

Gestalt-thérapeute et psychologue clinicien

Comment articuler ces deux pratiques au service du client ? *

Pierre VAN DAMME

*Docteur en psychologie
clinique.
Membre titulaire de la SFG
dans le champ de la
psychothérapie*

Je suis à la fois psychologue clinicien, chargé d'accueillir et de comprendre des enfants et des adultes en souffrance psychique, et Gestalt-thérapeute accompagnant dans la durée ces personnes.

Une double identité dans ce vaste champ de la connaissance de «*l'être humain singulier et complet, en prise avec une situation*» comme disait Lagache (1949).

Comment articuler ces deux formations, ces deux pratiques ? Par exemple, le "bilan psychologique", le diagnostic, peut-il être éclairé par la pratique des tests, et, est-ce bien dans l'esprit gestaltiste ? N'est-il pas préférable de parler d'évaluation ? Les notions de normal et de pathologique se rejoignent-elles ? Comment puiser dans ces deux démarches des ressources communes mais aussi des éclairages complémentaires... dans un travail de "consultation thérapeutique" ?

** Article écrit à la suite de l'animation d'un atelier aux journées d'étude de la SFG des 6 et 7 mars 99 à Paris sur "la question du diagnostic en Gestalt-thérapie"
Que les participants à cet atelier soient remerciés pour la richesse de nos échanges qui ont contribué à mûrir cet article.*

UNE DOUBLE IDENTITÉ

«*Vous êtes bien chez..., psychologue-psychothérapeute*» dit mon répondeur téléphonique. Cette affirmation d'une double identité professionnelle répond sans doute à un besoin de reconnaissance d'une compétence à la fois universitaire, diplômée, et d'un désir d'une pratique de relation d'aide inscrite dans le temps.

Bien que je ne mette pas la Gestalt en avant, elle est là dans le fond et surgit rapidement dans le questionnement du pré-contact lors d'un premier entretien : «*quelle méthode pratiquez-vous ? Quelle différence avec l'analyse ?*»... dans un face-à-face dialogal.

Ces deux mots, psychologue et psychothérapeute, sont réunis par un trait d'union, ce qui est une invitation à articuler ces facettes d'une même pratique....

Une erreur des Télécom a fait que je ne suis inscrit dans le botin professionnel qu'à la rubrique "*psychothérapeute*". Après réflexion, je n'ai pas demandé à figurer dans la rubrique "*psychologue*". C'est bien l'aspect *psychothérapie* que je développe et je veux éviter l'aspect expertise, bilan et examen pour lequel peuvent être sollicités les psychologues en *libéral* dans des situations de difficultés scolaires, voire familiales, en cas de divorce par exemple.

UN MÉTIER À RISQUES

La pratique de la psychothérapie est une entreprise à risques. Ce peut être dangereux pour le client qui amorce une telle démarche : celle-ci peut avoir des effets bénéfiques mais peut aussi fragiliser momentanément. Elle a ses indications et ses contre-indications et les erreurs de jeunesse m'ont appris à être prudent.

Un homme reçu en stage ponctuel de trois jours s'est fait hospitalisé le lendemain du stage dans une crise d'angoisse aiguë. Je suis beaucoup plus attentif depuis en début de groupe, dans le

pré-contact, au repérage des personnes fragiles.

De même, j'ai accepté d'accompagner pendant sept ans une femme schizophrène victime d'hallucinations et qui refusait de prendre des médicaments. Cet engagement a été très lourd à porter dans le temps.

Aujourd'hui, je n'accepte plus de m'engager avec ce type de patient sans condition de suivi médical et de possibilité d'hospitalisation.

Le thérapeute est un peu comme un maître de judo. Il ne peut pas toujours empêcher la chute du client mais il est responsable de la façon dont il tombe, le soutenant, prévenant les blessures les plus graves et assurant dans la durée un accompagnement pour se relever... C'est un engagement minimal qui est exigeant mais ce métier passionnant est à ce prix.

