

Un enseignement du savoir-être en psychothérapie A teaching on how to behave in psychotherapy

Jean-Charles Crombez

Volume 6, numéro 1, juin 1981

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030090ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030090ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Crombez, J.-C. (1981). Un enseignement du savoir-être en psychothérapie. *Santé mentale au Québec*, 6(1), 71–84. <https://doi.org/10.7202/030090ar>

Résumé de l'article

Nous voulons vous présenter dans ce texte une expérience pédagogique particulière que nous poursuivons depuis trois ans au Centre hospitalier Malartic en Abitibi et que nous avons appliquée au Centre hospitalier d'Amos avec des membres du personnel des départements de psychiatrie et d'obstétrique-gynécologie, et à l'hôpital Notre-Dame de Montréal. Cette expérience vise à donner une formation en psychothérapie aux thérapeutes, en leur apprenant à s'utiliser comme medium dans la relation thérapeutique. Pour y arriver, nous utilisons des techniques qui, si elles rappellent celles vécues en thérapie personnelle ou relatées en supervision, en diffèrent par leur approche originale.

UN ENSEIGNEMENT DU SAVOIR-ÊTRE EN PSYCHOTHÉRAPIE

*Jean-Charles Crombez**

Nous voulons vous présenter dans ce texte une expérience pédagogique particulière que nous poursuivons depuis trois ans au Centre hospitalier Malartic en Abitibi et que nous avons appliquée au Centre hospitalier d'Amos avec des membres du personnel des départements de psychiatrie et d'obstétrique-gynécologie, et à l'hôpital Notre-Dame de Montréal. Cette expérience vise à donner une formation en psychothérapie aux thérapeutes, en leur apprenant à s'utiliser comme médium dans la relation thérapeutique. Pour y arriver, nous utilisons des techniques qui, si elles rappellent celles vécues en thérapie personnelle ou relatées en supervision, en diffèrent par leur approche originale.

Nous voudrions situer notre démarche à son début en parlant d'abord brièvement du Centre hospitalier Malartic. C'est un hôpital d'une cinquantaine de lits, qui, au long des années et au travers des nombreuses "vocations" qui lui ont été "intentées" (soins chroniques, soins gériatriques...), a voulu se définir comme un lieu de soins psychiatriques actifs. Cette position a été et est défendue par les corps infirmier et paramédical qui représentent le groupe central, permanent et à temps complet de cette institution. Les autres personnes impliquées sont : d'une part des consultants – psychiatres venant une fois par semaine environ, qui sont donc loin d'être perçus comme des ressources quotidiennes; et d'autre part des coopérants militaires français – psychiatres en formation – à raison d'un ou deux par année, qui sont donc eux aussi, mais d'une autre manière, temporaires. Ces personnes soignantes, en quête d'une intervention psychiatrique active, cherchèrent donc des moyens pour rencontrer leurs intentions thérapeutiques. Un groupe trouva une réponse dans la création d'une unité de conditionnement opérant; un autre, utilisant plutôt des méthodes traditionnelles de soins psychiatriques, dut cependant préciser la philosophie et le style de ses interventions. C'est dans ce cadre qu'à la requête d'un des consultants nous avons reçu une demande de formation et d'enseignement. Le désir du personnel était de mieux comprendre le patient et d'avoir pour cela des cours et des supervisions. Cependant, nous leur avons plutôt proposé un enseignement et une formation centrés sur le thérapeute plutôt que centrés sur le patient. Reçue

* Psychiatre, chef du service de consultation-liaison du département de Psychiatrie, hôpital Notre-Dame, Montréal. Professeur agrégé de clinique, Université de Montréal. Psychanalyste, Institut Canadien de Psychanalyse.

de façon mitigée au départ, cette proposition fut finalement acceptée; l'appui du personnel cadre de même que l'inaccessibilité relative à d'autres types de formation jouèrent un rôle important dans cette décision. Puis, peu à peu, au vu des résultats, de plus en plus de personnes s'y intéressèrent.

