et à bien se faire comprendre ou, au contraire, au désintérêt d'être bien compris. Il y a harmonie ou dysharmonie entre le contenu du discours, l'émotion qui l'accompagne et l'expression corporelle qui ne ment pas ou plus difficilement que le verbal.

À notre insu, le cerveau perçoit, traduit et réagit à tous les signes manifestés et transmet une quantité inouïe d'informations, de messages de part et d'autre, à une plus grande vitesse que notre pensée réflexive, il est difficile à suivre, mais notre cœur, notre

monde interne communique presque instantanément ce qu'il éprouve, encore faut-il l'écouter.

Bref, en psychanalyse, l'écoute vraie et authentique suppose « l'attention flottante » de l'analyste, c'est sa règle fondamentale, alors que pour le patient, la règle fondamentale est « l'association libre ».

Vignette clinique

Je reçois en quatrième entretien préliminaire un homme au début de la quarantaine qui semble assez peu adapté à son milieu. À ce quatrième entretien, dès le début de la séance, il raconte avoir eu une dispute avec sa copine hier soir et l'avoir frappée à deux reprises pour la faire taire et déclarait d'un air satisfait : « A s'est farmée ! », avec l'esquisse d'un sourire aux lèvres et me regardant en coin comme s'il surveillait ma réaction. En même temps, tout son corps était détendu, confortablement allongé dans le fauteuil. Il n'y avait pas congruence entre le contenu dramatique raconté, son intonation triomphante, une expression faciale de suffisance et de satisfaction d'avoir fait peur, d'avoir écrasé l'autre. Moi, je me sentais agacé, inconfortable, tendu, avec une pointe d'agressivité, l'envie de le frapper en mots faute de pouvoir le frapper physiquement parce qu'en même temps j'avais peur de ce géant de plus de deux mètres. J'étais conscient de l'identification projective en jeu. Je me sentais comme lui aurait dû se sentir, c'est-à-dire tendu, craintif sur la défensive alors que lui semblait tout à fait confortable et détendu.

Établir et maintenir une relation avec l'autre, suppose une capacité de contenir ce qui irrite, fatigue, dérange. La souffrance de l'autre plus ou moins explicite et les défenses mobilisées contre celles-ci incitent parfois le psychothérapeute à dire ou faire quelque chose pour adoucir, apaiser par compassion et, même si cette compassion est sincère, authentique, elle souligne l'intolérance, le malaise activé chez le psychothérapeute par la souffrance de son vis-à-vis et signifie sa limite d'écoute. Les deux protagonistes ne sont plus sur la même longueur d'onde et se retrouvent tous deux dans l'inconfort.

Je ne veux pas vous laisser l'impression qu'il faille posséder un don spécial pour pouvoir écouter l'autre pour lui-même. On peut apprendre à écouter. Cette écoute exige un travail de tous les instants, un effort soutenu pour éloigner toutes les interférences qui brouillent sans cesse notre écoute. Lorsque nous avons déjà été écoutés et entendus, compris dans une démarche personnelle, nous parvenons plus facilement à cette écoute et nous trouvons plus fréquemment « les mots qui touchent », pour communiquer avec l'autre et, éventuellement, être thérapeutique. Avoir visité notre propre inconscient, avoir fait le ménage dans notre monde interne permet de mieux tout entendre, d'être moins dépourvu, moins angoissé par le pénible, le souffrant, le dérangeant dans le discours de l'autre.

Le transfert

Je viens de parler des notions de transfert et de contre-transfert dans des mots qui ne sont pas particulièrement psychanalytiques, mais utilisés par presque toutes les approches relationnelles à propos des mêmes phénomènes. La psychanalyse a exploré et exploité les termes de transfert et de contre-transfert perçus comme deux phénomènes relationnels indissociables et inhérents à toutes relations interpersonnelles. En psychanalyse et en psychothérapie psychanalytique, ces deux phénomènes deviennent des instruments de travail.

Le transfert est un système de résistances qui permet à la personne d'éviter l'éprouvé de sentiments d'amour œdipien et incestueux, de haines meurtrières qui ont jadis terrifié l'enfant. Ces émois ont été refoulés, déplacés vers d'autres objets que les figures parentales, ou y sont restés plus ou moins rigidement fixés ou clivés. Ces affects sont réactivés dans la relation psychothérapique et déplacés, projetés sur le psychothérapeute. Voici un exemple d'émois terrifiants pour un enfant.

Un patient à la mi-cinquantaine consulte parce qu'incapable de relation amoureuse stable. Il est dans le monde de l'enseignement et trouve rassurant que je le sois aussi. Il raconte à sa première séance d'analyse, après les quelques séances préliminaires, un cauchemar répétitif de son enfance et adolescence. Dans ce cauchemar, il a enterré/caché son père décédé dans le sous-sol de la maison. Il en ressent une vive culpabilité comme si le cauchemar révélait une réalité. Ce patient a toujours préféré les appartements situés en hauteur et est incapable de descendre ranger des objets au sous-sol dans le cagibi lié à son appartement. Ce même patient, quelques semaines plus tard, raconte un autre cauchemar dans lequel il est couché sur sa mère et ses yeux pénètrent profondément le regard de sa mère. Il se réveille effrayé et a peine à se rendormir. Dans la réalité, il est dans la jeune trentaine lorsque son père décède et raconte être resté froid et indifférent devant la dépouille de son père. Sa mère décède une dizaine d'années plus tard. L'évènement n'a provoqué aucune réaction chez lui. Trois semaines plus tard, il est hospitalisé d'urgence et l'urgentologue qui le reçoit pense à un infarctus. Après examen, le médecin conclut à un choc vagal sévère. Pendant des mois, il se soumet à une diète sévère. Il consulte une première fois en psychiatrie parce qu'il craint faire un infarctus en pleine salle de cours. Le psychiatre lui demande si un évènement important est survenu dans la dernière année. Il rapporte le décès de sa mère quelques mois plus tôt et son absence de réaction et son hospitalisation. Le psychiatre lui interprète sa réaction somatique comme un substitut de sa peine à la mort de sa mère.

On devine combien la rivalité avec son père et l'affection pour sa mère l'ont énormément effrayé. On comprend également ce que la réassurance qu'il éprouvait du fait que j'étais aussi un professeur, « une sorte de collègue », constituait. Un contre-investissement de son ressentiment face à l'imgo parentale.

Différentes approches du transfert existent, mais l'essentiel est de constater que des affects sont sans cesse déplacés, transférés d'une relation à une autre. Ces éléments se nouent et se dénouent dans toute relation psychothérapique, éléments auxquels le

psychothérapeute relationnel porte une attention particulière, qu'elles que soient ses références théoriques.

Étymologiquement, « trans ferre » signifie « porter au-delà », « faire passer d'un lieu à un autre ». Le transfert permet de regarder la même chose d'un point de vue différent. Ce qui se vit avec le psychothérapeute n'est pas l'exacte reproduction de ce qui se vivait avec les parents et, surtout, la réponse relationnelle du psychothérapeute n'est pas du tout la même que celle des parents d'autrefois. Quelque chose de la problématique est alors transportée au-delà du passé. Le vécu ancien encore actif dans le présent peut ainsi se renouveler, se déporter et se transformer. Le transfert induit ainsi un mouvement dans ce qui était figé et qui pourrissait le « bien-être » de la personne.

Comme l'écrit Gantheret, le transfert devient ainsi « l'organisateur inconscient de la situation analytique » et constitue un mouvement, un déplacement de l'investissement pulsionnel d'une imago vers le psychothérapeute. Cournut écrit que ces déplacements expriment une tendance compulsive naturelle de l'être humain à répéter les expériences du « passé sexuel infantile et traumatique ».

Selon Florence Guignard, le transfert met en mouvement des représentations et des affects issus de l'organisation fantasmatique inconsciente de l'histoire infantile significativement investies, autant d'amour comme de haine, – tant internes, qu'externes – qui se rejouent dans la relation au psychothérapeute.

Pour Bokanowski, le transfert est donc ce terme générique, qui désigne, condense et rassemble différentes variations d'un processus permettant de voir à l'œuvre les désirs inconscients du passé du patient, faute d'avoir été élaborés psychiquement et harmonieusement intégrés à l'organisation interne du Moi. Ces désirs sont maintenant déportés sur la personne du psychothérapeute. De ce fait, on voit parfois, dans une même séance ou dans une série de séances, se manifester différents types de transferts, dont les expressions et les tonalités sont d'autant plus variables qu'elles sont fonction des mouvements intrapsychiques et inter-psychiques mobilisés dans et par le transfert. Je réfère ici aux transferts maternel, paternel, amoureux, haineux, autoritaire, négatif, positif, etc.

Ce n'est pas la psychanalyse qui s'intéresse au passé des analysants, c'est le passé présent dans l'actuel qui attire l'attention du psychothérapeute. Ce passé-présent se manifeste dans la relation actuelle, cherche une voie de satisfaction, une élaboration psychique et une intégration harmonieuse au Moi, au monde interne. Le fait que la personne espère avoir enfin trouvé l'aide recherchée, tout ce passé-présent dans l'actuel s'active davantage, se sur-mobilise et cherche une voie qui lui permette de tourner la page sur le passé qui encombre le présent, qui joue l'écharde irritante dans le quotidien. Ce passé dérangeant se manifeste dans le transfert.

Non que le psychothérapeute tente d'être cet objet satisfaisant ou d'être la réponse tant désirée, bien au contraire, l'attitude neutre du psychothérapeute est généralement plutôt frustrante comme l'ont été les expériences passées restées actives dans le présent.

L'accueil neutre des projections fait de l'analyste un écran sur lequel le patient projette son passé encore actif dans le présent de la scène analytique. Le psychothérapeute écoute parfois longtemps avant de comprendre, révéler et expliquer à son vis-à-vis, via l'interprétation, la présence et le rôle de ce passé dans la situation actuelle.