Ce risque est aussi pour le thérapeute qui peut être bousculé sur le plan affectif et personnel. J'ai eu l'occasion de suivre récemment, jusqu'en fin de vie, une femme atteinte d'un cancer du foie. Ce chemin a été très riche mais très éprouvant, me confrontant à mon impuissance, ma finitude et aux risques de l'attachement, quand quelqu'un que l'on aime s'en va.

Et que dire des patients qui font des tentatives d'autolyse ? J'ai connu une collègue qui a démarré sa carrière avec un premier client suicidaire qui est passé à l'acte. Elle a mis des années de supervision et de thérapie pour s'en remettre... Sans compter les risques judiciaires et les conséquences pour le développement de sa clientèle...

Il me semble qu'il y ait risque à chaque fois que la situation de départ n'a pas été suffisamment éclairée ou qu'elle a été sous-estimée ainsi que l'engagement dans la durée que cela implique.

D'où l'importance d'une formation solide en psychopathologie et un entraînement au diagnostic différentiel clinique dans la formation du Gestalt-thérapeute... C'est ce que je tente d'appliquer dans mon rôle de formateur de futurs Gestalt-thérapeutes.

Delisle parle d'une compétence diagnostique complémentaire de la compétence thérapeutique : *«Avant de rencontrer le thérapeute gestaltiste, le client doit rencontrer le clinicien... capable*

d'établir un diagnostic psychologique et de recommander une intervention appropriée». (1992, 158)

DU DIAGNOSTIC À L'ÉVALUATION MULTIMODALE

Mais au fait, c'est quoi le diagnostic ?

Le mot **diagnostic** parle d'un acte médical qui vise à déterminer la nature de la maladie observée. Cet emprunt à la médecine a été souvent opéré en psychologie clinique ; d'ailleurs Lagache considère que « *c'est l'activité principale de la psychologie clinique.* »

Il lui donne un sens plus large : « *l'interprétation raisonnée des données particulières en fonction des relations générales dont se compose la science psychologique...* ». (1949)

Dans cette perspective, le bilan ou l'examen psychologique - bien que cette notion ait une connotation objectivante et statique - peut être le moyen de parvenir à ce diagnostic en favorisant le recueil des données liées à un sujet spécifique.

Toutefois, **la notion "d'évaluation psychologique"** est préférable afin de prendre de la distance avec la nature médicale du diagnostic et de saisir toute la singularité du sujet : « *L'évaluation ne se limite pas à utiliser une classification en termes de pathologie et à y intégrer les troubles du sujet mais vise en plus à décrire la dynamique individuelle, le jeu des forces, faiblesses, déficits et fonctions adaptatives qui déterminent le comportement individuel et son évolution* » (Hubert, p. 129)

Si j'adhère à cette proposition, j'y ajoute, en fidélité à la théorie du champ propre à la Gestalt-thérapie, que **l'évaluation** est celle d'**une situation complexe** où sont inclus le client mais aussi le clinicien-thérapeute en interaction avec lui.

Cela va dans le même sens que l'approche interactive et phénoménologique décrite par Rojas Urrego qui met en avant le phénomène de la rencontre dans la dimension diagnostique du psy-

chiatre, «*plus proche d'un modèle perceptif globalisant que d'un modèle inférentiel à la recherche d'entités psychiatriques...*» (1991, 87)

L'évaluation d'un client est soumise à la perception subjective du clinicien. Elle est globale et multimodale au sens où sont en jeu des facteurs génétiques, physiologiques, psychologiques voire psychiatriques, sociaux et familiaux, éthiques, juridiques et interactifs.

A la lumière d'une situation limite, j'aimerais présenter la démarche qui préside lorsque le clinicien-thérapeute reçoit un client et les questions que cela lui pose.

UNE SITUATION LIMITE : BERNARD OU L'AGRESSEUR SEXUEL

Il s'agit d'un homme de 30 ans, Bernard, qui vient avec une demande d'aide parce qu'il a des problèmes de "contrôle d'impulsions". Au cours du premier entretien, cet homme m'apprend qu'il a été pris en flagrant délit d'agresser sexuellement une femme dans la rue et qu'une obligation de soins lui a été faite par le juge. Un procès est en cours.

