

Santé-maladie : représentations et pratiques en Gestalt-thérapie

Frédéric Brissaud

Publié dans les Cahiers de Gestalt-Thérapie édités par le CEG-t, n°28, décembre 2011

1. Introduction

Lorsqu'une personne fait la démarche d'aller « voir quelqu'un » et d'entamer une psychothérapie, c'est généralement pour trouver une issue à une souffrance, un mal-être, une difficulté, c'est parfois, mais plus rarement, dans une perspective de prévention, de « développement personnel » ou de connaissance de soi.

Le cadre de pensée traditionnel véhiculé par notre culture conduit à appréhender ces personnes en demande d'aide à partir d'une distinction santé-maladie ou normal-pathologique. Il est aussi couramment admis que toute approche thérapeutique s'appuie, au moins implicitement, sur une définition de la santé et de la pathologie, et que la thérapie vise le traitement de la pathologie en vue de restaurer la santé.

Les auteurs du livre marquant la naissance de la Gestalt-thérapie inscrivent leur approche psychothérapeutique dans cette perspective traditionnelle et consacrent une grande partie de leur ouvrage à une réflexion sur les notions de santé et de pathologie, le chapitre 6 s'intitule d'ailleurs « Nature humaine et anthropologie de la névrose ». Les auteurs postérieurs, jusqu'aux auteurs contemporains, inscrivent, eux aussi, leurs réflexions et leurs écrits dans la même perspective santé-maladie-thérapie.

Cependant, à y regarder de plus près, on constate que les pratiques cliniques n'entrent pas toutes dans ce cadre de pensée traditionnel, sans toutefois qu'ait été réalisé le travail d'articulation ou de réduction de l'écart entre ces pratiques et ce cadre traditionnel. Continuer à se référer théoriquement à ce cadre de pensée maintient ainsi des incohérences entre pratiques et discours au sujet de ces pratiques¹. Cet écart est le lot commun de toutes les pratiques, professionnelles ou non, y compris celle des scientifiques², et il n'entrave habituellement pas l'exercice, sauf lorsqu'il s'agit de rendre compte de ces pratiques, notamment pour les transmettre.

Il n'y aurait donc pas lieu de s'en alarmer si toutefois ce décalage ne touchait pas un point fondateur, la distinction santé-maladie, lorsque l'on prétend « prendre soin de ». Point d'autant plus crucial concernant la psychothérapie, dans le contexte actuel d'annexion du titre de psychothérapeute par le champ médical qui se fonde justement sur une distinction santé-maladie et convoite les pratiques qui s'appuient sur cette distinction.

Il paraît donc urgent de mieux saisir ce décalage entre une référence théorique à la distinction santé-maladie et certaines pratiques gestaltistes, pour proposer des pistes visant à y remédier.

2. Santé-maladie : conceptualisation gestaltiste

Selon Perls et Goodman³, « chaque école de psychothérapie a une conception de la nature humaine et cette nature, dans la névrose, est refoulée et régressée ; son objectif est alors de la *retrouver* ou de *l'amener à maturité* »⁴. Les notions de « nature humaine », de santé et de pathologie, sont largement présentées et discutées, et ils écrivent qu'il y a « une différence importante entre la personne normale et le névrosé... »⁵.

Cette distinction santé-maladie, largement reprise par les auteurs gestaltistes contemporains, est déclinée à partir de différents points de vue. Cependant, comme c'est souvent le cas dans cet ouvrage initial, les ouvertures et les avancées ne sont pas toujours tenues de façon continue et rigoureuse, au fil des pages, conduisant à des polysémies et des contradictions. Les concepts de santé, de maladie, de thérapie n'y échappent pas.

¹ Les théories étant une catégorie particulière de discours au sujet de la pratique.

² D. Pestre (2006).

³ Auteurs de l'ouvrage marquant la naissance de la Gestalt-thérapie, PHG (1951).

⁴ PHG (1951), p. 110.

⁵ PHG (1951), p. 144.

2.1. À partir du concept d'ajustement créateur

« Au centre de la théorisation gestaltiste en tant que moyen et finalité de la cure, l'ajustement créateur désigne cette capacité [...] à être transformé par l'environnement en même temps qu'on en est transformateur. »⁶

L'environnement désigne ici l'infime partie du monde « extérieur » à une personne dont elle fait l'expérience en un lieu donné et un moment donné. Pour Perls et Goodman, une personne⁷ est en interaction permanente avec son environnement, ne serait-ce que par la respiration ou par la nécessité de composer avec la pesanteur. Si cette interaction n'est pas perturbée, elle se déroule selon une succession d'ajustements créateurs permettant l'autopréservation et le développement. C'est, selon PHG, la « loi fondamentale de la vie »⁸.

Le concept d'ajustement créateur désigne l'opération, impliquant une personne et son environnement, par laquelle la personne va rechercher, intérioriser puis assimiler le « matériel » nécessaire à sa survie ou à son développement. En fonction du « matériel » considéré et assimilé ce développement prend des noms divers : « croissance en taille, restauration, procréation, rajeunissement, récréation, assimilation, apprentissage, mémoire, habitude, imitation, identification »⁹.

La vision optimiste de la santé chez Perls et Goodman pose l'hypothèse d'une autorégulation spontanée selon le principe de l'homéostasie¹⁰ et l'ajustement créateur comme une capacité naturelle et innée.

La pathologie est donc définie comme l'altération ou la perte de cette capacité d'ajustement créateur et résulte des interruptions, inhibitions et autres accidents qui viennent compromettre le bon déroulement de cette opération¹¹.

« Trop d'ajustement, trop d'adaptation, c'est la névrose ; trop de création, c'est la psychose »¹².

Dès lors, la psychothérapie visera à restaurer ou renforcer nos aptitudes à l'ajustement créateur¹³, l'objectif étant de réveiller ce potentiel créateur¹⁴.

2.2. À partir du concept de Self

Dans une vision fonctionnelle de l'être humain, le self est l'acteur de l'interaction personne/environnement, le « responsable » de l'opération d'ajustement créateur et de la création de « bonnes » formes.