Par le biais de l'écoute émotionnelle, le silence, l'accueil bienveillant, la position allongée, bref, tout le dispositif psychanalytique active des expériences passées de la personne, des expériences traumatiques, frustrantes, émotionnellement intenses. Ces expériences vécues insuffisamment élaborées psychiquement, non intégrées dans l'organisation du Moi, dans le monde interne, restent donc actives, agissantes dans le présent de la relation. En psychanalyse ou en psychothérapie psychanalytique, le psychothérapeute exploite en quelque sorte ce phénomène qui n'appartient pas en propre à la psychanalyse. Le seul fait que la personne soit en situation de besoin d'aide et qu'une autre lui offre l'aide recherchée, il y a régression, abandon dans une confiance d'avoir enfin trouvé l'aide recherchée, de recevoir enfin les réponses manquantes. L'attitude de neutralité du thérapeute, l'effacement maximal de sa réalité personnelle fait de lui un écran de projection sur lequel sont projetés les affects inconscients, les images parentales d'autrefois, les figures d'autorité. C'est l'analyse de cette relation non plus refoulée mais déplacée et en quelque sorte rééditée dans la relation au psychothérapeute, qui permet alors de faire sens avec les expériences traumatiques, frustrantes, non pas intellectuellement ou rationnellement, mais réactualisées et ré-expérimentées émotionnellement dans le vécu relationnel de la séance.

Le cadre de travail, le refus de répondre positivement à toutes les demandes des patients, la rigidité des horaires et des honoraires, bref, tous les paramètres du cadre, invitent le transfert négatif. Une psychothérapie psychodynamique ou une psychanalyse ne peut pas faire l'économie du transfert négatif. Il faut que le méchant sorte, comme on dit, et c'est par le biais du transfert négatif que les frustrations passées actives encore aujourd'hui, que les colères passées encore présentes qui pourrissent l'humeur de la personne, vont pouvoir s'exprimer au psychothérapeute qui les reçoit, les accueille, sans réaction négative d'irritation ou de colère, avant de les interpréter le moment venu. On parle souvent de l'amour de transfert, du transfert positif. S'il n'y a que ce type de transfert dans un processus psychothérapique, il y a quelque chose de suspect qui se joue ou ne se joue pas dans la relation.

Le psychothérapeute se rend compte qu'un transfert s'installe lorsque la relation se charge d'éléments imaginaires ou, du moins, d'éléments qui ne relèvent pas de la réalité immédiate. Il ne doit pas s'y laisser prendre, pas seulement par le rôle de bon ou de mauvais parent, mais surtout par le rôle de « celui ou celle qui est supposé(e) savoir » selon l'expression de Lacan. Du fait même que le psychothérapeute refuse ce rôle et le nomme en faisant remarquer à la personne qu'elle est la seule à vraiment savoir ce qui se passe en elle, un mouvement se dessine progressivement, pas toujours du premier coup, mais une fois activé ce mouvement permet de passer d'une relation imaginaire à

une relation symbolique. Ce passage s'avère essentiel en psychanalyse comme en psychothérapie relationnelle, qu'elles que soient par ailleurs les méthodes utilisées.

Le transfert repose en partie sur le savoir que le patient suppose au psychothérapeute. Il est persuadé que son psychothérapeute connaît les réponses aux questions qu'il se pose. Dans la réalité, le psychothérapeute n'en sait rien, mais le patient a besoin de s'appuyer sur la certitude que son psychothérapeute sait, pour aller au-devant de son savoir inconscient et y trouver les réponses appropriées. Si le psychothérapeute ou le psychanalyste croit savoir ce qui est bon ou mauvais pour l'autre, bien ou mal, s'il croit savoir ce que l'autre devrait faire, dire pour résoudre ses difficultés, alors il devient davantage un conseiller, un coach, mais il n'est plus psychothérapeute. En psychanalyse et en psychothérapie psychanalytique, le thérapeute ne fait qu'aider la personne à trouver ses propres solutions. Les solutions auxquelles le psychothérapeute peut penser ne sont valables que pour lui et non pour l'autre.

Outre le transfert négatif, il y a la relation thérapeutique négative. Dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'exprimer au thérapeute ses colères et frustrations d'antan, mais de refuser systématiquement que le travail du psychothérapeute opère, de s'opposer fermement à quelque résultat positif dont le processus pourrait lui être profitable. Non seulement la personne refuse-t-elle l'aide qu'elle demande, mais elle empêche le psychothérapeute de travailler, de faire ce pourquoi elle le paye. Son travail est attaqué, détruit, rejeté. C'est comme si le patient souhaitait se soigner seul devant un psychothérapeute, comme s'il voulait lui faire la preuve qu'il peut se débrouiller sans lui, bref sans l'aide demandée, c'est pourquoi il s'oppose farouchement à l'aide offerte. Le patient ne supporte pas les progrès que le processus apporte ou les paroles prononcées par le psychothérapeute, il réagit à l'opposé de ce qui pourrait être attendu. Ne pas confondre avec les mouvements de progressions-régressions inhérents à toute démarche psychothérapique.

Freud fut le premier à identifier la réaction thérapeutique négative. Elle surgit lorsque l'analysant prend conscience d'une amélioration de sa condition, d'un mieux-être, qui n'est pas vécu comme un soulagement ou une satisfaction, mais comme une humiliation, une insulte, une faiblesse. Selon Rosenfeld, c'est la réaction d'un Surmoi sadique qui inspire un sentiment inconscient de culpabilité associé au masochisme du Moi du patient pour avoir eu l'outrecuidance de profiter de l'aide offerte. Cette culpabilité est associée à un conflit interne et sert d'exutoire à une culpabilité masochiste. Selon Woodhouse, la force de la réaction thérapeutique négative est la plus forte résistance et le plus grand danger pour le succès de la psychothérapie.

Kernberg explique que la satisfaction qu'apporte la culpabilité inconsciente liquidée dans la situation devenue négative, représente le plus grand bénéfice de ce type de réaction. Des forces vives se rebellent contre la guérison et maintiennent l'état de désespérance du Moi. La souffrance imposée devient le facteur par lequel la réaction thérapeutique négative satisfait la dimension masochiste. Cette réaction négative incite des psychothérapeutes à refuser de tels patients. Ces psychothérapeutes réagissent négativement à cette forme de résistance entêtée, prédicatrice efficace de l'abandon à

plus ou moins court terme du processus thérapeutique, d'un risque de drop-out, conclut Gaudriault. En pareilles circonstances, il n'est pas rare que le patient mette fin précocement ou abruptement au processus. En effet, la dimension transférentielle, en ce qu'elle vient rejouer quelque chose qui est de l'ordre de l'après-coup dans la relation thérapeutique, réactive les abandons du passé.

Ces réactions sont toujours difficiles à travailler, mais on peut apprendre à les travailler de façon utile et bénéfique pour la personne. C'est comme le transfert et le contre-transfert que Freud voulait d'abord éliminer pour mieux travailler, alors que c'est en les utilisant que nous parvenons à mieux travailler. Comme leur nom l'indique, ces réactions sont aussi thérapeutiques et pas seulement négatives. Elles sont thérapeutiques dans la mesure où la personne a besoin de se confronter, de lutter avec un adversaire pour trouver sa voie, son chemin. Encore faut-il que cet adversaire soit suffisamment patient, bienveillant devant la malveillance de son vis-à-vis et assez solide pour supporter les charges agressives sans devenir agressif à son tour. L'analysant a besoin de faire vivre au psychothérapeute ce qu'il a le sentiment bien subjectif d'avoir vécu d'incompréhension, d'injustice, de malveillance, de maltraitance, de vengeance, avant de céder et d'accepter de collaborer à l'aide offerte.

C'est grâce à l'analyse du transfert et à son interprétation que l'occasion est donnée au patient de pouvoir se représenter, élaborer et dénouer les conflits psychiques qui se répètent dans la relation avec le psychothérapeute pour acquérir de nouveaux moyens de connaître et reconnaître les motions libidinales et agressives qui animent son fonctionnement psychique depuis l'enfance. Il a enfin l'opportunité de modifier, via le transfert, ses relations avec lui-même et avec les autres.

Un exemple parle peut-être plus clairement qu'un long discours. Voici une vignette d'un transfert négatif relativement simple mais qui illustre bien ce dont je parle. Une autre vignette clinique suivra pour illustrer une réaction thérapeutique négative. Pour pourrez ainsi constater la différence en termes cliniques.

Vignette clinique : transfert négatif

Une fois, j'ai dû faire attendre une patiente pendant près de quinze minutes pour une raison hors de mon contrôle. Je lui offris donc de prolonger le jour même sa séance de quinze minutes, si cela ne la dérangeait pas, ou de prolonger la fois prochaine, si elle le préférait. Elle exprime alors une colère terrible. Elle explose de rage et me dit comprendre que je ne veux plus d'elle, qu'elle « m'embarrasse » et qu'elle ne s'accrochera pas à moi, elle comprend bien, affirme-t-elle, être de trop dans mon horaire et elle va « déguerpir » promptement, elle ne « traînera » pas inutilement dans la salle d'attente. Elle est convaincue que je ne souhaite que son départ et me reproche de ne pas avoir le courage de le lui dire en face, je lui laisse l'odieuse d'en prendre l'initiative. Elle se rend compte, de par mon silence, de mon étonnement devant sa colère et de mon incompréhension. Je parviens à peine à lui dire mon acceptation de sa colère qui paraît tout à fait justifiée, de son point de vue. À mon intonation, elle constate que je ne suis pas en colère contre elle, ce qui semble la surprendre et dit ne

pas comprendre pourquoi mon retard la fâche autant, mais c'est plus fort qu'elle. Je lui réponds qu'il doit certainement y avoir une bonne raison qu'il nous faudra trouver.