Cet homme m'a interpellé par sa demande et il m'a fallu du temps pour clarifier les différents facteurs en jeu dans cette situation.

Evaluation de la demande

Un premier doute m'a saisi : cette demande est-elle sincère et authentique ou vient-elle du fait de l'obligation de soins et de la peur du bâton, le client simulant une démarche thérapeutique sans réel désir de changement ?

Un processus pervers pouvait se mettre en place et l'idée d'être complice de son scénario et d'être manipulé me déplaisait beaucoup.

C'est avec le temps que cet homme a commencé à me toucher et à étayer ma conviction d'une vraie demande.

Evaluation éthique

Un second doute m'a envahi sur mon désir d'accepter en thérapie cet homme décrit comme un agresseur sexuel.

Accompagner une victime, oui, mais un agresseur, cela n'entre pas du tout dans mes valeurs. Un sentiment de répulsion me prend rien qu'à l'idée de cet acte violent, même si cet homme s'est contenté de renverser cette femme sur la banquette de sa voiture, sans violence ni pénétration...

Distinguer l'être humain souffrant et l'acte qui me révolte, tel a été l'enjeu des premiers échanges. Il m'a fallu du temps aussi pour bousculer mes préjugés et regarder cet homme avec sensibilité, bienveillance et ... humanité ! ...

Evaluation déontologique

Une crainte m'a saisi : et si cet homme récidivait en cours de thérapie ? Est-ce que je pourrais être accusé légalement ? Est-ce que je serais obligé de témoigner à son procès si on me le demandait ?

Des collègues m'ont rassuré sur la non-obligation de résultats. Il reste alors la culpabilité et l'impuissance du thérapeute à gérer une condamnation éventuelle de ce client, même s'il n'y a pas de risque légal !

Evaluation de l'organicité

Bernard me fit part rapidement d'un traumatisme crânien subi il y a huit années et la nécessité d'une hospitalisation de plusieurs mois. Les agressions sexuelles sont apparues après cet accident. Une information éclairée auprès de psychiatres révèle que des séquelles neurologiques peuvent être à l'origine de difficultés de contrôle d'impulsions.

D'où nécessité et exigence d'un examen neurologique avant tout engagement dans la thérapie pour vérifier l'absence de séquelles et la dimension essentiellement psychologique de ce passage à l'acte.

Evaluation psychiatrique

Bernard se montrait avec un côté rêveur, artiste, créant des dessins et des bandes dessinées. Il me les apporta : est apparu, comme une projection de lui-même, un monde désincarné, en morceaux, déshumanisé, un monde désolé de solitude...

Nouveau doute pour le clinicien ! S'agit-il d'une personnalité schizoïde pré-morbide annonçant une évolution vers la schizophrénie ? Dans ce monde clivé, peu de place pour le corps et le plaisir. Bernard passe beaucoup de temps coupé du monde concret et réel.

Et si cela était le cas, cela se révèle-t-il sans risque dans un suivi en cadre libéral, sans soutien d'une équipe de secteur psychiatrique ?

Bernard souffre d'épisodes dépressifs dans des moments de crise... Là encore, la prudence est de règle et c'est le temps qui permet de voir si la thérapie a un effet positif ou s'il convient de l'orienter vers un psychiatre...

Evaluation familiale et sociale

Si, pour l'enfant, la prise en compte du milieu familial est nécessaire, j'estime que l'évaluation de l'environnement de l'adulte, comme milieu nourricier ou toxique, est aussi important...

Bernard vit depuis trois ans avec une femme. Son emploi dans un atelier de graphisme est stable. Il semble que son milieu soit soutenant pour lui, bien que la révélation du passage à l'acte et du procès ait ouvert, pendant quelque temps, une crise au sein du couple.