POSITION OBJECTIVE ET POSITION INTERSUBJECTIVE

Nous allons maintenant expliquer pourquoi nous avons plutôt proposé de centrer l'apprentissage sur ce qui se passe chez le thérapeute plutôt que sur ce qui se passe chez le patient. On peut considérer qu'il y a deux conceptions en psychothérapie : la première, que nous allons appeler objective, où un individu agit sur un autre; la deuxième que nous nommerons intersubjective, où une personne est en interrelation active avec une autre. Nous allons essayer d'utiliser différents mots pour préciser cette distinction. La conception objective est celle qui est centrée sur le patient, celui-ci étant l'entité qu'il faut comprendre, sur laquelle il faut intervenir; il s'agit de découvrir les caractéristiques de sa personne, sa pathologie, le mécanisme de cette pathologie, puis d'intervenir sur elle, sur telle ou telle zone, sur telle ou telle fonction que l'on aura déterminée comme pathologique et d'utiliser pour cela différents instruments afin de régulariser la situation : c'est une approche objective; visant au changement du patient par un acte du thérapeute. Par exemple, tel behavioriste ayant déterminé un symptôme à éliminer va mettre au point une procédure d'extinction par paliers et l'appliquera au patient. Ou tel psychothérapeute ayant diagnostiqué la psychodynamique d'un sujet va faire des interprétations visant à transformer celle-ci. Au contraire, l'approche intersubjective, nous la définissons comme celle où l'entité qui est perçue est l'ensemble "patient-thérapeute-en-interaction"; ici, c'est l'interrelation, le drame (drama = action) entre les deux personnes, l'être du thérapeute qui vont être les moteurs du changement; il s'agit de la relation entre deux sujets et de l'évolution de cette relation. C'est cette interaction qui est à comprendre et à changer. Ici le thérapeute est inévitablement et essentiellement impliqué; et comme cela s'est dit : "Il vaudrait mieux qu'un psychanalyste ne sorte jamais indemne d'aucune séance." Ainsi, dans l'approche intersubjective, le psychothérapeute se pose comme élément de l'ensemble; il est outil et non point maître; il agit non pas sur une personne mais par reconnaissance de l'interaction; il n'agit pas avec des instruments mais est lui-même l'instrument de son action. On retrouve l'une ou l'autre de ces tendances, objective ou intersubjective, dans différentes sortes de thérapies, chez différents types de thérapeutes, ou à des moments différents de notre pratique quotidienne.

Sans qu'elle ait été posée dans une dialectique de type objectif-intersubjectif, on a pu noter dans l'histoire de la thérapie des tendances allant tantôt vers le pôle objectif, tantôt vers le pôle subjectif, tantôt vers les deux en des écoles qui tendaient alors à s'opposer plutôt que de comprendre la synchronicité de leurs démarches polarisées. Aucune école de

pensée n'est exempte de cette polarité : il y a des behavioristes qui se rapprochent du pôle intersubjectif et, parmi les psychanalystes, il y a de grands défenseurs de l'objectivité. Chez ces derniers des courants très différents se sont affrontés, par exemple en ce qui concerne la notion et l'utilisation du contre-transfert (Alby et Widlocher, 1978, p. 6-7). Quant aux "nouvelles" formes de thérapie, elles ne sont pas exemptes d'une tendance, quelquefois très forte, à l'objectivisme.

Nous ne voudrions pas privilégier une attitude qui affirmerait que l'une est meilleure que l'autre, ou qui les opposerait comme des adversaires; ce serait retomber dans les querelles habituelles entre disciplines d'orientation différente. Nous voudrions au contraire insister pour que ces deux positions, objective et intersubjective, soient reconnues, étudiées et utilisées ensemble et en même temps; elles nous semblent en effet liées intimement, comme le seraient des polarités de signe opposé. Cependant cette intégration n'est pas simple car ces deux positions nécessitent des apprentissages de types différents.

L'ENSEIGNEMENT DE L'APPROCHE INTERSUBJECTIVE

Dans l'approche objective, le thérapeute doit développer des instruments d'intervention de type externe, c'est-à-dire orientée "vers" le patient, tels que l'utilisation de médicaments ou celle des interprétations à faire en fonction d'une connaissance de la psychodynamique. Or, dans l'approche intersubjective, comme il va être lui-même l'outil de la relation, le thérapeute devrait, pour ce faire, développer ses capacités d'être lui-même l'instrument de son action; ici il s'agit d'une action interne, c'est-à-dire orientée vers le couple patient-thérapeute auquel ce dernier appartient; "interne" n'a donc pas ici le sens d'intérieur au thérapeute (ce qui renverrait une fois de plus à une conception individualiste) mais à celui où le thérapeute est interne au processus dont il fait partie. L'apprentissage à une position objective est relativement bien enseigné et connu; je fais référence ici à l'enseignement universitaire, qu'il s'agisse de biochimie, de diagnostics, de typologies, de schémas psychodynamiques, de théories du comportement, etc. Par contre, la position intersubjective, elle, est plus difficile à appréhender, à enseigner et à communiquer. Des termes tels que "facteurs non spécifiques", "empathie", ... dénoncent sa présence, mais, par leur usage vague et parfois honteux, ils manifestent aussi son peu de fortune. Cette position est assez souvent éliminée, en particulier dans les examens, qu'ils soient cliniques ou universitaires. Cela ne serait guère problématique s'il n'y avait pas là une source de déséquilibre, autant chez le psychothérapeute que dans l'institution, par le privilège accordé à la première position au détriment de la seconde. L'objectivité prend le pas et cela amène de curieux effets : par exemple cette étudiante qui, au milieu de sa formation, tentait, suivant ce qu'elle en avait entendu, d'être "neutre" et de faire des interprétations "justes", alors qu'elle se sentait bouillonnante d'émotions et d'idées qu'elle devait refouler

et brimer pour soutenir une position objective. Loin de vouloir renverser l'équilibre, il s'agit de le rétablir, et nous pensons que la position intersubjective peut être enseignée; nous avons ainsi proposé des moyens pour l'appréhender et la communiquer; mais il faut en ce domaine qu'ils soient *ad hoc*, car ils ne peuvent être les mêmes que ceux utilisés habituellement pour transmettre des "données", puisqu'il s'agit d'"états". Il est cependant possible d'utiliser des moyens concrets et précis pour cet apprentissage, donc de le sortir des impressions de flou et de vague et d'une qualification d'inné auxquelles on tente quelquefois de l'identifier.