À la séance suivante, elle rapporte un court rêve dans lequel elle court avec sa sœur aînée plus rapide qu'elle. Sa sœur la distance de plus en plus. Elle lui crie de l'attendre, mais sa sœur ne s'occupe pas d'elle. Elle n'arrive plus à courir, elle est paralysée, pleure, appelle sa sœur au secours, mais celle-ci est disparue. Elle se réveille sur cette scène. Elle est en nage dans son lit. Ses associations vont toutes dans le sens d'un sentiment de rejet de la part de sa sœur. Elle a toujours eu le sentiment de l'« embarrasser ». Elles avaient quatre ans de différence et cette sœur était habile à toujours trouver le bon moyen pour la faire « déguerpir », de la renvoyer à la maison auprès de sa mère, pour ne pas la « traîner » avec elle.

Je ne dis rien de la séance, sauf ce qu'il faut pour l'inciter à poursuivre ses associations. Je remarquai évidemment les mots « embarrasser » et « déguerpir », « traîner », mais faute de bien comprendre et faute de savoir bien les utiliser, je préfèrai attendre, sûr que l'occasion de bien les utiliser reviendrait.

À la séance suivante, elle s'excuse d'avoir dit des choses « trop dures, trop méchantes » envers sa sœur et rage maintenant contre moi de l'avoir laissée déblatérer ainsi contre sa sœur, de ne pas avoir tenté de lui faire comprendre que sa sœur ne faisait sans doute pas exprès, mais sa sœur devait s'occuper d'elle parce que sa mère le lui demandait, sa mère n'avait pas le temps de s'occuper d'elle. Elle me reproche de ne pas vraiment l'aider et qu'elle a probablement vu juste lorsque je l'ai laissée « poireauter dans la salle d'attente ». Elle ajoute comprendre que je n'ai pas de temps pour elle, je n'ai pas le temps de vraiment m'occuper d'elle, j'aimerais sans doute mieux la laisser dans la salle d'attente ou mieux, qu'elle ne vienne plus. Je comprends qu'elle m'exprime à moi une colère jamais adressée à sa mère, que c'est à elle qu'elle reproche de ne pas l'avoir gardée avec elle à la maison, elle l'obligeait à suivre sa sœur qui devait la « traîner » avec elle.

Le sentiment de rejet concerne bien la mère et non la sœur. C'était bien le sentiment qu'elle revivait avec moi à la séance où je l'avais fait attendre quinze minutes. Elle m'accusait de ne pas lui faire de place auprès de moi. J'ai donc interprété à ma patiente qu'elle avait raison d'être en colère de mon retard de 15 minutes, c'était comme si je l'envoyais jouer dehors avec sa grande sœur, comme si je ne voulais pas l'avoir avec moi dans la maison et que, par conséquent, cela lui donnait le sentiment de ne pas avoir une place vraiment à elle auprès de moi. Je lui dis comprendre qu'elle puisse penser que je préférais me consacrer à autre chose qu'à elle et que cela était très blessant pour elle, que cela lui faisait revivre une impression très douloureuse. Elle se mit à pleurer et dit découvrir sa colère envers sa mère, colère qu'elle ignorait. Elle comprenait que sa mère ne voulait pas d'enfants, que si elle avait pu tolérer la première, la seconde était de trop, elle empiétait sur le temps qu'elle consacrait à son art.

Voici un exemple de réaction thérapeutique négative.

Vignette clinique

Un homme au seuil de la quarantaine participe régulièrement aux deux séances hebdomadaires de psychothérapie, depuis maintenant un peu plus de deux ans. Sa personnalité est d'organisation limite de bon niveau avec une composante narcissique flamboyante. Il a consulté sur l'insistance de sa conjointe qui menaçait de le quitter s'il ne faisait pas quelque chose pour améliorer son humeur belliqueuse. Il s'agissait de sa quatrième union. Les trois premières n'avaient jamais dépassé trois ans de vie commune. Il reconnaissait avoir une personnalité « forte et exigeante parce que d'intelligence supérieure ». Il était promptement agacé, irrité par la lenteur des gens « qui ne comprenaient jamais ce qui est évident ». Je subissais régulièrement, moi aussi, ses sarcasmes et j'avais beaucoup d'empathie pour ses partenaires qui n'en pouvaient plus et le quittaient après quelques années. Il se plaignait sans cesse que je ne le comprenais pas bien, même lorsque je répétais mot à mot ce qu'il venait de dire. Je déformais ses propos, je n'avais pas l'intelligence pour le comprendre. Après presque deux années de ce traitement, la réaction thérapeutique négative s'intensifia sérieusement au point que je commençais à penser à mettre fin au processus. Un jour, en entrant dans le cabinet, il refuse de me serrer la main comme nous en avons l'habitude. Il reste longtemps en silence. Je le sens fulminer intérieurement. C'est tout juste si je ne vois pas une petite fumée bleue lui sortir par les oreilles. Après une dizaine de minutes de silence, je lui demande ce qui se passe. Il éclate et m'accuse d'avoir trahi mon secret professionnel, m'avise qu'il va déposer plainte à l'Ordre des psychologues pour bris de confidentialité et que dans peu de temps il ne restera plus rien de ma pratique professionnelle. Je lui demande ce qui me vaut ce traitement spécial. Il prétend que j'ai téléphoné ou que sa conjointe m'a téléphoné, de même qu'un de ses associés pour s'informer comment allait sa psychothérapie et que je me serais vanté à eux d'avoir eu raison de son caractère fort, de sa forte personnalité. Il est clair que je me « pète les bretelles » à l'idée que j'ai eu raison de lui. Je me trompe et il n'est pas une « muppet qui se laisse manipuler par le premier venu ». S'engage alors une entreprise de destruction de tout le travail fait depuis deux années. Il ne dépose pas plainte à l'OPQ parce qu'il ne peut pas prouver que sa conjointe et son associé ont échangé avec moi à son propos. Il m'est impossible de savoir ce qui lui fait penser à ce bris de confidentialité. Mes interprétations à l'effet que notre relation soulevait peut-être chez lui une angoisse liée au fait que certains sentiments s'étaient peut-être développés entre nous, pas seulement des sentiments négatifs et que quelque chose en lui tolérait mal toute forme d'attachement. Il ne comprenait rien à mon charabia. Mes interprétations à l'effet qu'il avait besoin de se sentir en contrôle de la situation n'avaient pas meilleur effet. Mes tentatives d'explorer ce qui pouvait lui donner l'impression d'être en manque de contrôle étaient nulles. Pendant presque toute une année durant, mon travail était saboté, refusé, je subissais ses agressions injustifiées et je restais impuissant face à lui, même s'il lui arrivait de reconnaître que ses accusations n'étaient pas toujours justifiées, ni fondées, mais son « intuition ne le trompait jamais », prétendait-il et il avait l'intuition que je n'étais pas « clean » avec lui, mais il était incapable de m'expliquer en quoi je n'étais pas « clean ». Il était cependant présent à chacune de ses séances, il n'en

manquait jamais, était toujours à l'heure. Si je questionnais un de ses dres, il faisait comme s'il n'avait pas entendu et poursuivait comme si je n'avais pas dit un mot. Si je tentais de répondre à une de ses interrogations, ce que je disais était considéré comme une réponse toute faite, stéréotypée, servie à tout le monde, ça ne signifiait rien. Pendant quelques semaines, il ne me parlait plus, il se chuchotait à lui-même de façon à ce que je ne comprenne pas et si je lui demandais de répéter, il me répondait : « vous voyez bien que vous ne m'écoutez pas (...) je viens juste de vous le dire (...) vous devriez vous faire soigner (...) ». Etc. Après à peu près une année de ce traitement qui me demandait beaucoup de renoncement, de contenance et de patience, il m'apprit, à son insu, la cause de cette intensification de la réaction thérapeutique négative. Il raconte avoir invité sa nouvelle blonde au restaurant pour souligner la Saint-Valentin. Je relève : « nouvelle blonde dites-vous ? » Il m'apprend que son ex l'avait quitté l'automne dernier. Celle-ci, le soir de la Saint-Valentin, au restaurant, l'avait félicité d'être en psychothérapie parce que sa démarche avait amélioré son caractère. Ce qui l'avait fâché, outré. « Pour qui se prend-t-elle pour évaluer et juger de mon caractère ? » Quelques semaines plus tard, son associé lui soulignait la diminution de ses colères envers les secrétaires. Plus tard, au printemps, son associé l'avait à nouveau rencontré pour lui parler du retour de ses colères intolérables, de ses impolitesses trop fréquentes à l'égard des secrétaires. Il racontait cela comme une preuve que cette maudite thérapie ne fonctionnait pas, que j'étais nul comme thérapeute et qu'il devrait changer de thérapeute. Je lui dis être un peu surpris et soulagé par ce qu'il me racontait, parce que l'an dernier, à peu près à la même époque, il m'accusait d'avoir discuté avec sa blonde de l'époque et avec son associé de sa psychothérapie et avoir ainsi trahi mon secret professionnel. Je lui demande si je dois comprendre que ses colères de la dernière année étaient fondées sur les commentaires de son ex et de son associé, comme si ces remarques lui signifiaient qu'il s'était fait avoir par la psychothérapie et par moi ? Il reconnut que cela était possible, mais personne n'avait le droit de l'évaluer, de le juger, que si lui changeait c'était bien parce que lui le voulait, qu'il ne permettait à personne de lui faire quelque commentaire que ce soit sur sa personnalité. « Je suis comme je suis et qu'on me prenne comme je suis ! » Puis, il ajouta d'un air mi-figue, mi-raisin, que je devais admettre que son idée avait de quoi le révolter. Je confirmai qu'effectivement, si lui voulait changer quelque chose à sa personnalité, il était bel et bien le seul à pouvoir le faire et que si des gens avaient remarqué un changement dans ses manières d'être avec les autres, ça devait signifier que lui avait eu envie de changer des choses et qu'il avait réussi, mais que cela soulevait la question de savoir ce qu'il y avait de fâchant pour lui dans les commentaires des personnes qui constataient sa réussite. Pour lui, répondit-il : « Ça veut dire qu'on m'évaluait, qu'on me jugeait et ça, j'ai eu assez des jugements dénigrants de mon père, j'en n'ai pas besoin davantage. » Puis, progressivement, il parla de plus en plus de la relation à son père, qu'il avait diagnostiqué comme « un grand narcissique extrêmement malade et malin ». « Vivre avec ce père-là n'était pas un cadeau ! » Selon lui, son père était un homme méprisant, plus particulièrement avec lui qu'avec ses deux frères. Il déblatéra contre ce père pendant des mois à travers d'autres thèmes comme ses professeurs plus sévères avec lui qu'avec les autres, des professeurs