La condamnation par la loi de tels actes a - semble-t-il - beaucoup rassuré Bernard, se confrontant au réel et à un tiers sur-moiïque structurant.

Evaluation étiopathique

Qu'est-ce qui fait qu'aujourd'hui cet homme ait de tels troubles du comportement ? La connaissance de son histoire peut-elle l'éclairer ?

Bernard a peu de contacts avec sa famille d'origine et a coupé les ponts avec ses amis d'adolescence avec qui il a vécu en marge. Il décrit un couple parental en difficulté avec une mère froide mais présente et un père violent et alcoolique, décédé quand il était adolescent...

C'est à ce moment qu'il décroche du réel et commence à vivre sans limites, sans autorité, en marge de la communauté familiale et sociale...

J' imagine un enfant seul et terrorisé par une réalité familiale conflictuelle et un adolescent qui décide de commencer à vivre dans un ailleurs de rêve.

Un humain face à un humain

Ayant pris le temps de connaître Bernard et d'écouter mes réactions affectives à son égard, je me suis peu à peu "adouci", moins en défense par rapport à lui et plus en désir de l'accompagner. Beaucoup de doutes et de peurs se sont estompés ; une confiance dans une interaction féconde et confrontante entre deux hommes est apparue et une vraie rencontre s'est amorcée quelques mois plus tard...

Au-delà des investigations neurologiques, psychiatriques, psychologiques et sociales, je me suis davantage interrogé sur les effets que notre rencontre pourrait avoir sur lui mais aussi sur moi. Cette situation m'a confronté aux limites de ma fonction et j'ai le sentiment d'apprendre avec lui l'ouverture, la tolérance et l'importance d'un cadre structurant...

Un an plus tard, Bernard décide de marquer une pause. Peu après, dans une lettre, il m'annonce la réalisation de l'un de ses projets de création et m'affirme qu'il se sent "plus ancré dans le réel".

Dans cette démarche, j'ai apprécié d'être à la fois psychologue

clinicien et Gestalt-thérapeute, mariant la compétence et la sensibilité, la rigueur et l'humanité...

D'où mon intérêt pour trouver une articulation entre ces formations et le désir de puiser dans l'une et l'autre démarches des ressources communes mais aussi des éclairages complémentaires.

UN TERRAIN COMMUN

Un sujet objet

Lagache définit l'objet de la psychologie clinique ainsi : *"l'être humain singulier et complet aux prises avec une situation"*. (1949)

Un être humain : c'est une conception de l'Homme puisant ses racines dans l'existentialisme et dans l'humanisme. Elle affirme la singularité de tout homme, se différenciant par là de la psychologie générale et expérimentale, à la recherche de lois universelles.

Favez Boutonnier (1959) définit l'objet de la psychologie clinique ainsi *«l'être humain en tant qu'il existe et se sent exister comme un être unique, ayant une histoire personnelle, vivant une histoire qui ne peut être assimilée à aucune autre...»*

... *et complet* : il s'agit bien, comme en Gestalt-thérapie, d'une démarche globale, recherchant l'unité de l'organisme et incluant corporéité, sentiment et esprit...

... *aux prises avec une situation* : l'homme ne peut être isolé de son contexte social et familial. C'est bien une "psychologie concrète", observant les interactions, conflits, échanges d'un être ancré et situé dans un temps et dans un espace...

P.H.G. ⁽¹⁾ (1951) ne disent pas autre chose, mais en d'autres termes, quand ils proposent comme *«sujet-objet de la psychologie, l'opération de la frontière-contact dans le champ organisme-environnement»*.

Autrement dit, l'objet d'étude de la Gestalt et de la psychologie clinique est bien l'homme en relation.

1 - P.H.G. : Perls, Hefferline et Goodman

Si Salathé (1989) a pu définir la Gestalt-thérapie comme “une philosophie clinique” ou comme une “antenne thérapeutique de l’existentialisme”, elle est aussi une psychologie clinique dans la mesure où elle est une manière d’appréhender l’homme singulier en interaction avec son milieu de vie, dans son rapport au monde...