« La névrose est la perte des fonctions-moi au profit de la physiologie secondaire en tant qu'habitudes non disponibles. [...] En tant que perturbation de la fonction self, la névrose se situe à mi-chemin entre la perturbation du self spontané, qui est la souffrance, et la perturbation des fonctions ça, c'est-à-dire la psychose »¹⁵. La névrose est définie comme la perte de fonctionnement du self qui permet aux routines, à la physiologie secondaire, au système d'habitudes d'assurer les ajustements minimaux¹⁶. Le self névrotique a perdu une partie de ses fonctions-moi¹⁷.

La thérapie est alors un travail de restauration ou d'actualisation du self¹⁸, de restauration des capacités de choix, c'est-à-dire, un travail permettant un plein fonctionnement de l'ego¹⁹.

Dans cette perspective, Perls et Goodman proposent un critère de fin de la thérapie : « Lorsqu'en état d'urgence, le self peut rester en contact et poursuivre, la thérapie est terminée. »²⁰

⁶ J-M. Robine (2004), p. 83.

⁷ Pour faciliter l'accès du texte aux non gestaltistes, le terme de « personne » est préféré à celui d'« organisme » employé par PHG et repris par les auteurs gestaltistes contemporains. Cette substitution terminologique ne nuit pas à la compréhension du propos.

⁸ PHG (1951), p. 270.

⁹ PHG (1951), p. 270.

¹⁰ Chantal Masquelier-Savatier (2008), p. 108.

¹¹ Chantal Masquelier-Savatier (2008), p. 108.

¹² J-M. Robine (1997), p. 44.

¹³ J-M. Robine (1997), p. 61. et J-M. Robine (2004), p. 90.

¹⁴ Chantal Masquelier-Savatier (2008), p. 222.

¹⁵ PHG (1951), p. 282.

¹⁶ J-M. Robine (2004), p. 92.

¹⁷ PHG (1951), p. 283.

¹⁸ J-M. Robine (2004), p. 92.

¹⁹ J-M. Robine (1997), p. 49-50.

²⁰ PHG (1951), p. 319.

2.3. À partir du concept de Gestalt

Dans PHG, la vie psychique se déroule selon une suite de prises de forme, selon une succession de construction/destruction de Gestalt en un flux ininterrompu. Dans cette perspective, « la formation de Gestalts complètes et compréhensibles est la condition de la santé mentale et du développement »²¹ et pour Jean-Marie Robine, « le modèle du fonctionnement sain pour la Gestalt-thérapie, c'est la "bonne" formation d'une Gestalt forte, à l'instant juste. »²²

« Le processus de la thérapie consiste donc à modifier les conditions et à fournir d'autres fonds à l'expérience, jusqu'à ce que le self découvre-et-invente la figure »²³ et « la réalisation d'une Gestalt forte est en elle-même curative. »²⁴

2.4. Point

Les notions de santé, de pathologie et de thérapie auraient pu être abordées à partir d'autres concepts, par exemple celui de contact pour évoquer les « pathologies du contact »²⁵ et les propositions d'une « contactopathologie », mais cette brève et très partielle exploration des écrits gestaltistes, anciens ou contemporains, permet de constater qu'ils situent la Gestalt-thérapie comme une approche se référant explicitement aux concepts de santé, de pathologie et de thérapie :

- Santé : ajustement créateur non perturbé, self pleinement opérant, plein fonctionnement de la fonction ego, Gestalt claires et fortes.
- Pathologie : ajustement créateur perturbé, altération du self, pertes de fonction ego, Gestalt faible et terne.
- Thérapie : restauration de l'ajustement créateur, du self, de la fonction ego, de Gestalt claires et fortes.

Dans le champ médical, la santé est habituellement conçue comme un équilibre et la pathologie comme la rupture de cet équilibre. Le soin vise alors à rétablir l'équilibre initial ou à tendre vers un nouvel équilibre. De ce point de vue, l'originalité des propositions de Perls et Goodman, reprises par les auteurs gestaltistes successifs, consiste à remplacer la référence à l'équilibre par une référence à l'autopréservation et au développement, considérés comme indissociables, l'humain étant jugé par essence en développement permanent. La Gestalt-thérapie abandonne donc une conception statique de la santé pour en proposer une conception dynamique. En revanche, elle n'en reste pas moins, dans les écrits théoriques tout au moins, inscrite dans un cadre de pensée que j'ai proposé d'appeler « paradigme traditionnel »²⁶ : la santé est un état clairement défini et atteignable, la pathologie est une altération de cet état et l'acte thérapeutique consiste à tenter de restaurer cet état ou de l'atteindre.

Ce texte pourrait s'arrêter ici. En effet, des générations d'auteurs gestaltistes ont peaufiné ces représentations et ces discours au sujet de la Gestalt-thérapie et personne ne semble trouver à y redire, cette unanimité pouvant laisser croire que la question du choix du cadre de pensée à partir duquel aborder la souffrance psychique du patient est entendue et ne fait plus débat.

Et effectivement, les discussions et les divergences des auteurs ne portent pas tant sur la nécessité de se référer à une distinction santé-maladie et de disposer d'une psychopathologie, mais bien plus sur la nature de cette dernière : doit-elle être spécifique ou non à la Gestalt-thérapie ? Doit-on construire une contactopathologie ? La conceptualisation gestaltiste ne constitue-t-elle pas, déjà, en elle-même, une forme de psychopathologie ?

Cependant, par la médicalisation croissante de la société, dont la réglementation du titre de psychothérapeute constitue une des péripéties, les canons méthodologiques de la médecine entrent chaque jour un peu plus dans les mœurs. Cette prégnance grandissante du mode de pensée médical nous oblige, d'une part, à mesurer les conséquences d'une référence à la distinction santé-maladie, la médecine ayant tendance à annexer les champs s'y référant, et, d'autre part, à vérifier que nos pratiques cliniques s'appuient bien, dans les faits, sur une telle distinction.

²¹ PHG (1951), p. 39.

²² J.-M. Robine (1997), p. 48.