qui l'ont accusé de mille et un méfaits dont il n'était pas responsable. On a lentement et très progressivement exploré sa compréhension du fait qu'il était si souvent l'objet de la hargne des autres, d'être trop souvent au mauvais endroit au mauvais moment pour que cela ne soit dû qu'au hasard. Il a fallu presque toute la dernière année de thérapie pour percevoir ses attentes de gratifications narcissiques et ses frustrations devant l'absence de réponses des autres et ses réactions méprisantes suite à ses frustrations, percevoir ses tentatives de mainmise sur les situations, les gens, les femmes, percevoir son envie des autres. Il est progressivement parvenu à saisir pourquoi il se retrouvait si souvent dans le rôle de victime dominatrice, saisir les bénéfices secondaires retirés de cette position. Il lui a fallu me faire vivre ce que lui-même avait vécu pour que je comprenne son point de vue avec empathie. Alors, il lui devenait possible de parler sans crainte d'être négativement jugé. Il se sentait honteux d'être envieux des autres qu'il méprisait comme il avait le sentiment d'être méprisé. Le mépris qu'il croyait que les autres éprouvaient envers lui n'était que son propre mépris de lui-même de n'avoir pas réussi comme il se l'était fantasmé dans ses idéaux les plus irréalistes.

Merci de votre attention



Le psychothérapeute, un participant à part entière



Présentation de Monique Brillon par Conrad Lecomte

André a commencé en se demandant si sa voix allait tenir le coup, mais on dirait que quand il a contacté le psychanalyste en lui, la voix a tout à coup trouvé une nouvelle force Ah ! Ah ! Ah ! Ah! On vous avait dit que dans les différentes écoles, qu'elles soient en psychodynamique, dans le monde analytique ou dans le monde des thérapies cognitives comportementales ou dans le monde humaniste ou dans le monde systémique, qu'il y avait des panoplies d'approches, des panoplies de façon de se positionner et de pratiquer à l'intérieur de chacun de ces parapluies on pourrait dire. Vous allez avoir le bénéfice et le privilège d'ailleurs d'avoir une autre couleur, une autre façon de travailler qui est la façon singulière et unique à Monique Brillon, que je vais vous présenter un peu, qui va vous partager un peu sa façon à elle d'entrer en relation, dans sa façon à elle de nommer son travail thérapeutique. Monique et moi nos routes ne se sont pas souvent croisées. On s'est vus quelques fois d'une façon brève, mais depuis ce colloque je la découvre un peu. C'est une belle découverte. Je découvre une psychanalyste, une psychologue qui se met en position vraiment d'apprendre. Dans nos rencontres, je la vois toujours attentive, toujours en position d'apprendre pour mieux comprendre et j'ai remarqué cela. Ça m'a vraiment touché de la voir faire et je regardais brièvement son parcours et je me disais sa carrière ça semble avoir été cela aussi. Un peu caractérisée par une espèce de position d'ouverture aux autres approches, en quête d'approfondissement et de cohérence, je pense que c'est un peu de cela qu'on va peut-être entendre si jamais j'ai bien senti comment elle se présentait à nous. Hier soir, pour ceux qui étaient au souper, on avait un souper avec quelques personnes et un peu de théâtre improvisé sur place que certains ont apprécié plus que d'autres. Ah ! Ah ! Ah ! Hier, j'ai pu apprécier et découvrir les talents d'actrice de Monique parce qu'elle était appelée un peu à jouer un rôle dans une espèce de recherche d'un meurtrier qui se cachait dans notre salle, entre nous, mais ce qui m'a surtout frappé, c'est un peu en lien avec ce que je vous présente là, c'est comment elle s'est mise en position, d'une posture, un peu d'expérimenter, d'apprendre, de risquer, avec talent et avec élégance je dirais.

Conférence de Monique Brillon

Le théorie psychanalytique est un vaste champ constamment en évolution qui tente sans relâche de conceptualiser la pratique clinique en s'appuyant sur une réflexion pour comprendre ses échecs. Ceci a donné naissance à plusieurs courants de pensée qui, tout

en partageant des bases communes, ont chacun leur manière de concevoir la cure. Nos évolutions individuelles ont fait qu'André et moi avons développé des façons différentes de mener les thérapies.

Pour mieux vous situer, je veux d'abord préciser qu'André a d'abord été un de mes formateurs. Par la suite, nous avons travaillé en collaboration durant de nombreuses années, particulièrement dans les années où nous dirigeons le Centre de formation Étayage. Une telle collaboration laisse des marques profondes et, malgré nos divergences actuelles, nous continuons à partager des bases conceptuelles communes.

J'ai intitulé ma conférence « Le psychothérapeute, un participant à part entière », mais j'aurais aussi pu l'intituler « Pourquoi j'ai pris le virage intersubjectif en psychanalyse » dont je vous expliquerai les grandes lignes durant cette conférence. Car les raisons qui m'ont conduite sur cette voie sont intimement liées à mon évolution en tant que personne et en tant que psychothérapeute.

Le processus de changement en psychothérapie est pour moi un centre d'intérêt qui me suit depuis le début de ma carrière. En m'appuyant sur mon expérience en tant que psychothérapeute et en tant que patiente, et aussi en côtoyant de plus en plus de supervisés et de psychothérapeutes d'approches différentes qui participent à mes séminaires et à mes formations, j'ai développé la conviction que le changement se produit dans et par la relation et que le psychothérapeute y joue un rôle déterminant, souvent à son insu. Aujourd'hui, j'aimerais vous partager comment j'en suis venue à cette conviction qui m'a fait prendre le virage intersubjectif en psychanalyse.

À propos de l'alliance thérapeutique

Quand on pense à l'importance de la relation, on pense tout de suite à l'alliance thérapeutique. Mais comprend-on réellement de quoi est faite l'alliance ? Pendant longtemps, j'ai pensé que l'alliance était le point de départ, la condition préalable d'un travail thérapeutique efficace, jusqu'à ce que je tombe sur une recherche rapportée par Edouard Collot dans son livre intitulé *L'alliance thérapeutique*, (2011), et dont les résultats m'ont fait remettre en question cette définition.

Je vous résume rapidement cette recherche qui a été importante dans mes réflexions. En prenant pour acquis que l'alliance est nécessaire au succès d'une psychothérapie, des chercheurs ont formé des psychothérapeutes à repérer et gérer les fluctuations de l'alliance. Puis on a demandé à ces mêmes thérapeutes et à leurs patients d'évaluer la qualité de celle-ci avant et après la formation.

Au terme de la formation, les psychothérapeutes disaient :

- mieux repérer les ruptures d'alliance
- et savoir comment les réparer.

Les patients, eux, considéraient que :

- la qualité de l'alliance s'était détériorée.
- ils disaient se sentir moins bien compris, moins bien suivis,

-et ils perdaient de la motivation.

Les chercheurs, pour leur part, ont observé qu'après la formation :

- l'empathie des psychothérapeutes avait diminué
- ils étaient devenus plus actifs, plus techniques, plus directifs et autoritaires
- de plus, ils avaient tendance à négliger leur contribution dans la stagnation du processus et à en attribuer la responsabilité au seul patient,
- ce qui les rendaient plus pessimistes quant à l'issue du traitement.

L'auteur conclut que :

- l'alliance ne dépend pas de l'application consciente et délibérée d'une technique
- et que bien des aspects de la relation peuvent échapper au psychothérapeute, y compris comment lui-même contribue à favoriser ou à nuire à l'alliance.

Cette recherche m'a rappelé les paroles de Wilfred Bion qui affirmait que le patient est le meilleur collègue du psychothérapeute parce qu'il sait toujours où se situe ce dernier dans la relation.

Elle m'a aussi amenée à me demander : se pourrait-il que, plus on prend de l'expérience, plus on court le risque de développer la certitude de bien maîtriser notre travail, au point d'oublier parfois le sage conseil de Bion qui nous dit que le patient a toujours des choses à nous apprendre ? Diriger la caméra vers soi pour mesurer l'impact que notre attitude peut avoir sur un patient n'est pas facile. Cela demande une certaine humilité et aussi... un renoncement à l'assurance que notre formation, nos théories et nos techniques nous confèrent un savoir à toute épreuve sur ce qui convient au patient. Celui-ci a beaucoup à nous apprendre sur ce plan et on a tout intérêt à prendre en compte ce qu'il nous dit sur nous-même.