La clinique qualifie en effet ce qui s’exerce au chevet du malade (*kliné* en grec signifie “lit”) et par extension ce qui s’établit d’après l’observation du malade et non par la théorie... Comme le dit Robine : «*la démarche clinique est indissociable de l’acte thérapeutique, de la rencontre, de l’interaction qui se développe... et P.H.G.⁽¹⁾ ont bien souvent indiqué... combien la psychothérapie leur paraissait probablement la meilleure façon de comprendre l’expérience d’un autre, de pratiquer la psychopathologie*» (1997, 3)

Une jeunesse et un carrefour

Si la psychologie clinique a trouvé en France ses racines dans la tradition psychiatrique (Pinel), la psychanalyse (Freud) et la phénoménologie (Husserl, Jaspers, Binswanger...) la “psychologie concrète” de Politzer ou la psycho-biologie de Henri Wallon, elle ne commence à s’affirmer comme science autonome qu’à partir de 1949 avec Lagache. Sa tentative est une manière de se démarquer de :

- la psychologie générale qui s’affirme prioritairement expérimentale (avec le courant comportementaliste) ;
- la psychiatrie qui aborde les phénomènes pathologiques ;
- la psychanalyse qui hésite à se séparer de la médecine.

Ce n’est que deux ans après, en 1951, qu’est publié, aux Etats-Unis, “Gestalt-therapy” de P.H.G. qui situe cette nouvelle thérapie comme une troisième voie entre la psychanalyse (que Perls veut “réviser”) et le comportementalisme. Je préfère pour cette raison définir la Gestalt comme une thérapie “expérientielle” (à partir de l’expérience vécue de chacun) et non “expérimentale”, pour bien la démarquer de la psychologie du compor-

tement mais aussi de la Gestalt-psychologie, à la recherche de lois générales sur la perception.

1949, 1951 : cette coïncidence des dates de ces voies parallèles (bien que la psychologie clinique débute plus tôt aux USA), cette même jeunesse relative donnent, à toutes les deux, cet aspect dynamique et mouvant. Elles prendront toutes leurs dimensions dans leur développement respectif après le mouvement de la contre-culture de mai 68 en Europe.

Toutefois, toutes deux subissent la même contestation et controverse de leur objet et de leurs méthodes, mettant la théorie en suspens au profit de la clinique et des situations concrètes et singulières. Toutes deux ont fait le choix délibéré d'une démarche phénoménologique où il n'y a pas une vérité mais des vérités subjectives et singulières *«dans la place prépondérante faite à la simple observation et la description des phénomènes»*. (Pediñelli, 1994, 58)

La psychologie clinique est *«très proche de la phénoménologie et ne peut que le rester»* (Revault d'Allonnes, 1989) et comme le disait Freud : *«l'exemple est la chose même»*

De même, la Gestalt-thérapie ne considère la théorie que comme une métaphore, un système de représentation d'images et met l'accent délibérément sur l'ici et maintenant du contact et les phénomènes observables à la frontière-contact.

Ces deux approches sont également toutes deux multi-référencées, se situant à un carrefour, dans un champ où s'entrecroisent des systèmes de réflexion et des registres différents, un modèle composite en recherche de sa cohérence et de son unité... dont *«le tout est autre chose que la somme des parties»* (Lewin).

Rapport avec la psychanalyse

La psychologie clinique comme la Gestalt-thérapie entretient des rapports ambivalents avec la psychanalyse. Lagache, Favez Boutonier, Revault d'Allonnes, Prévost, Gagey... sont tous psychanalystes avant de promouvoir la psychologie clinique.

Si la psychanalyse constitue un système théorico-clinique

cohérent et peut être un recours et un garant pour une science en quête de légitimité, Favez Boutonnier (1959) définit *«la psychologie clinique et la psychanalyse comme des domaines spécifiques et séparés bien qu'en interaction»*.