²³ PHG (1951), p. 283.

²⁴ PHG (1951), p. 55.

²⁵ J.-M. Robine (1997), p. 67.

²⁶ F. Brissaud (2010).

3. Conséquences d'une référence à la distinction santé-maladie

Le paradigme traditionnel, dont la médecine en est la discipline qui a poussé la logique le plus loin, est fondé sur la distinction santé-maladie. La santé est un état défini et atteignable que l'acte thérapeutique vise à restaurer ou à atteindre.

3.1. Conséquences générales

Lorsque l'acte thérapeutique vise la restauration de la santé, il semble cohérent, d'une part, que cette restauration soit visée seulement si la santé est altérée et, d'autre part, que l'acte thérapeutique prenne fin dès que cette restauration est effective. La compétence et la responsabilité du diagnostic, visant à déterminer l'état de santé du patient et donc à établir la nécessité du traitement et l'atteinte de la guérison, relèvent, à l'évidence, du praticien et non du patient.

Les moyens mis en œuvre par le praticien doivent avoir montré qu'ils permettent d'atteindre l'objectif visé et qu'ils sont efficaces pour l'atteindre. C'est-à-dire qu'il doit être prouvé, notamment mesuré et confirmé, que ces moyens sont au moins aussi « bons » que d'autres pour atteindre la santé.

Compte tenu de la diversité des altérations de la santé, on ne peut espérer restaurer la santé avec une méthode unique, à moins de croire à l'existence d'une méthode miracle omnipotente. Par conséquent, il faut avoir classifié les altérations et recherché la méthode thérapeutique la plus efficace pour chaque classe d'altération.

Le diagnostic conduit le praticien à déterminer la nécessité de l'intervention thérapeutique mais aussi, si elle est requise, à déterminer la meilleure intervention.

La rigueur et la légitimité de la méthode scientifique en font la démarche de prédilection pour l'élaboration d'une classification des altérations et pour la recherche des thérapeutiques les plus efficaces pour chaque classe d'altération.

En résumé, se référer à une distinction santé-maladie impose donc incontestablement et légitimement que :

- le traitement thérapeutique soit mis en œuvre seulement s'il y a pathologie,
- le traitement thérapeutique prenne fin dès que la santé est rétablie,
- la responsabilité de déterminer si la santé est rétablie ou s'il est pertinent de poursuivre le traitement relève du praticien,
- la responsabilité de déterminer le meilleur traitement pour le patient et de l'ajuster si nécessaire relève du praticien,
- le praticien se fonde sur une typologie des affections et sur un « recueil des meilleures pratiques »,
- la communauté conduise des recherches visant à évaluer les traitements les plus efficaces pour les différentes classes d'altération.

Se référer à une distinction santé-maladie impose donc de se placer dans des dispositifs visant à évaluer méthodiquement l'efficacité des moyens mis en œuvre pour restaurer la santé et la nécessité de fonder sa pratique sur une classification des affections et sur des recueils des meilleures pratiques et des meilleurs traitements pour chaque type d'affection.

3.2. Conséquences en Gestalt-thérapie

Lorsque la Gestalt-thérapie se réfère à la distinction santé-maladie, rien ne permet de justifier qu'elle échappe à ces exigences.

Par exemple, s'il s'agit de restaurer l'ajustement créateur lorsqu'il est perturbé, sa restauration ne devrait être visée que si le gestalt-thérapeute a établi que cette capacité est perturbée. Et son intervention devrait prendre fin dès que l'ajustement créateur est à nouveau pleinement opérant.

De plus, il serait nécessaire que l'approche mise en œuvre par les gestalt-thérapeutes ait démontré une efficacité au moins identique à celle d'autres approches pour restaurer l'ajustement créateur. Ou alors il faut justifier que le praticien ne recoure pas à la méthode la plus efficace pour restaurer la santé du patient.

Pour cela, il y aurait à classer les différentes perturbations possibles de l'ajustement créateur, à rechercher la méthode la plus efficace pour chaque catégorie de perturbation et à exiger que les gestalt-thérapeutes se référant à une distinction santé-maladie aient acquis de solides compétences diagnostiques. Ou alors, à nouveau, il faudrait justifier que le praticien ne recoure pas à la méthode la plus efficace.

On constate donc que l'intervention des scientifiques dans le champ des psychothérapies, intervention tant décriée et rejetée par les psychothérapeutes notamment lorsqu'ils visent à évaluer l'efficacité des pratiques thérapeutiques, est inhérente à une référence à la distinction santé-maladie. Et rien ne permet de justifier que la psychothérapie, y compris la Gestalt-thérapie, lorsqu'elle se réfère à la distinction santé-maladie, constitue un cas à part situé hors de cette logique évaluative.

Dans ces conditions conceptuelles, il n'apparaît en rien anormal que la psychothérapie soit considérée comme relevant du champ médical... et que le titre de psychothérapeute soit annexé par la médecine.

Maintenir un tel choix conceptuel devrait amener la communauté gestaltiste à œuvrer :

- pour que ses membres acceptent de se placer dans des dispositifs d'évaluation de l'efficacité de leur pratique,
- pour qu'ils aient acquis de solides compétences en matière de diagnostic, de connaissance de l'efficacité des différentes psychothérapies, et notamment de l'efficacité de la Gestalt-thérapie et de ses limites,
- pour qu'ils travaillent à dépasser ces limites actuelles de la Gestalt-thérapie vers une efficacité plus large,
- et, sans doute, pour que les gestalt-thérapeutes se forment à d'autres approches thérapeutiques, à moins d'accepter de limiter leurs interventions aux seuls patients atteints d'affections pour lesquelles la Gestalt-thérapie a été reconnue comme la thérapeutique la plus efficace.

Ces considérations ont des conséquences sur la formation des praticiens. En effet, toute pratique inscrite dans ce paradigme traditionnel est fondée sur la capacité diagnostique du praticien et sur sa connaissance des thérapeutiques et de leur efficacité. Ces points doivent donc, à l'évidence, occuper une place fondamentale dans la formation des praticiens.