Voulant le voir comme intégré aux autres types d'enseignement, nous pouvons faire un inventaire des moyens offerts dans la formation des thérapeutes en les distribuant suivant un éventail allant du pôle objectif au pôle intersubjectif. On retrouve alors dans l'ordre :

1. l'enseignement magistral d'informations colligées : les sciences fondamentales, l'énoncé de psychopathologies, ...;
2. les études de cas et la formation de diagnostics : ici se profile déjà un tiraillement entre un désir d'objectivité et celui de rendre compte de personnes humaines;
3. les supervisions, de celles qui sont davantage centrées sur le patient à celles qui le sont plutôt sur la relation patient-thérapeute;
4. le champ d'études que nous proposons;
5. la thérapie ou la psychanalyse que l'on fait soi-même comme patient ou analysant.

Ce champ d'études que nous proposons vise à apprendre à s'utiliser comme un instrument dans la relation thérapeutique. Or on pourrait dire que la supervision et la thérapie personnelle sont des lieux privilégiés de l'apprentissage de la dimension intersubjective. En effet, une thérapie ou une psychanalyse personnelle, outre leur intérêt propre irremplaçable, sont en même temps l'occasion de la découverte de certains champs de connaissance et de conscience, champs variables suivant les approches (fantasmes, émotions, corps, imaginaires, etc.). Mais nous pensons que ces découvertes peuvent aussi être faites en dehors du contexte de ces pratiques reconnues. Plus précisément, nous dirions qu'elles devraient l'être, car l'identification de la thérapie-psychanalyse au subjectif amène trop souvent à reléguer l'expression de ce dernier dans l'intimité du bureau privé; trop souvent, dans les cadres institutionnels, le témoignage par le thérapeute de son implication personnelle vis-à-vis du patient et de l'intersubjectivité de cette relation amène à poser sur l'intervenant des diagnostics d'étrangeté, de faiblesse, sinon de maladie, et à le renvoyer à un traitement sur mesure "chez le psychiatre de votre choix"! En ce qui concerne les supervisions, au moins dans certains modèles, elles permettent au thérapeute de parler de ce qu'il y vit. Mais nous pensons qu'on devrait plutôt les dégager de l'apprentissage

de capacités que nous nommons intersubjectives pour se pencher plutôt sur l'utilisation de ces dernières auprès des patients. Nous avons déjà expliqué ailleurs (Crombez, 1980) comment ces découvertes peuvent être faites en dehors des démarches classiques que sont la thérapie personnelle et la supervision; elles préparent le terrain à ces démarches et permettent de ré-introduire au sein des institutions un souci et un enseignement de l'ordre du subjectif.

LA RECHERCHE DES OUTILS UTILISÉS PAR LE THÉRAPEUTE DANS L'APPROCHE INTERSUBJECTIVE

Nous avons tenté de découvrir les outils qu'utilisaient les thérapeutes pour pouvoir être eux-mêmes instrument de leur action dans leur pratique. Nous l'avons fait en examinant ce que les psychanalystes et les psychothérapeutes disent et écrivent sur leur façon de travailler. Le travail ne consistait pas à étudier le contenu de ce qui était relaté, mais à découvrir dans quelle position le thérapeute était pour *avoir pu* dire ou faire ce qu'il racontait. Il nous importa aussi d'aller chercher ce qui n'était pas rapporté, car vécu comme "sans importance" ou comme des "erreurs", et qui pourtant ouvrait à une compréhension de la position du thérapeute dans l'interrelation. Ce que nous cherchions donc était, comment *est* le thérapeute durant son travail et ce qui lui permet de faire ou de dire; et, du fait même, nous pouvions voir ce qu'il advenait de ses interventions, de ses paroles quand il *n'est pas* dans cette position. Tout ceci fut aussi éclairé dans notre pratique propre.

I. Qu'est-ce qui permet au thérapeute de s'utiliser comme instrument dans la relation thérapeutique? Réponse : Son vécu intérieur.