La psychologie clinique interpelle la psychanalyse dans ses marges et ses failles ; elle offre des nouveaux espaces de questionnement, de nouvelles formes d'intervention. Le clinicien travaille avec, et non dans le transfert et il est amené à réévaluer la dimension sociale et corporelle, absente dans la démarche freudienne...

De même, la Gestalt-thérapie se présente comme une révision de la psychanalyse. *«Elle s'en inspire autant qu'elle s'y oppose»*. (Ginger, 1987)

Perls, psychanalyste dissident, remet en cause nombre de points fondamentaux tant dans la théorie (l'inconscient, le primat de la sexualité infantile, l'œdipe, l'instinct de mort) que dans la technique (la névrose de transfert, la neutralité, la règle d'abstinence...).

Le normal et le pathologique

Ces deux démarches se démarquent aussi de la nosographie psychiatrique, en refusant d'enfermer la personne dans un étiquetage normatif... C'est bien de la relativité du normal et du pathologique dont il s'agit, trouvant plus de différence de degré que de nature dans la souffrance humaine.

D'où la remise en cause du concept d'adaptation en psychologie clinique. Favez Boutonnier (1959) affirme : *«une science du psychisme humain ne peut se fonder sur une philosophie déguisée. Si l'on doit se référer à des normes, il faut savoir d'où elles viennent»*.

De même, Goldstein (1934), un des maîtres de Perls, disait : *«le normal doit se définir non pas par l'adaptation mais, au contraire, par la capacité à inventer de nouvelles normes»*.

Cela a pour conséquence d'élargir ces deux disciplines à des champs d'application non cantonnés exclusivement à la maladie mentale.

Favez Boutonnier (1959) parlait du terrain de la psychologie clinique ainsi : «*tout ce qui informe de l'être humain, de diverses façons qu'il a d'être présent dans l'existence*» et Perls, lui, trouvait bien dommage de réserver sa méthode qu'aux malades et aux marginaux et préconisait «*la thérapie pour normaux*»

Une relation impliquée

La neutralité n'existe pas. Elle est mise en brèche par ces deux approches qui s'appuient sur la relation inter-subjective entre le praticien et la personne comme méthode de connaissance et de changement.

Favez Boutonnier (1959) considère la psychologie clinique comme une approche «*contrôlée de l'homme par l'homme dans une situation d'implication réciproque*» et Revault d'Allonnes (1989) affirme : «*la démarche clinique est avant tout interpersonnelle, elle travaille dans et sur la relation*». D'où l'attention aux phénomènes transférentiels et contre-transférentiels dans la relation clinique et thérapeutique. Si l'activité de diagnostic est importante, les pratiques d'interventions de psychothérapie sont de plus en plus de l'intérêt et de la démarche des psychologues cliniciens...

La Gestalt-thérapie, elle, systématise encore plus le contact : «*le thérapeute et son client sont deux partenaires engagés dans une relation duelle authentique... Le thérapeute est présent en tant que personne dans une relation actuelle JE/TU avec son client... Il n'est pas neutre mais engagé dans une relation impliquée...*» (Ginger, 1987)

APPORT DE LA GESTALT-THÉRAPIE À LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Ce terrain commun m'engage davantage encore aujourd'hui à chercher les apports de chaque discipline pour enrichir ma pratique quotidienne. La Gestalt-thérapie permet, selon moi, d'enrichir la démarche de la psychologie clinique en lui donnant

d'autres références pratiques et théoriques que la psychanalyse...

Un modèle de compréhension

Elle permet de fournir au clinicien une grille de lecture souple, prenant en compte l'intra et l'inter-subjectif. En effet, la Gestalt-thérapie, à travers sa théorie du Self et sa conception globale de l'homme concilie, me semble t-il, deux approches : la psychanalyse et la théorie des systèmes. Elle agit sur deux articulations :

- l'intra : le corps, les émotions, les représentations ;
- l'inter : le champ organisme - environnement.

Elle permet ainsi la compréhension du monde interne et relationnel de la personne.

