

Posture clinique

Un essentiel de la pratique gestaltiste d'orientation maïeutique

Publié dans les Cahiers de Gestalt-Thérapie édités par le CEG-t, n°30, décembre 2012

Liminaire : *La demande, pour cette conférence prononcée aux Collégiales 2012 du Collège Européen de Gestalt-thérapie à Grenoble (20-22 janvier 2012), était de donner, en 15 minutes, une définition de la notion de posture et, selon cette définition, d'évoquer sa propre posture.*

Cette réflexion sur la notion de posture rejoint un questionnaire dans lequel je suis depuis plus de dix ans : qu'est-ce que je fais en présence de mes patients ?

Je vais donc tenter de parler de ma pratique clinique réelle et non d'un idéal que je souhaite pour cette pratique, bien que la limite entre les deux soit parfois ténue. Ce témoignage est donc situé : il est construit à partir de la conscience que j'ai à ce jour de ma pratique, du sens que je lui donne et du vocabulaire dont je dispose pour en parler.

J'esquisserai d'abord une définition possible de la notion de posture puis donnerai ensuite les éléments qui me semblent les plus caractéristiques de la mienne.

Préciser la notion de posture

Dans ce que je viens de dire, on peut déjà entendre que j'utilise ce terme au singulier : je parle de ma posture. Je désigne par ce terme ce que ma pratique clinique a d'essentiel et d'invariable d'un patient à l'autre et d'une séance à l'autre.

Cette notion désigne plus particulièrement l'attitude, la disposition intérieure qui se met en place dès que je suis en présence d'un patient, durant la séance, mais aussi, dans une moindre mesure, lorsque je croise un patient hors de la séance, dans la vie quotidienne.

Cette attitude s'installe en partie spontanément, involontairement, d'une certaine façon *sans moi*, et, à la fois, délibérément et volontairement, comme une attitude construite, pensée et choisie.

Je distingue la notion de posture de celle de style : pour prendre une image, la posture serait l'ossature ou l'axe, et le style en serait l'habillement, la mise en chair.

Une même posture peut donc prendre corps à travers différents styles.

Et inversement, un même style peut habiller des postures différentes.

Je vais maintenant évoquer ma propre posture à travers deux niveaux : d'abord la visée, ce que j'ai l'intention de faire, et, ensuite, l'action, comment je fais ce que je fais, comment cette intention se concrétise

Regardons tout d'abord l'intention.

Lorsque je m'installe en face d'un patient, la première caractéristique de ma disposition intérieure est que je suis là pour lui. Je suis là *pour autrui*, pour un autre souvent en souffrance ou en difficulté.

Cette caractéristique altruiste est partagée par d'autres professionnels, notamment dans les secteurs du soin, du social, de l'enseignement ou du conseil, il faut donc aller un peu plus loin.

À ce jour, et à nouveau dans la conscience que j'en ai actuellement, je peux décliner mon intention selon deux directions conjointes et concomitantes :

Selon la première direction,

- J'accompagne le cheminement existentiel du patient. J'accepte que ce chemin soit imprévisible

et je renonce à le conduire vers une étape ou un but prédéfini.

et, en même temps, seconde direction,

- Je contribue au développement psychique du patient. J'accepte que ce développement soit imprévisible et fluctuant et je renonce à fixer a priori les changements à obtenir.

Dans une société obsédée par la définition d'objectifs, par la recherche de maîtrise et par l'évaluation de l'efficacité, ces imprévisibles et ces renoncements méritent de s'y attarder.

En particulier :

- Je ne vise pas à guérir le patient, à rétablir un équilibre, à restaurer une fonction ou une capacité, ni à atteindre un quelconque état.
- Je ne suis pas là pour lui rendre la vie plus facile ni plus difficile.
- Je ne vise :
 - ni l'autonomie du patient, ni sa dépendance,
 - ni la libération de ses blocages, ni leur conservation,
 - ni le développement de sa confiance en lui, ni sa diminution,
 - ni la disparition de ses symptômes, ni leur maintien,
 - je ne vise pas non plus la réalisation des souhaits du patient, ni à ce qu'ils ne se réalisent pas.

Mais alors, que reste-t-il ?

Il reste deux êtres en présence et en chemin, dont l'un est là *pour l'autre*.

Deux humains vivants et existants, engagés dans une interaction et une relation dont bien des aspects leur échappent.

Et dont l'un, par son long chemin de thérapie, de formation et d'expérience professionnelle, a construit un socle ontologique qui fait souvent défaut à l'autre et qui va faire quille, leste, permettant à la dyade de traverser sans se retourner les tempêtes qui jalonnent la longue traversée que constitue un travail en gestalt-thérapie^(*).

Et puis quand même, renoncer à viser un objectif et accepter l'imprévisible ne signifie pas que rien ne change !

Cela signifie seulement que je renonce à vouloir orienter et maîtriser ces changements.