Ma réflexion sur le rôle que joue la relation dans le processus de changement s'est aussi nourrie des travaux de Daniel Stern, psychanalyste et chercheur bien connu pour ses recherches sur le développement précoce du nourrisson, mais qui s'est intéressé aussi au processus de changement en psychothérapie et à ce qui contribue à l'efficacité d'une psychothérapie. Dans deux de ses ouvrages, il rapporte que quand on interroge d'anciens patients sur ce qu'ils gardent comme souvenir de leur expérience de psychothérapie, ceux-ci affirment, de façon significative, se souvenir de deux types d'évènements capitaux auxquels ils attribuent le changement :

1. Les interprétations-clés données **dans un moment de rencontre émotionnelle significative** et qui ont réorganisé leur panorama psychique.
2. **Des moments spéciaux où s'est produit un contact authentique, intersubjectif**, entre patient et psychothérapeute et qui ont modifié leur relation (une poignée de main, un regard soutenu, un moment de rencontre significative...)

On peut se demander si, en tant que psychothérapeute, nous aurions donné la même réponse à qui nous aurait demandé ce qui a aidé tel ou tel patient à changer... Il

y a des chances que nous accordions davantage d'importance à nos interventions techniques ou interprétatives...

Stern observe également que de nombreuses psychothérapies échouent ou sont prématurément interrompues parce que les opportunités qui auraient pu être utilisées en vue d'un contact significatif entre les deux n'ont pas été mises à profit. (D. Stern : *Psychothérapie et neurosciences : une nouvelle alliance*. p. 86).

La recherche rapportée par Collot et les observations de Stern m'ont aidée à revisiter les souvenirs que je garde de mes propres démarches en tant que patiente et à porter sur elles un autre regard. Qu'est-ce qui, dans ces démarches, a contribué à me changer ? Qu'est-ce qui a pu retarder ou nuire à mon changement ? Pourquoi ai-je parfois eu le sentiment persistant qu'il ne se passait rien dans ma psychothérapie ?

Le fait de me retrouver assise dans l'autre chaise, celle du psychothérapeute, m'a permis de prendre du recul face à ces expériences. Pouvoir m'observer dans les deux positions, entendre de la bouche de certains patients des propos que j'avais moi-même tenus à mes divers thérapeutes, sentir de l'intérieur ce qu'ils provoquaient en moi, comparer la réaction de mes patients à celle que j'avais eu moi-même dans des circonstances comparables, en tenant compte de ma manière différente de me relier à eux, tout cela m'a aidée à mieux prendre la mesure des aléas de cette rencontre toute particulière qu'est la relation de psychothérapie. Mes supervisés aussi m'ont beaucoup appris sur l'importance de la relation, particulièrement ceux qui réussissaient avec des patients très difficiles parce qu'ils savaient intuitivement comment être avec eux.

C'est à travers toutes ces réflexions que j'en suis venue à développer la conviction profonde du rôle déterminant que jouent, dans le processus de changement, la qualité du lien et l'accordage émotionnel avec le patient, et que le psychothérapeute y contribue largement.

En préparant ma conférence, je me suis butée à une difficulté que j'ai mis du temps à surmonter. Comment pouvais-je atteindre l'objectif que je m'étais fixé, soit celui de vous transmettre cette conviction ? Comment trouver les mots pour vous faire sentir l'importance de la relation, et surtout le poids que l'on peut avoir en tant que psychothérapeute sur celle-ci et sur le processus de changement et ce, souvent à notre insu ? Comment parler de ce qui nous échappe ? En tournant et retournant ces questions, l'affirmation de Bion à l'effet que le patient est notre meilleur collègue me revenait sans cesse. Il m'apparaissait de plus en plus clair que je ne pouvais atteindre mon objectif sans vous amener dans l'intimité de mes propres démarches, mais l'ex-patiente en moi montrait de fortes réticences à se révéler à ce point. Pourtant, cela m'apparaissait incontournable, d'une part parce que celles-ci ont largement contribué à développer en moi cette conviction, mais surtout parce que les réflexions des patients dans l'après-coup d'une psychothérapie sont souvent ce qui nous manque pour bien saisir le rôle déterminant que nous jouons dans cette relation très particulière, le pouvoir que nous avons sur eux et qui nous échappe. J'ai finalement réussi à convaincre la patiente en moi qui a décidé de plonger. Je lui cède maintenant la parole, mais je me

permettrai, de temps à autre, de l'interrompre pour mettre mon grain de sel de psychothérapeute et commenter son expérience.

Dès la sortie de l'adolescence, un mal de vivre m'a amenée à entreprendre une psychothérapie. À l'époque, j'ignorais tout des différentes approches, et c'est sur la recommandation d'une connaissance que j'ai consulté un psychologue que je sais aujourd'hui d'approche humaniste. Ce fut une découverte : jamais quelqu'un ne m'avait écoutée de cette manière, et cela me permettait, du coup, d'apparaître à mes propres yeux, de m'entendre moi-même. Ce ne fut pourtant pas une relation sans heurts. Il y a eu de beaux moments de rencontre dont je garde un souvenir très clair même après toutes ces années, mais il y a aussi eu des affrontements que nous sommes la plupart du temps parvenus à résoudre. Plus j'avais dans cette démarche, plus je devenais consciente des émotions qui m'habitaient, mais en même temps, plus ma souffrance s'intensifiait. Je prenais conscience de m'en être coupée depuis longtemps. Le déménagement à Québec pour y entreprendre mes études en psychologie a mis fin à cette psychothérapie qui n'était certes pas terminée. Cette expérience est déjà très loin derrière moi, mais au total, les souvenirs que j'en garde sont positifs et concernent exclusivement, comme les patients dont parlent Stern, ces moments où j'ai eu le sentiment de rencontrer une vraie personne qui s'est montrée sensible à mon vécu.

Le mal-être persistant, quelques années plus tard, rassurée par cette première expérience positive, j'ai consulté à nouveau, cette fois-ci un psychothérapeute d'orientation psychanalytique, par choix. Avec lui, j'ai connu aussi de bons moments où je me suis sentie reçue et comprise. Sans jamais qu'il me le dise, mais par un je ne sais quoi qui passait entre lui et moi, je sentais qu'il m'aimait, qu'il me considérait. Avec lui, j'ai continué à me rapprocher de moi, de mes émotions, de ma souffrance. Qu'est-ce qui a soutenu ces changements ? Des regards, des sourires, une poignée de main plus insistante dans des moments d'intense souffrance, la liberté que j'avais de m'exprimer de la manière qui me convenait. Je ne garde aucun souvenir des paroles prononcées durant ces moments significatifs.

Mais avec lui aussi, il y a eu des heurts. Ceux-ci étaient souvent suscités par des interprétations de sa part dans lesquelles j'avais du mal à me reconnaître et qui allaient toujours dans le même sens. Jamais il n'a cédé sur ce terrain, malgré mes protestations. Alors que j'avais le sentiment qu'il cherchait à m'imposer des idées qui n'étaient pas mienne, pour lui, je résistais. Aujourd'hui, alors que j'ai beaucoup changé grâce à d'autres démarches, je ne me reconnais pas davantage dans ses propos insistants et j'ai maintenant la conviction que ce qu'il cherchait à m'imposer là lui appartenait. Mais pendant que je vivais l'expérience, cela suscitait en moi de la confusion, me faisait douter de ce que je ressentais.

Voilà qui m'amène une première réflexion au sujet du rôle déterminant que joue le psychothérapeute à son insu dans le piétinement du processus de changement de son patient.

Se pourrait-il que parfois, convaincu de comprendre ce que vit le patient, ce qui le fait souffrir et qui lui échappe, nous cherchions à lui imposer notre manière de voir, même si lui affirme ne pas se reconnaître dans nos propos ?

Ne le plaçons-nous pas alors dans une situation de conflit interne difficile à résoudre :

- il nous consulte pour que nous l'aidions à se comprendre
- nous représentons pour lui l'autorité, celui qui, comme le dit René Roussillon, est « supposé savoir »
- pourtant ce qu'on lui dit de lui ne trouve pas écho en lui, du moins pas pour le moment.

S'il a été désavoué par ses proches, si ceux-ci ont affirmé que ce qu'il disait ressentir était faux, quand nous cherchons à lui imposer quelque chose qu'il ne ressent pas, à l'enfermer dans notre désir, nous répétons le traumatisme.

Pourtant, le ressenti d'une personne ne peut mentir, l'émotion est ce qu'il y a de plus vrai en nous, elle fait partie de ce qui émane du Vrai Soi dont parle Winnicott. Le psychothérapeute doit s'efforcer de comprendre pourquoi cette émotion existe et non la démentir. On ne se doute pas du pouvoir que nos paroles peuvent avoir sur quelqu'un qui cherche à mieux se connaître et qui doute de lui.

Je redonne la parole à la patiente. Pendant ce temps, mon malaise intérieur ne cédait pas de terrain. De plus en plus interpellée par la psychanalyse, j'ai commencé à penser qu'une cure classique (trois séances par semaine sur le divan) me mènerait plus loin. Le jour où je lui en ai parlé, il a décrété que, puisque c'était comme ça, la psychothérapie s'arrêterait le jour même. Le couperet venait de tomber si brutalement que j'en suis restée bouche bée. Aujourd'hui, je peux comprendre que mon intention de le quitter pour aller en analyse l'avait heurté violemment dans son narcissisme et qu'il m'a rendu le coup en mettant fin à la relation.

J'ai mis quelques mois à sortir de mon hébétude. Je gardais de cette expérience de bons souvenirs, je savais que cet homme m'avait aidée, mais je ne comprenais pas sa fermeture, encore moins sa manière cavalière de m'expulser. Par son attitude, ne me montrait-il pas que, pour être en relation, il faut toujours être d'accord ? Je lui en voulais beaucoup, me sentais très coupable de cette colère, mais j'ignorais encore le pourquoi de cette culpabilité. Ce n'est que plus tard que j'ai compris que j'avais revécu auprès de lui ce que je vivais dans ma famille où les conflits sont impensables, où le fait de penser différemment du groupe n'a pas sa place.