En parallèle avec la Gestalt-thérapie, Pagès (1993), a développé une démarche originale à la recherche des liens entre le système émotionnel, les conflits psychiques inconscients et l'histoire sociale de l'individu... La psychothérapie devient ainsi une pratique complexe nécessitant des stratégies thérapeutiques combinées en confrontant les frontières et les limites de la psychanalyse, de la phénoménologie et de la théorie de la communication.

Une stratégie thérapeutique engagée

Le premier entretien, même s'il peut avoir une fonction de diagnostic, est d'emblée un lien réciproque, un engagement de deux personnes dans un "*espace expérientiel*", (Rossignol, 1987), permettant de tirer profit de ces séquences ponctuelles et de susciter chez l'autre, par la présence active du thérapeute, implication, centration sur le présent et créativité...

Ainsi, les tests pratiqués en psychologie clinique avec des enfants ou des adultes, n'ont plus pour but de fournir des données objectives et figées sur une personne, mais deviennent le support d'informations réciproques qui enrichissent de manière créatrice le lien d'engagement.

Il y a tant de manières d'utiliser un test de niveau, un dessin,

un test projectif à partir de l'approche gestaltiste.

Un test d'efficience intellectuelle comme le WISC/R permet d'élargir le champ de conscience d'un enfant, de clarifier, revaloriser son image de soi et lui apporter des indications sur ses limites mais aussi ses ressources...

Un dessin devient un espace intermédiaire entre l'enfant et moi. A travers lui, l'enfant me transmet un message que je cherche à comprendre. C'est un support qui nous aide à communiquer et à parler le même langage, un peu à la manière du "Squeegle", pratiqué par Winnicott (1971).

Un test de personnalité sous forme d'images comme le TAT ou le "Patte Noire", d'histoires racontées comme les fables de Duss ou les contes de Royer, de jeux comme le test du monde, du village ou le scéno-test, donne au praticien un matériau très riche qu'il convient d'utiliser dans l'ici et maintenant.

Ainsi, dans le test du monde, je peux favoriser d'abord son exploration classique, permettre à l'enfant de représenter "sa manière d'être au monde", à travers le choix des éléments et leur disposition dans l'espace... Il est possible, dans un second temps, d'explorer ludiquement la situation en proposant à l'enfant de se projeter et de s'identifier à un personnage qui va partir à l'aventure de ce monde ; lui demander de me donner une place dans son monde et de mieux comprendre ses attentes et ses projections transférentielles... Une dynamique spatio-temporelle se met en place à travers une mise en scène, libérant souvent beaucoup d'émotions, de souvenirs, d'images. Ce test devient ainsi un espace de transformation...

L'enfant, comme l'adulte, à travers l'approche gestaltiste, n'est plus seulement objet de connaissance mais partenaire d'une situation en évolution. Elle rejoint par là la question de la demande, développée par Revault d'Allonnes (1989) : *« toute situation interhumaine suppose, en dernière analyse, une double démarche essentielle, de savoir et d'amour, de connaissance et de reconnaissance... et que demandeur et demandé s'y retrouvent tous deux en position de demandeurs, sans quoi aucune rencontre n'est possible... »*

APPORT DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE À LA GESTALT-THÉRAPIE

A l'inverse, la psychologie clinique a, sans doute, beaucoup à apporter au Gestalt-praticien en enrichissant ses méthodes d'observation et d'entretien. Ces tests fournissent au praticien notamment une multitude de supports ainsi qu'une manière d'appréhender le client. Sur le plan des activités du diagnostic, elle apporte un cadre de réflexion et de compréhension cohérent et complet.

Sur le plan de la formation universitaire, elle apporte au psychologue une formation rigoureuse en six ans mais peut être un complément judicieux pour tous les praticiens de la relation d'aide.

Sur le plan de la recherche, la psychologie clinique, si longtemps contestée par les scientifiques, commence à dégager des méthodes de travail, cherchant à concilier rigueur dans la démarche et implication du chercheur.