Ce qui caractérise le thérapeute qui travaille dans une position intersubjective, c'est que son lieu d'étude est son vécu intérieur. Rappelons qu' "intérieur" rend compte du fait qu'il s'utilise lui-même comme lieu d'observation, d'écoute, d'impressions, de réactions, d'imaginaire... "Intérieur" est pourtant une façon de parler, destinée à rappeler que, dans cette position, il est lui-même essentiellement et inévitablement impliqué; le thérapeute connaît l'autre, non pas tant en l'observant de l'extérieur, qu'en examinant son propre vécu comme reflet et témoignage de l'ensemble interactionnel qu'ils forment.

Ce vécu intérieur dans la position intersubjective est de plus en plus présenté par les auteurs, non pas en termes de facteur indésirable, mais de facteur utile (Thompson, 1980; Bigras, 1980), sans qu'il soit cependant bien précisé que ce vécu intérieur est le signe du point de résonance d'un ensemble.

II. Comment les thérapeutes peuvent-ils utiliser leur vécu intérieur?

Réponse : Universalité et gravité

Ces deux principes que nous allons expliciter, nous avons préféré les nommer ainsi, avec une saveur un peu cosmique, afin d'y comprendre autant le physique que le psychique. Cependant, pour paraître moins étrange, disons que le premier (universalité) peut rappeler l'association libre et que le deuxième (gravité) peut rappeler les notions de moi observateur ou de sujet. Nous sommes à la recherche de dénominations plus satisfaisantes.

a) *Universalité ou : "Tout phénomène est important"*

Ce mot veut évoquer une certaine position que nous allons d'abord illustrer par l'exemple suivant. Prenons un livre. Il y a une première manière de le lire, qui consiste à regarder son titre, l'ouvrir à la première page, lire la première ligne, aller jusqu'au bout de la page et la terminer, s'arrêter pour cocher tel terme, souligner tel mot, faire tel commentaire en bas de page, poursuivre la lecture jusqu'à la dernière ligne, refermer le volume. C'est ce que j'appellerais une méthode linéaire. Il y a une deuxième méthode qui consisterait à sentir que ce livre nous intéresse, être frappé par un mot du titre, l'ouvrir à une page quelconque par l'impulsion du mouvement de la main, lire la première ligne sur laquelle l'œil s'accroche, l'abandonner pour poursuivre l'idée qui survient, mettre à exécution l'impulsion d'aller voir une autre page, un autre livre ou celle d'écrire ou de réaliser telle autre chose ...; la question de la terminaison ne se pose guère, car la logique ici n'est pas linéaire comme dans le premier type de lecture, mais circulaire, en spirale, sphérique, comme on voudra la nommer.

Alors, pourquoi le mot "universel"? Parce que chaque expérience est considérée comme ayant une valeur en soi, quel qu'en soit l'ordre (selon l'utilisation de ce mot dans le cadre d'une logique linéaire) dans lequel elle survient. Parce que chaque expérience est valorisée, quelle que soit sa qualité (nous voulons dire par là son caractère de pensée, d'émotion, de fantaisie, de mouvement, de dessin...). "Universel", car on perçoit les oppositions comme des polarités inévitables, que l'on conçoit la réalité comme en mouvement constant, et que cette façon de cheminer n'est pas illogique mais plutôt qu'elle se situe dans une logique d'un autre ordre.

Sur le plan clinique, cela veut dire que le thérapeute est ouvert à tout élément d'expérience, quelle que soit sa cohérence, sa course, sa complexité, son caractère aléatoire, etc. Il est ouvert à ces expériences, quels que soient leur façon d'être perçues ou leur caractère (cénesthésie, vision, audition, mouvements, idées, fantasmes, souvenirs, etc.) et quels que soient les états de conscience dans lesquels elles se produisent. Cela lui permet d'explorer des expériences complexes joignant plusieurs types d'appréhension. Là sont remises en question les dichotomies et barrières habituelles entre, pour n'en citer que quelques-unes, réalité et fantasme, corps et psyché, en dedans et

en dehors, soi et l'autre, éveil et sommeil, etc. Là existe un monde où les notions d'objectivité, d'individu... sont ressenties sous un angle différent. Décrire cela, c'est rappeler l'expérience, coutumière en psychanalyse, de la technique des associations libres; mais nous l'assignons ici au thérapeute lui-même, et en y incluant d'autres aspects que le verbe.

Prenons l'exemple d'un thérapeute qui, après une intervention du patient, se sent devenir minuscule. Il peut avoir tendance à ne point y prêter attention par le fait qu'il s'est habitué à ne tenir compte, mettons, que de ce qui est visuel (imaginaire) ou verbal; il va ainsi considérer cette information comme inutile. Il peut aussi rejeter cette sensation parce qu'elle est incompréhensible, ne pouvant maintenir à la fois la conscience et l'incompréhension de cet événement.

b) *Gravité ou : "L'importance du centre"*

Nous allons d'abord faire appel à une expérience quotidienne pour illustrer cette deuxième caractéristique que nous trouvons chez les thérapeutes utilisant leur vécu intérieur dans la relation thérapeutique. Un "incident" (selon une autre personne!) survient, accompagné d'une impression de blessure profonde, de bouleversement total, d'impasse. Plus tard, en laissant de côté ici la question du comment, tout est changé : l'événement ne submerge plus la personne, il prend l'allure d'incident (pour elle comme pour les autres). Il n'a pourtant pas changé, c'est sa position par rapport à lui qui a changé. Le centre de gravité est passé d'un point où la personne était comprise et donc prise dans l'événement, à celui où ce dernier est devenu périphérique, donc un phénomène. Un mot d'esprit peut rendre compte de cette problématique : "La situation est désespérée, mais pas grave!"