Et des changements qui s'avèrent satisfaisants pour les patients il y en a, sinon ils ne poursuivraient sans doute pas ce travail souvent lent, long et difficile, et surtout, je crois que j'arrêterai ce métier... et bien entendu ce dernier point n'est pas neutre dans la rencontre.

Par ailleurs, ces renoncements ne me renvoient pas au silence ni à l'impuissance et

je vais évoquer maintenant la seconde dimension de ma posture, celle de l'action.

Autrement dit, comment mon intention se concrétise dans la réalité de la situation clinique.

Comment je m'y prends pour accompagner le cheminement existentiel du patient et contribuer à son développement psychique.

Et, en revenant à la notion de posture : Qu'y a-t-il d'essentiel dans les actes cliniques que je pose ? Qu'y a-t-il d'invariable, au fil des séances et des patients, dans « comment je fais ce que je fais » ?

Dans le temps qu'il me reste, je vais évoquer quatre directions d'action qui me semblent couvrir la plus grande partie de ma pratique :

- I. Première direction : J'accepte que le patient m'investisse de différents rôles, de différentes fonctions, comme un père, une mère, un frère, voire simplement comme une grande oreille. Tantôt aimé ou désiré, tantôt détesté ou haï, tantôt sauveur, bourreau ou inexistant. Par ce

choix, je m'impose une retenue dans la rencontre et un silence sur les détails de ma vie personnelle, mais aussi, dans une moindre mesure, une forme de silence sur mon vécu en séance.

2. Deuxième direction : Je propose au patient une rencontre humaniste comportant une certaine authenticité de ma part, une interaction plus libre et spontanée, plus engagée peut-être. Ce choix ouvre au dévoilement de mon vécu : le patient a en face de lui un autre, incarné, vivant et impacté par sa présence. Il a à faire avec mes réactions, avec mes rugosités, mes joies, mes tourments, avec mes croyances et mes positionnements.
3. Troisième direction : Je vise à développer la conscience que le patient a de son vécu et à travailler le sens de ce vécu, dans la perspective d'un sens à construire ensemble et non dans la perspective d'un sens déjà là, caché et à découvrir. Pour cela, je m'appuie bien entendu sur ce que je perçois du patient, mais je m'appuie aussi, largement, sur mon propre vécu, en le considérant comme un construit de la situation, comme en témoignant, d'une façon ou d'une autre.
4. Enfin, et quatrième direction : Le silence est un possible de la rencontre et du chemin. D'expérience, je sais que, par moments, le silence du praticien permet au patient d'explorer des facettes délicates, sensibles et ténues de son expérience en cours. Je sais que certains pas sur le chemin demandent beaucoup de précautions et de patience pour s'esquisser et se déployer. Et il m'arrive, pendant des temps assez longs, voire très longs, d'être dans une simple présence silencieuse au cheminement du patient.

Il y aurait évidemment beaucoup à dire au sujet de ces quatre directions d'action.

Mais je veux surtout pointer ici qu'à chaque instant ces directions ouvrent plusieurs possibilités d'intervention et que ces possibles sont en tension voire en contradiction les uns avec les autres.

En particulier :

- Tension entre favoriser les investissements du patient, par une retenue et un voilement, et ; au contraire, dévoiler plus spontanément des pans de mon vécu.
- Tension entre partager un vécu, dans une perspective humaniste, et ; au contraire, utiliser ce vécu pour contribuer à la conscience du patient.
- Tension entre intervenir, d'une façon ou d'une autre, et ; au contraire, rester silencieux, pour laisser au patient le temps de cheminer.

Je suis donc confronté à la nécessité de choisir entre plusieurs actes possibles... et, bien évidemment je ne dispose d'aucun outil, d'aucune démarche pour ce choix, tout au plus ai-je quelques repères^{*2}.

Enfin,

Je voudrai mentionner un dernier aspect de ma posture qui traverse les points abordés jusqu'à présent.

Je disais tout à l'heure qu'il restait deux êtres humains en présence et en interaction dont l'un est là pour l'autre.

Et quand je suis en présence d'un patient, malgré tous les renoncements évoqués, il me vient spontanément des souhaits pour ce patient, des idées pour résoudre ses problèmes, des conseils, des jugements ou des interprétations... et je les accueille.

Un invariable de ma pratique est que je tente d'opérer un décollement, une désadhérence de ces vécus, et de mon vécu en général. Je fais, autant que possible, un pas de côté, pour ne pas les imposer dans la situation, sans les en écarter non plus, et pour pouvoir construire à partir de ces vécus, plusieurs directions de travail.

Ce point me semble tout à fait rejoindre le « ne plus savoir » de Jacques Blaise ou « l'incertitude cultivée » de Frank Staemmler.