3.3. Prolongement : le travail de G. Delisle

On peut regarder dans une telle perspective le travail mené depuis plusieurs années au Québec par Gilles Delisle sur la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet ou Gestalt-thérapie du lien. À ses yeux²⁷, la Gestalt-thérapie est une école de pensée qui a apporté une contribution majeure au champ des psychothérapies. Ses lignes de force sont largement reconnues et pertinentes sur le plan de la pratique clinique, notamment pour le traitement des différents troubles (de l'alimentation, sexuels, du langage...), des états de stress post-traumatique, de l'alcoolisme, etc. En revanche, sa théorie, qui a somme toute peu évolué depuis 1951, comporte des lacunes conceptuelles largement dénoncées.

Se référant à une vision bipartite très répandue selon laquelle une méthode thérapeutique est composée d'une théorie et de technique, il évoque le risque qu'à la longue on puisse continuer à reconnaître à la Gestalt-thérapie « une puissance et une réelle pertinence sur le plan de la technique, tout en rejetant sa théorie parce qu'à la fois trop hermétique, insuffisamment développée et inapte à rendre compte des réalités cliniques contemporaines »²⁸. Il développe donc et enrichit la théorie gestaltiste en s'appuyant sur les travaux de l'École Britannique des Relations d'Objet et sur l'avis que l'épistémologie contemporaine exige d'une méthode thérapeutique qu'elle fournisse des réponses aux questions suivantes²⁹ :

- Quelle est sa conception du développement normal et pathologique ?
- Quels outils conceptuels et cliniques propose-t-elle pour l'évaluation de l'état psychologique de la personne qui consulte ?
- Comment définit-elle une trajectoire thérapeutique différentielle selon la problématique clinique ?
- Quels outils d'intervention permet-elle légitimement d'utiliser et à quelles conditions ?

²⁷ G. Delisle(2002).

²⁸ G. Delisle(2002).

²⁹ G. Delisle(2002).

Ce prolongement du travail initial de PHG se situe à l'évidence dans le cadre du paradigme traditionnel, fondé sur une distinction santé-maladie, avec les conséquences vues plus haut, et donc avec les implications incontournables sur la pratique des gestalt-thérapeutes et sur les cursus de formation.

4. Oui, mais...

Il est souvent affirmé que toute pratique se fonde sur une théorie. Les pratiques gestaltistes appuyées aux définitions rappelées dans la section 2, devraient donc relever du paradigme traditionnel.

Cependant, on peut en douter. En effet, l'observation empirique, confirmée par maints travaux scientifiques³⁰, montre qu'un écart significatif sépare toujours une pratique, quelle qu'elle soit, et les discours censés témoigner de cette pratique ou la fonder³¹. La Gestalt-thérapie n'échappe évidemment pas à ce constat. Cet écart discours-pratique est sans doute d'autant plus grand que la pratique considérée s'éloigne d'un déroulement procédural codifiable. Or justement, les gestalt-thérapeutes revendiquent une pratique se démarquant clairement d'une pratique procédurale descriptible dans un manuel, certains auteurs la situant même dans une perspective esthétique³².

Construire des discours crédibles au sujet de la pratique clinique des gestalt-thérapeutes et visant à réduire l'écart pratique-discours requiert un travail méthodique approfondi, dont une première tentative montre la difficulté³³. Tant que ce travail ne sera pas mené, les récits portant sur la pratique se trouvent renvoyés à n'être que le reflet de la conviction de l'auteur dont Pierre Vermersch note, de façon certes un peu radicale, qu'ils sont très généralement « des généralités, des monceaux d'anecdotes truffées de théories naïves implicites »³⁴.

À titre d'illustration de cet écart discours-pratique, il y a quelques années, j'énonçais que mon intention, comme gestalt-thérapeute, était de contribuer à restaurer la capacité d'ajustement créateur des patients que je recevais. À l'époque, ce discours au sujet de ma pratique était sincère : je croyais que c'était effectivement le but que je poursuivais. Aujourd'hui, après un travail approfondi d'observation de ma pratique, je ne vise pas cet objectif et si mon style a évolué au fil de ces années, nombre d'indices me montrent que mon intention thérapeutique « en situation », celle qui oriente effectivement ma pratique, n'a pas évolué. Autrement dit, je dois reconnaître aujourd'hui que la représentation que j'avais à l'époque de ma pratique était erronée.

À ce jour, les gestalt-thérapeutes, et plus largement les praticiens de la psychothérapie, ne semblent pas avoir pris la mesure de l'intérêt et de la nécessité de construire des récits valides de leur pratique et n'ont pas, à ma connaissance, commencé à se mobiliser dans ce but. Sans cette étape préalable, il est difficile de confronter, de façon approfondie, les positions conceptuelles, notamment au sujet de la référence à la distinction santé-maladie, avec les pratiques cliniques effectives. Toutefois, il est possible de proposer une première approche des pratiques à partir de faits peu susceptibles de décalages importants entre pratique et théorie.

5. La clinique gestaltiste

Il est évidemment probable que la pratique clinique de certains gestaltistes s'appuie effectivement sur une distinction santé-maladie, mais ce n'est certainement pas le cas de tous.

5.1. Points de distinction

Ma propre psychothérapie, ma formation de gestalt-thérapeute et plus de dix années d'observation de ma pratique thérapeutique, de co-animation en groupes thérapeutiques, de travail avec différents superviseurs gestaltistes (notamment Jean-Marie Robine et Jacques Blaize) et de discussions approfondies avec d'autres gestalt-thérapeutes, et plus récemment, la confrontation des pratiques au sein de l'institut

³⁰ L. Mandeville (2004), p. 17.; E. Leplay (2006), p. 12; Y. St-Arnaud (2004), p. 105; B. Bourassa et al (1999) p. 53.

³¹ Cette situation touche également la pratique des scientifiques eux-mêmes, voir notamment D. Pestre (2006).

³² J-M. Robine (2006).

³³ F. Brissaud (2007), p. 263.

³⁴ P. Vermersch (1999).