Ce que l'on peut percevoir en effet dans le vécu du thérapeute en "état" de pratique, c'est son rapport aux événements qui surviennent en lui. Avec ceux-ci, il pourra, au mieux, avoir un rapport dialectique, c'est-à-dire qu'il ne sera ni submergé, ni absent. Cette position peut rappeler la polarité connue du moi observateur-moi participant, mais en l'appliquant ici au thérapeute. Nous pouvons aussi rappeler la notion du contre-transfert en précisant que si dans l' "universalité" nous pouvions faire allusion au contenu du contre-transfert, il s'agirait davantage ici du rapport du thérapeute à celui-ci. Cela nous amène à une compréhension plus juste de la neutralité du thérapeute comme possibilité d'être neutre vis-à-vis de sa propre participation.

Nous pouvons reprendre l'exemple de ce thérapeute qui se sent devenir minuscule. La réaction peut en être une de frayeur ou, au contraire, il peut laisser cette sensation exister autant que cela est supportable et noter son évolution, son lien avec le patient, en somme la laisser s'élaborer.

Ainsi il nous semble que les thérapeutes utilisant leur vécu intérieur le font selon deux axes : universalité et gravité. L'universalité consiste en un

mouvement centrifuge d'association libre, de création, d'éclosion, d'expansion. La gravité se caractérise, elle, par un mouvement réciproque, donc centripète de centration, de stabilité intérieure, d'ancrage. Ces deux mouvements sont nécessaires au thérapeute pour travailler et à la thérapie pour exister. On rencontre aussi ces deux mouvements lorsqu'on étudie comment les psychanalystes ou les thérapeutes réagissent aux vignettes cliniques présentées par leurs confrères. Certains épisodes racontant l'intervention de tel psychanalyste sont jugés sauvages par les autres (crainte de l'explosion centrifuge); d'autres épisodes sont jugés aliénants par les premiers (crainte de la réduction centripète).

APPRENTISSAGE DE L'UTILISATION DU VÉCU INTÉRIEUR

La méthode de travail que nous avons élaborée par et pour cet apprentissage est basée sur des "Expérientiels" : ils sont centraux comme outils de découverte dans ce champ intersubjectif. Un Expérientiel est la proposition d'une situation d'où va naître une expérience qui sera un lieu d'implication, d'observation et de recherche. C'est une méthode inductive, analogique et concrète, méthode de découverte (et non de vérification) consistant donc à créer ou à développer la connaissance (Diesing, 1971). C'est une méthode pour apprendre par l'intérieur et non par l'extérieur. Nous pouvons dégager trois caractéristiques :

1. Un Expérientiel est une approche consistant à utiliser un exercice pour permettre une expérience. Ici le terme "expérience" est utilisé au sens humaniste et existentiel. C'est cette expérience qui est l'important, l'exercice n'étant qu'un tremplin, un alibi et non un but. L'intérêt est donc centré sur le vécu dont l'exercice est l'occasion, plutôt que sur la partie technique qui le caractérise.
2. Paradoxalement, aucun effet particulier n'est recherché. L'expérience n'est pas voulue à tout prix et ainsi la non-expérience est tout aussi bien une expérience. Les Expérientiels ne sont donc pas liés à l'obtention d'un résultat précis et attendu, mais à la survenue d'un effet large et inattendu.
3. Autre paradoxe, la consigne qui est donnée est toujours considérée comme moins importante que l'expérience qui en est issue ; il est donc entendu que cette consigne peut toujours être refusée ou abandonnée en cours de route ; elle n'est pas faite pour être suivie, mais pour évoquer. Au bout du compte, peu importe que la consigne soit suivie ou non.

Ainsi, ce qui est proposé n'est jamais ni le plus important, ni la fin ; c'est un point de repère à perdre pour des destinations lointaines. Cette méthodologie particulière permet de s'ouvrir aux deux principes que nous avons décrits précédemment : universalité et gravité. Les thérapeutes s'aper-

çoivent alors qu'ils ont des systèmes de perception extrêmement différents les uns des autres et qu'ils peuvent ainsi décrire les patients de façons fort diverses. Comme nous l'avons décrit plus haut, ils font l'expérience d'une diminution de barrières entre des champs maintenus séparés, parfois symptomatiquement. L'une des conséquences pour les thérapeutes est d'apprendre à se percevoir comme éléments d'un réseau auquel l'autre (les autres) appartient aussi; et à voir ce qui survient, non pas comme le résultat de la rencontre de deux ou de plusieurs individualités séparées, mais comme une gestalt dont les individus font partie; il s'agit là d'une vision ou d'une sensation, pourrait-on dire, systémique de la relation.