J'ai malgré tout décidé d'aller de l'avant avec mon projet d'analyse. J'ai abordé cette nouvelle aventure avec beaucoup d'espoir et un puissant désir de sortir de mon mal de vivre. Ce psychanalyste était très différent des deux thérapeutes précédents : plus froid, plus neutre, plus distant. Le contact avec lui était difficile, je ne le sentais pas en lien avec moi. Mais l'idéalisation que j'avais de la psychanalyse à l'époque faisait en sorte que je buvais ses interprétations œdipiennes avec intérêt et espoir, convaincue que

c'était ainsi que les choses devaient se dérouler. Pourtant, une fois sortie de son bureau, une fois replongée dans la vie quotidienne, ma souffrance demeurait toujours aussi aigüe, comme si ses interprétations ne parvenaient pas à me toucher profondément ni à changer quoi que ce soit en moi. À de rares moments, j'ai senti dans son ton de voix un mouvement empathique, un rapprochement qui m'a fait beaucoup de bien. Quand je lui en ai fait part, il s'est vite retiré dans sa neutralité et je suis retombée dans ma solitude. Aujourd'hui, je me dis qu'il était capable de relation, mais qu'il s'en défendait.

Voilà qui m'amène une autre réflexion. La relation thérapeutique est une relation professionnelle, ce n'est pas une relation amicale. Pourtant, aucune autre relation n'invite à une aussi grande intimité.

Comment trouver la bonne distance pour inciter le patient à tout dire, même ce qu'il cache à ses proches, même ce qu'il se cache à lui-même, et en même temps, pour nous laisser l'espace nécessaire pour penser ce que lui n'arrive pas à penser, pour ressentir ce que lui n'arrive pas à ressentir ?

Voilà tout un défi.

- trop de distance nuit à l'alliance et à l'accordage
- pas assez de distance peut nous empêcher de penser l'impensable, ce travail qui est le nôtre et, de ce fait, empêcher le patient d'entrer plus profondément en lui.

Plus le temps passait, plus j'avais le sentiment que mon analyse se déroulait en circuit fermé et n'amenait aucune ouverture dans ma vie réelle. L'espoir, si grand au départ, s'effritait petit à petit. En parallèle, je dévorais les écrits psychanalytiques qui parlaient des dimensions prégénitales et j'avais l'impression de m'y reconnaître comme dans un miroir. Une petite voix en moi continuait à croire que la psychanalyse pouvait m'aider, mais peut-être pas cet analyste en particulier. Aujourd'hui, je pense qu'il était prisonnier de ses théories et de ses techniques et que, par conséquent, il m'y enfermait moi aussi, et ce, sans aucune mauvaise intention de sa part, car, contrairement au précédent, je ne le sentais pas en lutte de pouvoir avec moi.

Je m'arrête encore ici pour souligner comment nous pouvons parfois nous accrocher à nos convictions, à nos théories, à nos techniques, et ne pas reconnaître que celles-ci ne conviennent peut-être pas à ce patient en particulier.

L'humain est trop complexe pour que nous l'enfermions dans une seule manière de le penser. Théories et techniques sont nécessaires, elles sont à la base de notre identité professionnelle. Elles nous fournissent des points de repères dans la tourmente, des assises de compréhension de ce qui se vit entre tel patient et nous, elles nous aident à traverser les moments conflictuels avec les patients les plus difficiles, peuvent soutenir notre empathie. Mais quand on entre dans notre bureau de consultation, quand on écoute un patient, nous devons être prêts à remettre en question nos théories et à laisser de côté nos techniques si celles-ci ne conviennent pas.

Je reviens à l'historique de mes démarches. Décidée de le quitter, à la dernière séance, je me suis assise en face de lui. J'ai tenté une nouvelle fois de lui exprimer l'écart qui nous divisait : pourquoi m'attirait-il toujours dans l'œdipe alors que cela ne changeaient rien en moi ? Je me sentais ailleurs, ne l'entendait-il pas ? Il m'a alors confirmé que c'est bien ce qu'il faisait, qu'il voulait me sortir du prégénital. Son aveu m'a déconcertée : il m'entendait, mais ne le montrait pas !

Plus tard, en m'initiant à Bion par les écrits d'Antonino Ferro, je suis tombée sur ces paroles qui m'ont ramenée à cette entrevue. Ferro dit :

« Le patient peut voir les choses à partir d'angles absolument impensables pour nous, et si le patient voit les choses à partir de Mars ou de Pluton, dans un premier temps, nous devons aller jusque sur Mars ou Pluton. C'est là l'unique façon de le ramener sur terre, sinon il devient le patient qui attaque, qui ne comprend pas, qui déforme... et non celui qui veut vraiment nous conduire au cœur du drame de son monde interne. »

J'ai laissé passer quelques temps avant d'entreprendre une autre analyse que j'ai abordée avec une grande prudence. Ce nouvel analyste était à l'opposé du précédent. Beaucoup plus relationnel, beaucoup plus impliqué, plus chaleureux et empathique. Il n'hésitait pas à se manifester concrètement dans la relation, de toutes sortes de manières, et les interprétations occupaient une place beaucoup plus discrète dans ses interventions. Au début, j'ai été très surprise par son attitude tant elle contrastait avec celle du précédent et surtout, avec ce que j'avais appris. J'en perdais tous mes repères. Je me sentais en conflit de loyauté envers les tenants de mon approche dont les propos allaient à l'encontre de ce que je vivais avec lui. C'était assez inconfortable et il m'est arrivé de ne plus trop savoir si je devais lui faire confiance ou non. À la faveur d'un rêve que je lui ai raconté, il a su entendre ce conflit interne avec lequel je me débattais et me le refléter sans chercher à me convaincre que son attitude était la meilleure. De mon côté, je sentais l'impact positif qu'avait sur moi sa manière d'être, je changeais intérieurement et pour le mieux. Je me sentais plus forte, plus confiante. J'ai décidé de me fier à mon ressenti et j'ai accepté de me laisser aller dans cette relation.

Je fais encore ici un aparté. Si je suis parvenue à me fier à mon ressenti et à m'abandonner dans cette relation toute nouvelle, c'est que, contrairement aux précédents, il n'a pas cherché à me convaincre, il a tout simplement reconnu ce que je vivais par rapport à sa manière d'être et de faire.

Bion affirme qu'il faut toujours être à l'unisson avec le patient, « non pas à la recherche de vérités objectives ou historiques, mais sur la même tonalité affective, en lui offrant un modèle de relation mentale qu'il puisse introjecter et qui ne passe pas par l'acquisition de données, mais par l'acquisition de qualités. »

Me sentant reconnue, j'ai pu apprendre à me fier à mon ressenti. Mais le conflit intérieur demeurait présent. Devant mes collègues, je m'empêchais de parler de mon expérience de peur de leurs critiques, mais peut-être surtout pour protéger cette relation qui, je le sentais, me faisait du bien. J'ai accepté de vivre celle-ci jusqu'au bout

et c'est elle qui m'a profondément changée, à un degré que je n'aurais pas soupçonné avant de m'y engager. Elle a aussi profondément changé ma manière d'être avec mes patients. Je me permettais d'être plus proche d'eux. Mais je ne suis jamais allée aussi loin que lui dans le dévoilement de moi-même. En effet, il lui est arrivé de trop se rapprocher, de trop m'en dire sur lui, ce qui m'a profondément troublée et nous a fait perdre la distance nécessaire au travail thérapeutique. Trouver la bonne distance est un véritable défi.

Si, de manière générale, je me sentais vue, reconnue et comprise, même dans les moments où ses interventions me confrontaient à des aspects de moi que je n'aimais pas regarder, il restait un domaine où nous nous heurtions à chaque fois que je l'abordais. Un jour que je m'aventurais à nouveau sur ce sujet, il a réagi plus fortement que d'habitude. J'ai alors senti que quelque chose venait brusquement de se briser en moi et entre nous. Je garde un souvenir cuisant de cette entrevue. Durant les mois qui ont suivi, pour sauver ce lien qui m'était si précieux, j'ai fait beaucoup d'efforts pour revenir sur ce moment de rupture. Nos échanges verbaux déclenchaient toujours une réaction de colère chez lui. J'ai décidé de lui exprimer ce que je vivais par écrit. Seule face à ma page blanche, je contrôlais mieux mes émotions, je pouvais mieux tenir compte de ce que je pensais percevoir dans ses réactions, tout en essayant de mieux lui livrer mon ressenti. Je sais qu'il a lu mes lettres, mais jamais il ne les a commentées. Mes efforts pour réparer le lien sont restés lettres mortes. Nous étions dans une impasse. Pour sauver la relation, j'ai finalement décidé de ne plus aborder ce sujet. Je me disais qu'il m'avait déjà beaucoup apporté et que lui et moi étions sans doute allés au bout de ce que nous pouvions faire ensemble. Je me suis peu à peu acheminée vers une fin d'analyse.

Je suis sortie de cette expérience profondément changée, pleine de gratitude à son endroit, mais avec la peine de ne pas avoir été reçue dans une partie importante de moi. Pendant quelques années, je me suis efforcée de ne pas y penser et de rester focalisée sur le bon que m'avait apporté cette relation. Je me disais qu'aucune psychothérapie n'est parfaite, ce qui est vrai. On doit tous, patient comme psychothérapeute, renoncer au fantasme d'une thérapie qui réglerait tout. Mais la difficulté avec laquelle je restais était d'une autre nature : la blessure du lien, dont je ne mesurais pas encore la profondeur, était restée intacte et continuait son œuvre au noir. C'est dans le cadre d'un cours où je devais parler aux étudiants du transfert et du contre-transfert que j'en ai pris la mesure. Moi qui suis habituellement à l'aise devant un groupe d'étudiant, j'ai été soudainement envahie d'une angoisse paralysante au point où j'ai dû interrompre mon cours après seulement une heure. La blessure venait de s'ouvrir brutalement.