Autrement dit, je renonce, ou tente de renoncer, à une position de *savoir pour l'autre* et de *pouvoir sur l'autre*. Je renonce à une position haute, même si le patient m'y assigne et m'y maintient longtemps, mais je ne renonce pas à rester présent, vivant et à prendre en compte mon vécu. Sachant que, bien sûr, renoncer à une position de savoir et de pouvoir ne signifie pas que je n'aie pas d'influence sur le patient.

Conclusion

En guise de conclusion, Maela PAUL (2004) dans une étude fouillée intitulée « *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique* » identifie trois grands modes traditionnels pour tenter de penser l'accompagnement : le mode *initiatique*, le mode *thérapeutique* et le mode *maïeutique*. Et c'est clairement dans ce dernier mode, le mode *maïeutique*, que je situe, aujourd'hui, ma posture et ma pratique (Frédéric Brissaud 2010).

Et il y aurait aussi beaucoup à dire sur ces trois modes...

Commentaires d'après-coup

^(*)– Certes les savoirs explicites, mais surtout les savoirs implicites et les savoirs en actes sont indispensables à ma pratique gestaltiste, mais la posture évoquée dans ces lignes ne peut être tenue, dans le vif de la rencontre avec le patient, que par l'existence d'un socle de sécurité ontologique, autrement dit d'une sécurité existentielle, que je ne peux pas évoquer plus longuement ici mais qu'il me semble nécessaire de mentionner.

^(*)– Cette phrase concernant le choix de mes interventions mérite d'être explicitée de façon plus satisfaisante qu'elle ne l'a été lors de son interpellation dans le débat qui a suivi la conférence.

Dans une culture approchant traditionnellement la praxis à travers une dichotomie théorie/pratique, la première posée comme fondant la seconde, affirmer « je ne dispose d'aucun outil, d'aucune démarche pour ce choix, tout au plus ai-je quelques repères » ne peut qu'interpeller.

Entendons-nous, d'abord. Le terme « théorie » désigne ici un ensemble articulé de concepts explicites, définis et en nombre limité. Quant au terme « repère », il fait référence à un savoir explicite et donc verbalisable.

Sous ces définitions, je maintiens le constat que je fais quotidiennement dans ma pratique : je ne dispose que de quelques repères explicites pour m'orienter... Ce qui ne veut pas dire que mes interventions se font au petit bonheur la chance, ni que le métier de gestalt-thérapeute est ouvert à n'importe qui et qu'il ne requiert aucune compétence particulière !

Cela signifie que je reconnais et assume que la construction de mes interventions relève largement de processus peu conscients qui s'appuient sur ce que les chercheurs en sciences de l'activité tentent d'approcher au travers des notions telles que les connaissances tacites, les savoirs d'expérience, les connaissances en actes ou encore et entre autres, les savoirs incorporés. Savoirs incorporés, non au sens de savoirs corporels, mais au sens de savoirs avec lesquels l'acteur fait corps et qui ne sont pas accessibles consciemment, ni disponibles à la verbalisation... et ne le seront peut être jamais. Cette particularité ne nous fait pas pour autant grâce de l'effort de tenter de les conscientiser et ne signifie pas que l'on peut renoncer à acquérir des connaissances. (On notera que les premières recherches en sciences de l'activité sont largement antérieures à *Gestalt-therapy* (1951) et qu'elles connaissent un renouveau depuis quelques décennies).

Autrement dit, comme tout praticien, j'en sais bien plus que je ne sais en dire, et, dans la rencontre thérapeutique, je mets en jeu bien plus de repères que je ne sais en nommer. Il s'agit donc d'un « je ne sais pas dire » et non d'un « je ne dispose pas de savoirs ».

Cependant, dans la patrie de Descartes, reconnaître et affirmer « je ne sais pas »... tout au moins « je ne sais pas dire beaucoup », voire « je ne pense pas »... tout au moins « je ne pense pas consciemment toute mes interventions » relève, sans jugement ni appel, du bûcher des hérétiques.

Une telle perspective remet en cause la dichotomie théorie/pratique utilisée traditionnellement pour approcher l'activité. En matière de transmission., elle conduit à concevoir que l'essentiel d'une formation de gestalt-thérapeute se situe bien ailleurs que dans le développement d'une capacité à penser, forcément explicite, et bien ailleurs que dans la transmission d'une théorie, au sens précisé ci-avant de concepts définis, verbalisables, articulés et en nombre limité. Mais c'est une autre histoire dont l'importance et les implications dépassent le cadre de la reprise de cette courte conférence.

Bibliographie

BRISSAUD Frédéric (2010), *Pour un renouveau de la psychothérapie – Mutations*, L'Harmattan.
PAUL Maela (2004), *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, L'Harmattan.

Auteur :

Frédéric Brissaud
Gestalt-thérapeute agréé par le CEGT et superviseur.
Codirecteur et formateur de l'Institut GREFOR.
Chercheur et initiateur du groupe de recherche PRAGMA.