GREFOR dans le vif de situations groupales co-animées et le travail d'explicitation de la pratique conduite dans le cadre de l'atelier AREPEGE³⁵ m'amènent à penser que la pratique clinique de nombreux gestalt-thérapeutes se distingue sur plusieurs points d'une pratique inscrite dans le paradigme traditionnel :

- Ils acceptent un patient en thérapie d'abord sur la base de sa motivation à entamer une psychothérapie, qu'il soit ou non jugé « malade » par ailleurs, et à partir de leur sentiment de compétence à accompagner ce patient.
- Les interventions qu'ils font, d'instant en instant au fil de la séance, ne sont pas orientées par l'intention d'atteindre un état prédéfini, bien que l'amélioration globale du patient à long terme puisse être l'espoir du gestalt-thérapeute, l'horizon dans lequel il inscrit son acte thérapeutique.
- La décision de mettre un terme à la psychothérapie revient au patient et non au thérapeute, mais il peut donner son point de vue en le discutant avec le patient lorsqu'il estime que ce dernier se met en danger en interrompant la psychothérapie.
- Ils accompagnent les évolutions successives de l'état du patient, qu'elles apparaissent et/ou soient vécues comme des améliorations, des régressions ou des stagnations, sans idée préconçue de l'évolution à venir sans encourager les améliorations ni combattre les régressions.
- Ils mettent au centre de leur visée thérapeutique le développement de la conscience que le patient a de son expérience dans le cours de la situation thérapeutique et sa mise en sens, visée inscrite dans le cadre de son implication dans l'interaction avec le patient et de son engagement dans la relation thérapeutique.

Il en découle que :

- Acceptant les patients sur la base de leur motivation et ne visant pas un état prédéfini, la distinction santé-maladie ne constitue pas un repère fondamental dans leur façon de mettre en œuvre la Gestalt-thérapie.
- La visée thérapeutique est identique pour tous les patients. Le jugement de l'état de la personne conduit seulement à un aménagement du travail qui ne remet pas en cause la visée thérapeutique. La psychopathologie ne fonde donc pas leur pratique mais peut la teinter.

Ces grandes lignes ne disent rien des techniques utilisées et elles sont insuffisantes pour rendre compte en détail de la complexité et de la richesse des pratiques cliniques, mais elles dessinent une posture générale d'intervention thérapeutique bien différente de la posture traditionnelle, notamment médicale.

5.2. Indices dans PHG et suivants

On peut penser qu'une telle posture thérapeutique s'est faite jour petit à petit au fil des décennies depuis la parution de *Gestalt-therapy*. Cependant, on trouve çà et là dans les écrits, et ce dès l'ouvrage initial, des indices pouvant ouvrir à la posture thérapeutique esquissée précédemment. Ainsi, dès leurs premières pages, PHG écrivent que « la psychothérapie est une méthode non pas de correction, mais de développement »³⁶ et que le but principal de la psychothérapie a toujours été d'accroître la conscience³⁷.

Ils reviennent sur ce point plus loin en écrivant que « le but de la psychothérapie [...] (est) que le patient devienne conscient de lui-même. »³⁸

Même si ce développement oscille entre « accroître la conscience », qui le situe dans un continuum possiblement sans fin, et « devenir conscient de lui-même », qui peut laisser soupçonner une référence à un objectif atteignable de « pleine conscience », il est bien pour autant question ici de développement de la conscience comme « but » et pas seulement comme moyen pour atteindre un autre but.

Au sujet de la distinction santé-maladie ou normal-pathologique, ils écrivent que « nous devrions nous souvenir que, dans l'éventail actuel des patients en psychothérapie, la distinction entre normal et névrosé est devenue complètement inappropriée : elle est même carrément trompeuse. De plus en plus de patients ne sont pas « malades » du tout [...] ; ils sont venus parce qu'ils veulent quelque chose de plus de leur vie et d'eux-mêmes... »³⁹

³⁵ Cet atelier de recherche en explicitation de la pratique gestaltiste a fonctionné pendant deux années, cf. F. Brissaud (2007).

³⁶ PHG (1951), p. 63.

³⁷ PHG (1951), p. 64.

³⁸ PHG (1951), p. 166.

³⁹ PHG (1951), p. 144.

Plus récemment, Jean-Marie Robine écrit que « nous perdons la normativité et le besoin de connaître une “vérité” qui n’est plus appréhendée que comme fiction. Nous perdons le souci de la mesure, du diagnostic et autres pratiques articulées plus ou moins directement avec de quelconques normes. »⁴⁰ et poursuit plus loin, « ...la psychothérapie devient plus une “analyse du cours de la présence” qu’une analyse de la psyché, et le “cours de la présence”, cet “être-là”, est constitué de cette expérience incessante que l’on nomme “contact” et qui est, pour nous, une autre manière de désigner la construction des gestalts. »⁴¹

Pour Chantal Masquelier, « l’objectif de la Gestalt-thérapie [...] est l’accroissement du champ de conscience »⁴² et « nous ne visons pas objectivement la disparition du mal-être ou du symptôme, mais notre expérience nous enseigne que le cheminement transformateur du contact avec l’environnement mobilise des ressources et s’accompagne spontanément d’un mieux-être. »⁴³

5.3. Retour sur la question de la maladie

Reconnaître que la distinction santé-maladie ne fonde pas la pratique n’interdit pas de recourir à ces deux concepts, mais la maladie et la santé sont alors conçues comme une péripétie de la vie au même titre qu’une autre, voire comme un mode d’existence, au sujet desquels le patient peut être intéressé ou non à mener un travail de conscientisation et de construction de sens.