J'ai alors consulté de nouveau dans l'intention de réfléchir avec une tierce personne sur ce qui avait bien pu se passer dans cette analyse, à la fois la plus significative, mais aussi, d'une certaine manière, la plus douloureuse. Cette nouvelle consultation m'a grandement aidée à prendre du recul. Ce n'est pas tant ce qu'on a pu dire de l'analyse précédente qui m'a aidée comme la relation que j'ai développée avec cette nouvelle

personne. Avec elle, j'ai abordé aussi ce sujet si délicat, j'ai eu des réactions semblables à celles qui nous amenaient, mon ancien analyste et moi, dans une impasse. Mais avec cette nouvelle personne, au lieu de me retrouver dans un cul-de-sac, je débouchais sur une éclaircie, ce qui me permettait de retrouver de l'amour pour moi. C'est parce que j'ai pu sentir, dans sa manière de réagir à moi, de se relier à moi, la différence entre elle et lui, que j'ai pu départager ce qui m'incombait et ce qui revenait à mon précédent analyste dans cette rupture d'alliance.

Encore une fois, ce que je vivais là me convainquait de l'importance de l'accordage émotionnel. C'est grâce à lui que le changement se produit tout doucement et que, durant le déroulement de la psychothérapie, le patient évolue de micro changement en micro changement.

Comme le dit Ferro : « Cette microtransformation ne se produit pas en fonction d'un déchiffrement interprétatif, mais tout simplement en accueillant l'émotion que le patient est en train de vivre à ce moment-là. »

Mais il me restait un pas important à franchir. Je sentais qu'il me fallait revoir cet analyste pour reparler de tout cela. Cette relation avait été trop importante pour qu'on en reste sur ce malentendu. J'ai pris rendez-vous avec lui et nous avons enfin pu nous expliquer. Il a reconnu sa surdité de l'époque, il a admis que ce dont j'avais besoin, il pouvait difficilement me le donner pour des raisons touchant à sa personnalité. Il m'a aussi avoué avoir vécu des choses très difficiles dans sa vie personnelle au moment où notre lien s'était détérioré. Cette rencontre a été pour moi très réparatrice et m'a permis de me réconcilier avec les aspects plus difficiles de cette expérience. Elle m'a aussi convaincue de l'importance pour le patient de trouver auprès de nous réponse à son besoin d'intersubjectivité, ce besoin d'être vu, reconnu et compris.

Selon Daniel Stern, être reconnu dans sa subjectivité est un besoin fondamental chez l'être humain. C'est ce qui l'aide à se construire, à se reconnaître lui-même.

Au total, j'ai connu et travaillé avec cinq psychothérapeutes, dont quatre de la même approche. J'ai été exposée à cinq styles différents, cinq manières différentes de se relier à moi, on m'a renvoyé cinq perceptions de moi-même à la fois semblables, mais aussi toujours quelque peu différentes. Je peux aussi affirmer que tous étaient de bonne foi, qu'il n'y a eu là aucune mauvaise pratique. Une fois ces expériences derrière moi, les moments intenses vécus dans chacune de ces thérapies, positifs et négatifs, me sont revenus en mémoire à plusieurs reprises, souvent en association à ce que je vivais avec mes propres patients ou avec mes supervisés. Ils ont nourri ma réflexion autour de ce qui a contribué à me changer profondément, mais aussi de ce qui a pu entraver mon processus de changement. La plupart de ces moments ont quelque chose à voir avec la relation, l'écoute du malaise que je tentais de communiquer et qui était ou n'était pas reçu. Je n'étais pas une patiente facile, je le sais. J'avais mes blessures de liens, mes expériences d'abandon, mon tempérament farouche et sans doute aussi mes grandes exigences. Sans compter que, d'une fois à l'autre, les blessures des expériences précédentes venaient compliquer le tableau pour le nouveau psychothérapeute. Mais je

peux affirmer que j'avais aussi une grande motivation à tout faire ce qui était en mon pouvoir pour aller mieux. Pouvoir comparer comment chacun a composé avec la personne que je suis et sentir comment leur attitude a contribué à m'apaiser, à me construire, ou au contraire, à me mettre en colère ou à me laisser en proie à un sentiment de malaise et d'incompréhension, a renforcé en moi la conviction que... c'est la personne du psychothérapeute, bien plus que son approche, que ses bases théoriques ou que sa méthode de travail, qui est déterminante en psychothérapie. La relation thérapeutique se place maintenant pour moi au premier rang des facteurs en cause dans le processus de changement. Théories et techniques conservent leur importance, mais surtout pour nous. Quand on entre dans notre bureau de consultation, c'est notre personne qui compte le plus.

Ma compréhension de l'alliance thérapeutique a aussi beaucoup changé. Avant, je la voyais comme la condition préalable au travail thérapeutique.

Je crois maintenant qu'il s'agit plutôt d'un phénomène qui émerge de la rencontre intersubjective par des mécanismes en grande partie non conscients qui se produisent à la jonction des aspects relationnels, émotionnels et techniques. Son émergence est la conséquence, et non le point de départ, d'un travail thérapeutique adéquat, lequel est tributaire de l'accordage émotionnel du psychothérapeute au patient d'instant en instant à chacune des rencontres.

Mais qu'est-ce qu'un travail thérapeutique adéquat ? Et qu'entend-on par « rencontre intersubjective » et « accordage émotionnel » ?

C'est ici que la notion d'intersubjectivité entre en scène.

Le virage intersubjectif en psychanalyse

Durant les dernières décennies, plusieurs courants de pensée en psychanalyse ont pris ce qui est convenu d'appeler le virage intersubjectif. Celui-ci repense complètement la conception du traitement, de même que la place et le rôle du psychothérapeute dans le processus de changement. Il représente une véritable révolution par rapport aux conceptions psychanalytiques plus classiques.

Dans celles-ci,

- l'attention est centrée sur le fonctionnement intrapsychique du patient
- le transfert est vu comme la projection sur le psychothérapeute des figures parentales conflictuelles du patient ou des parties clivées et déniées de son Moi
- le contre-transfert est vu comme le dépôt de ces projections sur la personne du psychothérapeute par le mécanisme d'identification projective
- le but de la cure est de rendre conscient ce qui est inconscient
- et l'interprétation est la tâche principale du psychothérapeute.

Avec le virage intersubjectif

- le psychothérapeute est plus que jamais considéré comme un participant à part entière
- l'attention est mise sur la relation intersubjective vue comme vecteur du changement
- transfert et contre-transfert sont vus comme une modalité de communication émotionnelle implicite où les deux personnes en relation sont autant susceptibles l'une que l'autre d'avoir recours à l'identification projective, d'être le dépôt des projections de l'autre, d'influencer positivement ou négativement la relation, et d'être transformé par elle
- la subjectivité du psychothérapeute, i.e. ce qui le caractérise en propre, son histoire, sa personnalité, ses productions mentales (images, émotions, rêves), sa manière propre de réagir au patient, est considérée comme son principal instrument de connaissance et de compréhension du patient en relation avec lui
- le but de la cure n'est plus centré sur la prise de conscience, mais plutôt sur le développement de l'appareil psychique du patient pour le rendre plus apte à penser son expérience
- et la tâche du psychothérapeute n'est plus prioritairement d'interpréter, mais plutôt de mettre en place les conditions relationnelles susceptibles de favoriser ce développement
- c'est la somme d'expériences répétées de micro-unissons qui permet ce développement de l'appareil à penser du patient
- on n'est plus dans l'idée que quelque chose doit être découvert et compris, mais dans l'idée que quelque chose doit se construire dans et par la relation.
- l'interprétation n'est plus vue comme l'œuvre du psychothérapeute qui décode l'inconscient du patient, elle est co-construite par les deux participants et se veut une proposition d'un sens toujours non exhaustif, en devenir, qui trouve dans les émotions du couple thérapeutique l'impulsion pour de nouvelles significations, plus complexes et plus articulées.

Le virage intersubjectif est récent en psychanalyse et, bien que plusieurs courants de pensée l'aient pris, la manière de définir l'intersubjectivité et de concevoir la place et le rôle du psychothérapeute ne fait pas l'unanimité.

Connaissant mieux aujourd'hui la position des différents courants, je reconnais dans la manière de travailler de mon analyste la position des intersubjectivistes américains. Ces derniers ont pris ce virage à 180 degrés en rejetant la métapsychologie psychanalytique et le rôle du fonctionnement intrapsychique de l'individu dans la relation. Pour eux, seule l'intersubjectivité compte pour expliquer les mouvements relationnels.

Pour ma part, je me rallie davantage à la position de Daniel Stern et des psychanalystes italiens et sud-américains inspirés de Wilfred Bion. Ceux-ci ne rejettent ni la métapsychologie ni l'importance de l'intrapsychique dans les aléas de la relation thérapeutique. Ils s'efforcent plutôt d'intégrer ces acquis à la compréhension de ce qui se joue dans l'intersubjectivité.

La psychothérapie, un cheminement à deux...

Selon Daniel Stern, le processus de changement en psychothérapie se produit à l'intérieur de la relation et grâce à celle-ci. C'est ce que psychothérapeute et patient font ensemble qui fait progresser la démarche.

En psychothérapie, patient et psychothérapeute poursuivent simultanément deux objectifs : un objectif explicite et un objectif implicite.