Je rejoins le point de vue de Robine sur l'urgence de produire des textes de recherche clinique ainsi que des études de cas. Cela est vital pour l'avenir de la Gestalt-thérapie : *«il s'agit de sortir de la croyance, du matériel clinique anecdotique, de l'empirisme et de l'intention auto-justificative.»* (1985)

CONCLUSION : UN MÉDIATEUR

La Gestalt-thérapie est une théorie en marche, un grand chantier en voie de construction qui ne peut se passer de l'apport de la psychologie clinique pour poursuivre et nourrir sa réflexion théorico-clinique... A la fois psychologue clinicien et Gestalt-thérapeute, il me plaît d'être un médiateur entre ces deux démarches, à la fois thérapeute et chercheur, à la fois homme d'action et de terrain et en même temps, un homme en quête de sens, un homme de médiation.

Je suis un passeur d'hommes et d'enfants à la recherche

d'une identité, étrangers à eux-mêmes, déracinés, et dont la demande est de passer de l'autre côté de la frontière pour réhabiliter un chez soi.

Je me retrouve un et multiple, riche de ces deux facettes constitutives de ma personne, élargissant mon champ personnel et professionnel.

Résumé

A la fois psychologue clinicien, chargé d'accueillir et de comprendre des enfants et des adultes en souffrance psychique, et Gestalt-thérapeute accompagnant dans la durée ces personnes, je me suis questionné sur la façon d'articuler ces deux formations et ces deux pratiques.

Après avoir clarifié le passage de la notion de diagnostic à celle plus ouverte d'évaluation globale d'une situation complexe au travers d'un cas limite de la thérapie, je propose des articulations plus théoriques entre la psychologie clinique et la Gestalt-thérapie en y pointant les points communs et les complémentarités.

Une identité double qui me permet d'être un médiateur entre ces deux disciplines.

BIBLIOGRAPHIE

DELISLE Gilles : *De la relation clinique à la relation thérapeutique*, in revue québécoise de Gestalt vol. 1 n° 1 - 1992

FAVEZ BOUTONNIER J. : *La psychologie clinique - Objet, méthodes, problèmes* - Les cours de la Sorbonne 1959 et 1962

GINGER S. : *La Gestalt, une thérapie du contact* . Ed. Hommes et Groupes - Paris - 1987

GOLDSTEIN K. (1934) : *La structure de l'organisme* - Gallimard - Paris - 1983

- HUBER W. : *La psychologie clinique aujourd'hui* - Coll. Psychologie et Sciences humaines - Ed. P - Mardaga - Bruxelles - 1987
- LAGACHE D. : *Psychologie clinique et méthode clinique* - in L'évolution psychiatrique - 1949 - p. 155/178
- PAGES M. : *Psychothérapie et complexité* - Ed. Hommes et perspectives - Marseille - 1993
- PEDINIELLI J-L. : *Introduction à la psychologie clinique* - Nathan coll. 128 - 1994 - 128 p
- PERLS, HEFFERLINE, GOODMAN : *Gestalt-thérapie* Tome 2 - 1951 - traduit en français - Ed. Stanké - 1979
- REVAULT D'ALLONNES C. et coll. : *La démarche clinique en sciences humaines* - Dunod - Paris - 1989
- ROJAS URREGO A. : *Le phénomène de la rencontre et la psychopathologie* - Nodules - PUF - Paris - 1991
- ROSSIGNOL F. : *Le bilan psychologique en guidance infantile, vers un espace expérientiel* - in Actes SFG - Paris - Nov. 87
- ROBINE J-M. : *Quel avenir pour la Gestalt-thérapie ?* in actes SFG - Grenoble - décembre 85
- Ecrire ce qui se chuchote ou parfois se crie*, in cahier de Gestalt-thérapie n° 1 - 1997
- SALATHÉ N. : *La Gestalt, une philosophie clinique*, in Actes SFG - Paris - Nov. 83
- WINNICOTT D. W. : *La consultation thérapeutique chez l'enfant* Gallimard - 1971