Ainsi, Jean-Marie Delacroix écrit : « Il me semble important d’être clair sur la nature du contrat thérapeutique : nous ne sommes pas là pour soigner la maladie ni pour induire clairement ou subtilement au malade que c’est cette thérapie qui le guérira. Nous sommes là pour accompagner la personne dont l’expérience actuelle est celle d’être malade et de vivre des événements et des angoisses en lien avec cette maladie. Nous sommes là pour l’accompagner dans cette expérience et pour l’écouter dans ses angoisses, ses deuils et ses remises en question. »⁴⁴

6. Conséquences de cette orientation clinique

6.1. Lacune conceptuelle

Ces quelques éléments glanés dans les écrits gestaltistes ne suffisent pas à constituer une conceptualisation susceptible de rendre compte de ces pratiques situées hors du paradigme traditionnel, alors qu’elles existent sans doute depuis longtemps et ne semblent pas être seulement le fait de quelques « dissidents » ou de quelques originaux aux pratiques atypiques.

L’absence d’une telle conceptualisation plus en accord avec ces pratiques cliniques, situées hors d’une distinction santé-maladie, laisse une partie des gestalt-thérapeutes dans un écart pratique-théorie manifeste qui ne semble pas, jusqu’à présent, avoir été source de difficultés. Cependant, la recomposition en cours du *champ psy*, imposée par la restriction de l’usage du titre de psychothérapeute, oblige les praticiens ne se reconnaissant pas dans cette médicalisation du titre, à construire une nouvelle identité et une nouvelle légitimité.

Une telle incohérence discours-pratique, portant sur des options fondamentales, me semble pouvoir biaiser les choix d’orientation que nous avons à opérer et nuire aux travaux nécessaires à une reconstruction identitaire. En effet, ces choix et travaux s’appuient sur les discours et sur les conceptualisations bien plus que sur les pratiques effectives.

Il paraît donc nécessaire et urgent de construire une autre conceptualisation de la Gestalt-thérapie, à côté de la théorie traditionnelle, qui rende compte de façon plus fidèle de ces pratiques non fondées sur une distinction santé-maladie. Mais ce n’est pas tout.

⁴⁰ J.-M. Robine (2004), p. 41.

⁴¹ J.-M. Robine (2004), p. 64.

⁴² Chantal Masquelier-Savatier (2008), p. 13.

⁴³ Chantal Masquelier-Savatier (2008), p. 249.

⁴⁴ J.-M. Delacroix (2006), p. 173.

6.2. Identité et légitimité

Compte tenu de leur fondement radicalement différent de celui considéré comme légitime dans le champ des psychothérapies et plus généralement dans le champ médical, la distinction santé-maladie, les gestalt-thérapeutes dont la pratique s'accorde aux grandes lignes décrites dans la section 5.1 ont à s'engager dans au moins quatre directions.

Premièrement, même s'il a été montré que les psychothérapies ont des effets bénéfiques, ce que confirme sans doute la proportion toujours plus grande de personnes y ayant recours, évaluer les effets du travail thérapeutique est indispensable. En effet, l'adhésion des patients ne suffit pas à montrer que ces pratiques ont des effets bénéfiques. Une telle évaluation de l'effet est à distinguer de l'évaluation de la rapidité à atteindre l'objectif fixé initialement au travail thérapeutique, par exemple restaurer la santé ou l'ajustement créateur. Il s'agit là de la distinction entre la notion d'efficacité⁴⁵ et celle d'efficacit ⁴⁶.

Deuxièmement, ils ont à s'engager dans un travail d'explicitation de leur pratique, un travail visant à montrer « ce qu'ils font », « ce qui se passe » dans une séance et dans la succession des séances. En effet, dans le paradigme traditionnel, la mesure de l'efficacité et des effets délétères collatéraux est suffisante pour légitimer une thérapeutique : l'efficacité prime sur le « comment » de la thérapeutique. Dans la perspective qui se dégage de la section 5.1 en revanche, la mesure d'efficacité étant sans objet, une évaluation de l'efficacité et une meilleure connaissance du « comment » de la pratique thérapeutique contribueront sans doute au processus de légitimation. Pour cela, il est indispensable que soient élaborés des dispositifs de production méthodique de connaissances permettant l'élaboration de récits aussi « proches » que possible de la pratique. Autrement dit, des récits qui ne soient pas une production romancée ou imaginaire au sujet de ce que le thérapeute fait, croit faire ou aimerait faire.

Troisièmement, il convient de discuter s'il reste possible de prétendre au statut de système thérapeutique :

- tout en offrant la même visée thérapeutique pour tous les patients,
- en considérant que les spécificités du développement psychique ne permettent pas à ce jour la construction d'une distinction normal-pathologique en matière de développement psychique de l'adulte,
- en renonçant à construire une trajectoire thérapeutique différentielle selon la problématique de chaque patient et en faisant confiance à la propension du développement psychique à la croissance dans le long terme.

Ou bien si, comme le prétend Gilles Delisle, il est à considérer qu'une telle pratique relève d'une forme de « pastorale psychologique »⁴⁷ et non du champ des psychothérapies.

Enfin, cette orientation pratique a des conséquences sur le processus de formation. Les compétences mobilisées par le praticien dans le vif d'une interaction impliquante et largement non consciente avec le patient ne relèvent pas principalement de savoirs et de savoir-faire, mais bien plus d'un savoir-être. Pour être présent dans la spontanéité de l'interaction avec le patient, ce savoir-être doit devenir constitutif de l'être même du praticien. La prégnance du paradigme traditionnel conduit à considérer que la tâche principale de la formation de praticiens capables d'exercer dans la perspective esquissée dans la section 5.1 est celle de permettre une « mutation posturale ». Une telle mutation relève de dispositifs expérientiels confrontant l'apprenti aux différentes facettes du métier bien plus que de l'acquisition de connaissances. De plus, l'expérience de formation montre que l'acquisition d'une compétence diagnostic et la mise en avant d'un appui psychopathologique, ancrés dans le paradigme traditionnel, constitue un frein à une telle mutation.

6.3. Proposition de prolongement

Les grandes lignes décrites dans la section 5.1 sont insuffisantes pour rendre compte des pratiques gestaltistes qui s'y retrouvent. Cependant, elles délimitent un essentiel, un fondement. En vue à la fois de rendre compte de cet essentiel et de l'étayer, j'ai proposé un nouveau paradigme, qualifié de paradigme de

⁴⁵ Capacité d'une méthode, d'une technique à produire un effet. Une méthode inefficace est une méthode sans effet.