- Pendant que les deux travaillent à l'objectif explicite dont ils ont convenu au départ et qui concerne les buts de la psychothérapie,
- Simultanément et sans se le dire, les deux se préoccupent du climat de leur relation parce que les deux ont intérêt à ce que celle-ci soit profitable. C'est l'objectif implicite qui concerne la co-création et la régulation de leurs rapports tels qu'ils prennent forme hors conscience.

Le psychothérapeute, un participant à part entière

Dans ce cheminement à deux, psychothérapeute et patient travaillent à réguler la communication afin d'éviter que les heurts et les incompréhensions ne viennent menacer la relation.

Cependant, parce que le patient qui consulte éprouve souvent des difficultés dans ses relations interpersonnelles et la régulation de ses émotions, il est moins bien équipé pour faire ce qu'il faut afin de maintenir le lien. Il peut lui arriver plus fréquemment d'interrompre la communication et de provoquer la rupture du contact émotionnel. Le psychothérapeute doit d'autant plus s'efforcer de maintenir le plus possible une vision clairvoyante des aléas de la relation, des mouvements d'approche et de recul, afin de traverser ces phases difficiles, car il sait que l'objectif explicite ne peut être atteint qu'à travers un échange de qualité.

Sa principale tâche consiste donc à réguler le champ intersubjectif d'instant en instant à chaque rencontre.

Le fait que l'alliance émerge de la rencontre intersubjective et s'élabore en grande partie dans l'implicite explique que bien des aléas de la relation thérapeutique puissent lui échapper. Contenir les projections des patients, les émotions non encore mentalisées, être celui sur qui la personne en crise, déprimée ou angoissée s'appuie, être attentif à ce qui se passe dans la relation intersubjective d'instant en instant, savoir utiliser ce qui est co-construit par les deux psychés en interaction, tout cela demande au psychothérapeute une grande disponibilité à soi et à l'autre.

En parallèle à notre travail, nous avons notre propre vie avec ses moments de tension et de conflits, ses deuils, ses préoccupations. Dans le cheminement à deux qu'est la psychothérapie, nous devons toujours nous rappeler que nous sommes présents avec tout le poids de notre subjectivité. Nous devons veiller à ce que nos tracasseries personnelles n'empiètent pas sur notre travail et que notre travail n'empiète pas sur notre vie personnelle.

Mais, malgré nos efforts conscients pour éviter la contamination, celle-ci peut toujours se produire. Comme tout être humain, on peut parfois ne pas être en contact avec notre souffrance mentale et se protéger contre elle. Dans ces cas, à notre insu, nous sommes moins disponibles à accueillir les projections et émotions négatives de notre patient. La supervision devient ici une aide précieuse et il ne faut pas hésiter à y avoir recours. Souvent, c'est le patient lui-même qui nous avertit que quelque chose ne va pas, que nous ne sommes pas en accordage avec lui.

Ferro dit : « Le patient observe et renseigne l'analyste sur la nature de sa relation à lui, il lui décrit son éloignement ou sa non tolérance à l'égard de ce que lui-même peut dire. Ainsi le patient est le miroir de l'éloignement de l'analyste, ce qui lui permet de rétablir le contact et de repérer ce qu'il n'a pas voulu entendre. » Nous devons toujours tenir compte de ce que notre patient nous exprime à notre propos, verbalement, de manière explicite ou imagée, ou encore non verbalement.

Conclusion

J'aimerais conclure cette conférence sur un autre conseil de Bion. Ce dernier avait l'habitude de dire que pour être pleinement à l'unisson avec son patient, pour le rejoindre là où il est au moment où il y est, le psychothérapeute devrait se présenter à chaque entrevue « sans mémoire et sans désir », ceci pour ne pas risquer d'enfermer le patient dans une compréhension préformée ou une attente précise.

Adopter une telle position n'est pas simple parce qu'elle suppose une grande capacité à se mettre soi-même temporairement entre parenthèses, à suspendre ses propres désirs et besoins, ce qui exige qu'on se connaisse très bien sur ce plan, sur nos motivations inconscientes à faire ce travail. Se présenter à chaque entrevue « sans mémoire et sans désir », c'est viser l'idéal, et le psychothérapeute demeure un être humain avec ses zones d'ombre. Parce qu'il est un participant à part entière, il doit être conscient que ses réactions personnelles peuvent parfois être à l'origine de blessures chez le patient. Aucune autre relation que la relation thérapeutique n'est aussi intime, aucune autre ne met autant à nu le patient dans toute sa fragilité, aucune autre n'engage autant la responsabilité de l'intervenant.

Pour Serge Tisseron, l'intersubjectivité en psychothérapie suppose que chacun des deux partenaires reconnaisse à l'autre le pouvoir de l'informer utilement sur des aspects de lui-même qu'il ignore et qui ont un impact sur l'autre. Le patient qui nous consulte nous octroie ce droit d'emblée. Nous devons le lui accorder également. Se questionner sur notre part lorsqu'une relation thérapeutique s'enlise dans une incompréhension, s'oriente vers une impasse, exige une grande honnêteté face à soi-même et nous

confronte avec des aspects de nous-mêmes pas toujours faciles à s'avouer. Mais n'en est-il pas de notre responsabilité de le faire ?



Épilogue

Conrad Lecomte, Ph.D.

Que pouvons-nous conclure suite à ce colloque ? D'abord que d'offrir un cadre commun de travail comme celui de la relation thérapeutique à des représentants de grandes approches psychothérapeutiques semble être une méthodologie des plus pertinentes pour faire progresser la réflexion sur la pratique de la psychothérapie. Une réflexion qui s'est inscrite dans un climat de respect, de rigueur et d'intérêt qui a été apprécié par l'ensemble des participants. Il semble que les psychothérapeutes n'aient pas souvent la possibilité de s'engager dans un tel processus de réflexion multi-théorique. Plusieurs participants ont manifesté haut et fort leur souhait qu'une telle formule de travail soit reprise à partir de thématiques déterminantes en psychothérapie.

Suite à l'écoute et l'analyse des présentations de chacun des conférenciers(ères), quelques conclusions fondamentales semblent se dégager.

De façon explicite ou implicite, l'importance de la relation thérapeutique est clairement reconnue et soulignée. Dans certaines approches la relation est vraiment l'outil de travail par excellence, dans d'autres elle est plutôt une influence essentielle de façon sous-jacente.

De façon similaire, certaines approches décrivent directement l'influence déterminante des caractéristiques du psychothérapeute alors que d'autres y réfèrent indirectement en décrivent les compétences requises de leur approche.

Plus l'approche met de l'avant des techniques, moins le rôle de la relation est clairement défini. Mais dans tous les cas, elle semble importante. C'est d'ailleurs ce que le patient ne manque pas de souligner à son psychothérapeute, tout en reconnaissant la contribution des techniques.

Dans toutes les approches, la difficulté d'établir et de maintenir soit une régulation interactive ou soit une alliance thérapeutique est reconnue. Les enjeux de cette difficulté sont soit élaborés explicitement ou implicitement dans des exemples cliniques.

La problématique des ruptures relationnelles ou encore de la dérégulation interactive ou affective n'est abordée de façon explicite que par quelques approches au cours de collo-

que. Dans les autres approches, on soupçonne leur influence non reconnue explicitement. Pourtant la littérature scientifique et clinique sur le sujet indique qu'elles sont non seulement fréquentes mais déterminantes. Dans une des approches présentées lors du colloque, l'expérience des ruptures relationnelles en psychothérapie a été décrite de façon expérientielle, le constat est bouleversant de vérité. On y découvre non seulement l'expérience traumatisante des ruptures relationnelles en psychothérapie mais plus encore jusqu'à quel point le processus si crucial de la réparation est méconnu. Ce témoignage illustre bien que sans un lien fiable où on se sent compris et validé, un changement thérapeutique significatif n'est pas possible.

Ce colloque aura permis de reconnaître et de souligner l'importance et le rôle de la relation et du psychothérapeute en psychothérapie. Cette reconnaissance fait écho aux résultats des multiples recherches sur l'expérience du client en psychothérapie. En effet, dans ces recherches lorsqu'on demande aux clients d'identifier les facteurs les plus significatifs des changements vécus en psychothérapie, de façon significative, ils soulignent l'importance d'une relation fiable et sensible à leur expérience, permettant une curiosité réflexive face à eux-mêmes et aux autres, soutenue par diverses techniques. Pour quiconque a vécu une expérience de vulnérabilité significative, une telle conclusion va de soi.

Les résultats de la recherche tout comme ceux de la pratique clinique suggèrent que les qualités, les attitudes et les caractéristiques relationnelles du psychothérapeute contribuent de façon significative à l'effet des techniques spécifiques et à l'efficacité thérapeutique. En fait, l'application pertinente et efficace d'interventions spécifiques est intimement liée à la capacité du psychothérapeute d'établir une régulation interactive par une alliance thérapeutique et de réguler les impasses relationnelles. Jusqu'à maintenant, les recherches en psychothérapie se sont trop limitées à des études quantitatives des traitements en psychothérapie qui permettent de conclure de façon globale à l'efficacité équivalente des approches. Dans l'avenir, il semble des plus pertinents de s'engager dans un nouvel agenda soit celui de l'exploration qualitative approfondie de l'expérience des clients, des psychothérapeutes et de la relation thérapeutique.



Quelques photos d'ambiance



COLLOQUE PSYCHOTHÉRAPIE 2018

"Êtres en relation"

Hôtel Le Bonne Entente,
Québec, vendredi 1^{er} juin et samedi 2 juin 2018

Un événement signé

rpccq
Regroupement des psychologues
cliniciens et cliniciennes de Québec



















REMERCIEMENTS À NOS PARTENAIRES



LE BONNE ENTENTE
QUÉBEC



MON ESPACE DE VIE