En rapport avec la gravité, les Expérientiels permettent aux thérapeutes d'étudier comment ils peuvent entrer en rapport avec les événements qui surviennent en eux. Ils apprennent ainsi à éviter d'être submergés par l'expérience de même qu'à reconnaître leurs façons de devenir "absents" (au sens d'être loin).

La difficulté est de pouvoir tenir ces deux positions (universalité et gravité) simultanément; il y a là tout un travail à la fois de plongée et de détachement. Pour faire image, nous pourrions faire référence à la technique d'apprentissage du tennis de Galwey (1977). Il définit une technique originale d'apprentissage du tennis, basée sur la conception de deux "moi", ressemblant à s'y méprendre à la polarité moi participant-moi observateur. Il s'agit donc d'apprendre le tennis en utilisant d'une part le moi participant, le moi physiologique, neuromusculaire, qui est responsable des mécanismes d'équilibre, de coordination des mouvements, de la conjonction de différents sens, etc.; et, d'autre part, le moi observateur qui connaît les différentes consignes et règles du jeu, l'espace et le temps alloués, etc. Le problème de beaucoup d'apprentissages au tennis est de vouloir mettre sous le contrôle du moi observateur le moi participant, c'est-à-dire à enseigner la position des jambes, la position d'équilibre, le lieu de frappe de la balle, la position des pieds lors de la frappe, etc. Tout va assez bien quand ces ordres venant d'en-haut correspondent à peu près aux lois neuromusculaires et physiologiques de la personne en question; mais quand, souvent, il y a contradiction, soit par rapport à la physiologie de la personne, soit par rapport au moment de son apprentissage, cela ne va plus du tout. Et cet insuccès amène en général à vouloir contrôler davantage, préciser davantage, ce qui aboutit tantôt, et avec beaucoup d'efforts, à des succès temporaires, tantôt à une dégradation de la situation. Ce que propose l'auteur, c'est de rendre à César ce qui est à César, c'est-à-dire de laisser le moi observateur observer et de l'empêcher de s'immiscer dans le travail de participation. Par exemple, il dira au client de noter quelle est la position de ses jambes lorsqu'il vient de frapper ce coup... et c'est tout, de noter là où la balle est allée et son écart par rapport au but souhaité... et c'est tout; les corrections nécessaires sont laissées au moi participant, et cela se fait tout seul. Cessons cette analogie pour faire remarquer que, dans l'approche intersubjective, l'effort du thérapeute dans sa pratique est déplacé : il ne

s'agit plus de "vouloir" trouver une solution à tel problème qui se présente dans la relation, mais plutôt de maintenir cette double position de participation-observation (universalité-gravité) et l'espace qui les sépare, espace d'où vont émerger d'elles-mêmes des solutions.

UN EXEMPLE D'EXPÉRIENTIEL

Lorsque nous avons fait lire ce texte à des confrères, ils nous ont conseillé de donner un exemple d'Expérientiel. Nous avons pensé en décrire un, en vous racontant par exemple celui où deux personnes face à face ont pour consigne de ressentir leur distance l'une par rapport à l'autre sans se toucher, de laisser survenir leurs désirs de rapprochement ou d'éloignement, de les agir au fur et à mesure de leur modulation; ainsi leur situation de l'un vis-à-vis de l'autre est constamment remise en question et aucune position n'est certaine. Dans l'échange qui suit, les participants reconnaissent les distances qu'ils "fixent" avec leurs patients...

Nous avons abandonné ce projet car il mettait le lecteur, vous, en position d'observateur. Celle-ci empêche une compréhension de l'intérieur et évite le risque d'un mouvement, essentiel pour saisir notre propos. Nous avons alors pensé qu'un exemple ne serait pertinent qu'à la condition que vous puissiez y participer, même si nous ne pouvons vous rejoindre qu'indirectement et alors que votre position de lecteur vous laisse seul. Tentons-le cependant.

Voici la consigne : "Pendant dix minutes (chronomètre), vous choisissez un objet auquel vous allez vous rendre présent. Aussi intensément que possible. En portant attention à l'ensemble, à la relation vous-objet (plutôt qu'à l'objet lui-même). Chaque fois que vous vous rendez compte que vous ne suivez plus la consigne, vous y revenez simplement". Nous vous rappelons que vous pouvez suivre ou ne pas suivre la consigne; que vous arrêtez l'expérientiel s'il devient insupportable, quitte à y revenir ensuite. Nous vous le laissons faire...