⁴⁶ Capacité d'une méthode, d'une technique à produire un effet rapide. Une méthode inefficace est une méthode à effet jugé trop lente.

⁴⁷ G. Delisle (2002), sans plus de détail sur le sens que l'auteur donne à ce terme « pastorale ».

la mutation⁴⁸, et construit sans recours au vocabulaire gestaltiste, puisqu'une telle posture thérapeutique peut être sans doute partagée avec des praticiens formés à d'autres méthodes psychothérapeutiques.

La posture thérapeutique relevant de ce paradigme est caractérisée par⁴⁹ :

- le choix anthropologique de s'affranchir d'une référence à une distinction santé-maladie ou normal-pathologique, de considérer toute personne, quel que soit le diagnostic réalisé par ailleurs par d'autres, comme capable de se développer psychiquement et de reconnaître au développement psychique une propension à la croissance dans le long terme,
- le choix éthique de prendre soin du patient en accompagnant et en favorisant son développement psychique dans le respect de ses fluctuations et non en cherchant, au plus vite, à soulager sa souffrance, à résoudre ses difficultés, à restaurer une capacité ou à atteindre un état fixé a priori, en renonçant à imposer au patient ses savoirs mais sans non plus les mettre entre parenthèses.

Un travail d'explicitation est en cours pour préciser la forme d'une posture gestaltiste inscrite dans ce cadre de pensée⁵⁰.

6.4. Situation aux États-Unis

Pour finir, on notera que l'ambivalence relevée dans PHG et chez d'autres auteurs contemporains, se retrouve dans l'ambitieux ouvrage de synthèse détaillée réalisé à plusieurs mains sous la direction de Philip Brownell en 2008 et dont la traduction est parue au printemps 2011 à l'Exprimerie⁵¹.

En effet, tout au long de l'ouvrage sous la plume de différents contributeurs, on peut identifier deux points de vue qui ne sont pourtant jamais clairement identifiés ni distingués.

Selon une première perspective, « une bonne pratique de la Gestalt-thérapie se base sur la conviction que la croissance émerge naturellement du contact dialogal et d'une conscience empreinte d'acceptation et de confirmation »⁵², et « ne peut avoir pour objectif un résultat fixé ou prédéfini »⁵³. Dit autrement, « le gestalt-thérapeute ne cherche pas directement le changement, la satisfaction, ou le bien-être »⁵⁴, et les techniques « sont au service de la rencontre existentielle et de l'expérimentation phénoménologique plutôt que de l'obtention d'un résultat ou de la réalisation d'un plan prédéterminé »⁵⁵.

Et les auteurs de noter que cette perspective « contraste avec les façons traditionnelles d'envisager la thérapie, particulièrement avec celle du modèle médical, pour lesquelles les objectifs sont définis d'emblée et les interventions choisies ensuite pour les atteindre »⁵⁶.

Cependant, selon une autre perspective, l'objectif ultime de la thérapie est « d'aider les clients à apprendre à avoir des contacts fonctionnels et satisfaisants avec les autres »⁵⁷ et « pour aider les clients à acquérir une autorégulation plus efficace, la suppression des comportements contre-productifs est aussi nécessaires »⁵⁸.

Le monde gestaltiste états-uniens est donc lui aussi traversé par une ligne de démarcation peu explicité mais bien opérante dans les faits.

7. Conclusion

Ce très rapide tour d'horizon de la Gestalt-thérapie présente nécessairement des biais qui demandent à être révélés. Ouverture à discussion bien plus que travail abouti, cette réflexion appelle déjà trois remarques.

⁴⁸ F. Brissaud (2010).

⁴⁹ F. Brissaud (2010), p. 97.

⁵⁰ F. Brissaud (2011).

⁵¹ P. Brownell (2011).

⁵² G. Yontef, T. Levine Bar-Yoseph (2011), p. 237.

⁵³ G. Yontef, P. Philippson (2011), p. 316.

⁵⁴ S. Fleming Crocker (2011), p. 184.

⁵⁵ G. Yontef, T. Levine Bar-Yoseph (2011), p. 241.

⁵⁶ G. Yontef, P. Philippson (2011), p. 326.

⁵⁷ S. Fleming Crocker (2011), p. 183.

⁵⁸ J. Kim, V. Daniels (2011), p. 273.

D'abord, deux paradigmes radicalement différents dans la prise en compte de la souffrance psychique cohabitant en Gestalt-thérapie, sans doute, beaucoup de gestaltistes se trouvent dans une position incohérente :

- soit parce qu'ils se reconnaissent dans le paradigme traditionnel, fondé sur la distinction santé-maladie, que leur pratique relève effectivement de ce paradigme, mais qu'ils refusent d'en assumer les conséquences, notamment celles de la place centrale du diagnostic, de la nécessité de l'évaluation de l'efficacité de leur pratique clinique et de l'exigence de recourir à la méthode la plus efficace,
- soit parce qu'ils se réfèrent à des représentations relevant du paradigme traditionnel, alors que leur pratique clinique s'inscrit dans le paradigme de la mutation, ils n'ont donc pas renoncé aux représentations habituelles et partagées, et ils n'ont pas commencé le travail de construction d'une nouvelle conceptualisation accordée à leur pratique.

Ensuite, il semble couramment admis que toute approche psychothérapeutique se doit de disposer, au moins implicitement, d'une définition de la santé et de la maladie qui fixe la visée de la thérapie. Cette représentation, relevant à l'évidence du paradigme traditionnel, mériterait d'être remplacée par :

toute approche psychothérapeutique se doit :

- 1- de statuer sur la question de la souffrance psychique,
- 2- d'explicitier le rapport entre celle-ci et la visée de la pratique qu'elle propose,
- 3- de justifier de sa prétention à relever du champ de la psychothérapie.

Dans une telle définition, se fonder sur une distinction santé-maladie n'est qu'une des options possible pour statuer sur la question de la souffrance psychique et sur sa prise en compte.