Dix minutes après... Vous nous dites que vous ne l'avez pas fait, que vous l'avez fait en partie, que vous l'avez fait sans rien percevoir, que vous avez perçu tel ou tel événement... nous vous répondons à chaque fois : "C'est très bien". En effet, c'est "l'expérience intérieure" qui importe et "ne pas avoir d'expérience" est une expérience dont vous pouvez saisir l'importance puisqu'elle a régi votre position par rapport à la consigne. Ce qui nous importera ensuite, c'est l'expérience et son caractère ou ses limites quant à "l'universalité" : comment l'objet vous a influencé avec sa forme, sa couleur, son bruit; comment vous prenez conscience en même temps ou séparément de vos perceptions visuelles, auditives et cénesthésiques; l'expérience d'entendre le silence de l'objet, celle de percevoir des modifications de sa forme, celle de vivre des variations de limite entre vous et l'objet ou des fluctuations

dans la perception de votre identité... Ce qui nous importera aussi, c'est comment tout ceci a évolué dans le temps, et particulièrement les moments d'inattention, d'endormissement, de peur, d'ennui, d'accrochage... (cf "gravité").

Expérience limitée à elle-même? et, pourtant, elle peut ouvrir à la "façon" dont nous sommes présents aux patients : les percevant comme des objets extérieurs ou étant influencés par eux? Influencés par leur forme, leurs tons, leurs mouvements; les voyant, les sentant et les entendant simultanément ou séquentiellement; et percevant notre identité comme changeante ou stable? Les mots viennent-ils pour borner, obturer, raccrocher, relancer...?

Voilà donc tentée avec vous un exemple de notre démarche.

DESCRIPTION DES MOYENS UTILISÉS

Nous avons utilisé le medium des groupes pour faire cet apprentissage. Cela permettait un échange entre les soignants et servait d'appui à une vie d'équipe quotidienne.

Les groupes ont pris forme peu à peu, en conformité avec l'esprit de la méthode. Ils furent ouverts à toutes les personnes qui étaient amenées à être en contact avec les patients de cet hôpital (infirmières, préposés; mais aussi directeurs, secrétaires, enseignants...). On pouvait librement entrer dans les groupes au moment de leur formation et les quitter avant le terme. Chaque groupe est constitué pour douze semaines environ, à raison de cinq à six heures de travail, une journée par semaine. À la suite de quoi le groupe est dissous et un autre est alors ouvert auquel tous peuvent à nouveau s'inscrire, qu'ils aient déjà participé à une expérience antérieure ou non. L'animateur a pour rôle de proposer des Expérientiels, de veiller à ouvrir au premier principe (universalité, centrifuge) et à garantir le second (gravité, centripète) afin que le cheminement soit à la fois créateur et non traumatisant. Certaines consignes invitent à une exploration individuelle, d'autres font intervenir des objets (musique...) afin d'explorer des rapports, d'autres enfin proposent différents types de rencontres entre les personnes.

RÉSULTATS

Nous regroupons ici des témoignages donnés par les participants sur l'effet de cette pédagogie dans leur travail : ils concernent successivement leurs relations avec les patients puis entre confrères, leur rapport au savoir et enfin leur attitude en supervision. Ce n'est pas leur valeur de preuves qui nous intéresse mais le fait qu'ils "repèrent" un mouvement.

Ils ont noté une augmentation de leurs capacités à laisser survenir des événements en eux et à “recevoir” les patients, ce qui a diminué leur tendance à l’activisme et l’attente anxieuse de résultats. Ils ont moins tendance à se laisser submerger par ce qui arrive, ou à vouloir assurer une illusoire maîtrise par une mise en catégories. Se laissant plus de place, ils laissent plus de place au patient, fuyant moins devant les crises psychotiques, les silences et la chronicité, ils sont plus sensibles à la communication non verbale et interviennent davantage à ce niveau. Ils ont noté aussi une diminution de l’utilisation des médicaments, des moyens de contention et de la salle d’isolement.

Il se produit une sorte d’objectivation des expériences intérieures, vécues comme un phénomène normal, utilisable d’une part et partageable d’autre part. L’utilisation du ressenti comme matériel de travail a amené dans les équipes beaucoup plus de partage, d’élaboration et un meilleur climat, les différences de résonance entre les personnes vis-à-vis des patients étant alors considérées comme importantes en elles-mêmes et non plus comme pathologiques et inavouables. On a pu noter, chez les thérapeutes, une diminution des congés pour cause de maladie.

Les participants ont aussi l’impression d’avoir acquis des outils personnels dont la possession permet de puiser dans le champ de la connaissance intérieure. En effet, auparavant, les soignants avaient tendance à ne voir la connaissance que comme extérieure, colligée dans des livres, apportée par des personnes extérieures, et de croire que la synthèse du savoir était acquise en accumulant passivement tout un paquet d’informations, disparates d’ailleurs puisque formulées personnellement par chacun des auteurs ou consultants. L’éloignement géographique le faisait facilement croire et on pensait volontiers que le savoir était engrangé quelque part à Montréal. L’acquisition de ce type d’outil leur permet de s’utiliser comme lieu de reconnaissance, d’être moins dépendants du savoir des autres, et ceci amena une possibilité de supervision collective au sein même des équipes.