Enfin, depuis des décennies, les praticiens de la psychothérapie œuvrent à distinguer psychothérapie et développement personnel, construisant un paysage bipartite dont la ligne de démarcation reste largement floue. Dans ce paysage, la restriction du titre de psychothérapeute au champ médical ouvre un espace vacant, dans lequel se retrouvent notamment les gestalt-thérapeutes dont la pratique s'inscrit dans le paradigme de la mutation, entre le champ des psychothérapeutes légaux et celui des praticiens du développement personnel. Trois options semblent envisageables pour les praticiens, notamment gestaltistes, dont la pratique relève de cet espace vacant :

- La distinction santé-maladie, nécessaire au processus de médicalisation, n'est qu'une façon de regarder et de prendre en compte la souffrance. Compte tenu des spécificités de la vie psychique et du développement psychique peut-être est-il possible de construire un argumentaire permettant, malgré le renoncement à la distinction santé-maladie et l'adoption d'une visée thérapeutique identique avec tous les patients, de continuer à revendiquer le statut de système thérapeutique pour continuer à prétendre relever du champ des psychothérapies.
- Accepter le rattachement au champ du développement personnel qui ne manquera pas de s'opérer si aucun autre choix n'est réalisé. Compte tenu de la médicalisation du titre de psychothérapeute mais aussi de la représentation sociale de la psychothérapie, puisque plus de 80% des personnes disant avoir suivi une psychothérapie l'ont suivi avec un médecin, pas toujours psychiatre, ou avec un psychologue⁵⁹, l'option du rattachement au champ du développement personnel ne mérite-t-elle pas examen ?
- Les pratiques de développement personnel visent généralement l'amélioration ou le développement de l'une ou l'autre des compétences humaines. Par ce fait, elles se trouvent probablement inscrites dans le paradigme traditionnel, comme la psychothérapie délimitée par la réglementation du titre. Plutôt que de chercher à rejoindre l'un ou l'autre de ces deux champs, les pratiques cliniques relevant du paradigme de la mutation ne valent-elles pas la peine de construire un troisième espace ?

⁵⁹ X. Briffault, B. Lamboy (2008), p. 112-113.

Bibliographie

- BLAIZE Jacques (2001), *Ne plus savoir*, l'Exprimerie, Bordeaux.
- BOURASSA Bruno, SERRE Fernand, ROSS Denis (1999), *Apprendre de son expérience*, Presses de l'Université du Québec, Sainte Foy.
- BRIFFAULT Xavier, LAMBOY Béatrice (2008), *Les psychothérapies en France. Données quantitatives*, dans F. Champion et al. (2008).
- BRISSAUD Frédéric (2011), *Essai de clarification d'une forme de la Gestalt-thérapie*, (soumis à publication).
- BRISSAUD Frédéric (2010), *Pour un renouveau de la psychothérapie – Mutations*, L'Harmattan.
- BRISSAUD Frédéric (2007), *Construire des récits de psychothérapie*, TheBookEdition.
- BROWNELL Philip (2011), *Traité de Gestalt-thérapie – Théorie, recherche et pratique*, traduction coordonnée par Vincent BEJA, l'Exprimerie.
- CEG-T (2002), *Pathologies de l'expérience*, Cahiers de Gestalt-thérapie n°12, Éditeur CEG-T.
- CEG-T (2006), *Quelle psychopathologie ?*, Cahiers de Gestalt-thérapie n°19, Éditeur CEG-T.
- CHAMPION Françoise et al. (2008), *Psychothérapie et société*, Sociétales, Armand Colin Éditeur.
- DELACROIX Jean-Marie (2006), *La troisième histoire – Patient-psychothérapeute : fonds et formes du processus relationnel*, Éditions Dangles.
- DELISLE Gilles (2002), *De la Gestalt-thérapie à la PGRO*, Revue Gestalt n°22, Société Française de Gestalt.
- FLEMING CROCKER Sylvia (2011), *Une théorie unitaire*, dans BROWNELL Philip (2011).
- KIM Jongkyu, DANIELS Victor (2011), *La liberté d'expérimenter*, dans BROWNELL Philip (2011).
- LEPLAY Éliane (2006), *Co-construction de savoirs professionnels par la recherche – Vers un dispositif expérimental en formation initiale de travailleurs sociaux*, Esprit Critique, Vol. 08 - N° 01.
- MANDEVILLE Lucie (2004), *Pour que la formation rejoigne la pratique*, Dans : *Apprendre autrement – Pourquoi et comment*, Ouvrage collectif sous la direction de L. MANDEVILLE, Presses de l'Université du Québec, Sainte Foy.
- MASQUELIER-SAVATIER Chantal (2008), *Comprendre et pratiquer la Gestalt-thérapie*, InterEditions.
- PESTRE Dominique (2006), *Introduction aux Science Studies*, Éditions La Découverte - Repères.
- PHG (1951), *Gestalt therapy*, traduction de Jean-Marie Robine paru en 2001 sous le titre Gestalt thérapie aux éditions l'Exprimerie.
- ROBINE Jean-Marie (1997), *Pli et dépli du self*, l'Exprimerie, Bordeaux.
- ROBINE Jean-Marie (2004), *S'apparaître à l'occasion d'un autre*, l'Exprimerie, Bordeaux.
- ROBINE Jean-Marie (2006), *La psychothérapie comme esthétique*, Collectif sous la direction de Jean-Marie Robine, l'Exprimerie.
- ST-ARNAUD Yves (2004), *L'atelier de praxéologie*, Dans L. MANDEVILLE (2004a).
- VERMERSCH Pierre (1999), *Pour une psychologie phénoménologique*, Psychologie Française.
- YONTEF Gary, LEVINE BAT-YOSEPH Talia (2011), *La relation dialogale*, dans BROWNELL Philip (2011).
- YONTEF Gary, PHILIPPSON Peter (2011), *Une pratique unitaire*, dans BROWNELL Philip (2011).

L'auteur

Frédéric Brissaud : gestalt-thérapeute agréé par le CEGT, superviseur et auteur de plusieurs articles et ouvrages. Co-fondateur, formateur et co-directeur de l'Institut GREFOR à Grenoble.