Enfin, un autre problème vécu quotidiennement était l’écart qui pouvait exister entre, par exemple, un préposé et un psychiatre. Nous avons pu voir que cet écart était non seulement dû à une différence très grande dans le savoir, mais aussi à une absence d’échanges dans ce qui leur était commun, c’est-à-dire l’expérience. L’acte du psychiatre, une prescription médicamenteuse ou une interprétation par exemple, apparaissait comme un événement unique, sans que soit mis en évidence le préliminaire, les expériences personnelles préalables amenant cet acte, la partie cachée de l’iceberg. Si bien que l’acte final semblait un acte magique qu’on essayait, autant que faire se peut, d’imiter. L’ouverture aux expériences intérieures a permis de retrouver les sources des actes et d’établir un lieu de parole possible entre personnes de diplômés ou de rôles différents.

CONCLUSION

Nous avons ainsi tenté de vous faire part d'une expérience de pédagogie destinée aux membres du personnel soignant d'un hôpital, qui n'avaient pas de formation spécialisée pour la plupart, et qui ont pu se découvrir capables d'une grande intelligence intérieure et utiliser celle-ci dans leurs relations avec les patients. Pour cela, il a fallu leur enseigner des moyens particuliers pour identifier ces informations venant d'eux-mêmes et les considérer comme un certain type de connaissance. Insistons sur le fait que la méthode originale utilisée a permis que ce type de pédagogie puisse se faire dans un milieu où les thérapeutes se connaissaient et travaillaient ensemble. Nous pensons que ce type de pédagogie devrait être associé à l'enseignement traditionnel afin que le thérapeute puisse puiser à la fois dans l'un et dans l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

N. B. Cette bibliographie rassemble des ouvrages qui ont été significatifs dans la démarche de l'auteur au cours des années pour en arriver à son élaboration actuelle.

BUBER, Martin, 1969, *Je et Tu*, Aubier.

CAPRA, Fritjof, 1976, *The Tao of Physics*, Fontana-Collins.

FOURASTIE, Jean, 1966, *Les conditions de l'esprit scientifique*, Collection Idées, Gallimard.

LAING, Ronald D., 1960, *The divided Self*, Tavistock Publications.

LEWIS, Howard R. et H.S. STREITFELD, 1972, *Growth Games*, Bantam Book.

REIK, Theodor, 1964, *Listening With The Third Ear*, Pyramid Books.

TRUNGPA, Chogyam, 1976, *The Myth of Freedom*, Shambhala Berkeley & London.

WATZLAWICK, Paul, J. WEAKLAND et R. FISH, 1975, *Changements : paradoxes et psychothérapie*, Seuil.

RÉFÉRENCES

ALBY, J.M. et D. WIDLOCHER, 1978, Psychanalyse freudienne et processus de changement, *Encyclopédie Med. Chir. Psychiatrie*, fascicule 37810 F 10 (10-1978), p. 6-7, Paris.

BIGRAS, J., 1980, *Kati of course*, Mazarine, Paris.

CROMBEZ, J.C., 1980, La rencontre : créditable ou discréditée?, *Canadian Journal of Psychiatry*, volume 25, n° 5, p. 381-385.

DIESING, Paul, 1971, *Patterns of discovery in the social sciences*, Aldine-Atherton.

GALLWEY, Timothy, 1977, *Tennis et psychisme*, Robert Laffont.

THOMPSON, Peter G., 1980, On the receptive function of the analyst, *The International Review of Psycho-Analysis*, volume 7, Part 2, p. 183-200.

SUMMARY

In this text we have presented a certain pedagogic experiment that we have been carrying out for the last three years at the *Malartic Hospital Centre* in Abitibi and that we have applied to the *Amos Hospital Centre* with staff members of the psychiatric and obstetrics and gynaecology departments, and to the *Notre Dame Hospital* in Montreal. This experiment aims to provide the therapists with a training in psychotherapy, teaching them to use themselves as medium in the therapeutic relationship. To achieve this end, we use techniques which, while bearing similarities to those personal-

ly experienced by the therapists in therapy or learned in training, differ by the *originality* of their approach.

We have thus attempted to show you a pedagogic experiment involving members of a hospital medical staff who, for the most part, had no specialized training and who were able to find in themselves a great inner intelligence and use it in their relations with their patients. For that it was necessary to teach them the means of identifying certain signals coming from themselves and to consider them as a certain kind of knowledge. We stress the fact that the originality of the method used has permitted the use of this type of *pedagogy* in an environment in which the therapists know one another and work together. We think that this kind of pedagogy should be *included* with traditional teaching in order that the therapist may draw upon both.