

L'IMPORTANCE DE LA RELATION DANS LE CHANGEMENT THÉRAPEUTIQUE: UN PROBLÈME EN QUÊTE D'UNE RÉPONSE EMPIRIQUE

BERNARD P. TÉTREAU

Université de Montréal

Abstract

The lack of empirical support concerning the efficacy of the counsellor as a teacher of interpersonal skills is emphasized. Comparisons of this role of teacher with that of therapist, while complexifying the issue, also points to the need of questioning the necessity per se of the therapeutic relationship so as to better assess its relative importance. Analysis of conditions generally thought to be conducive to therapeutic change leads to the proposal that empirical research should focus on the bodily components of the experiencing process; the author and his students are currently working in this direction by trying to vary the degree of immediacy of the therapist's presence as independent variable, and by comparing, through physiological and perceptual indices, the relative influence of verbal and nonverbal contact.

Résumé

Après avoir mis en relief le manque d'évidence concernant l'efficacité du rôle de conseiller-pédagogue, du moins dans l'enseignement des habiletés interpersonnelles, et les équivoques qu'en suscite la comparaison avec le rôle de conseiller-thérapeute, on propose de remettre en question, afin d'en évaluer l'importance réelle dans le changement thérapeutique, la nécessité même du processus relationnel. L'analyse des conditions généralement associées au changement thérapeutique nous amène à proposer de centrer davantage la recherche empirique sur les composantes corporelles du processus expérientiel de ce changement; ce que l'auteur a commencé à faire, avec quelques étudiants, en cherchant à faire varier le degré d'imédiateté de la relation comme variable indépendante et en comparant, à partir d'indices physiologiques et perceptuels, les influences relatives des modalités verbales et non verbales de cette variable.

Dans son article éditorial sur le rôle changeant du conseiller, Christensen (1976) m'amène à penser qu'il serait opportun de remettre en question, afin d'évaluer son importance relative réelle, un des principes quasi axiomatique de l'approche thérapeutique psycho-dynamique traditionnelle, principe d'ailleurs de plus en plus partagé par des tenants de l'approche comportementale. Il s'agit du principe selon lequel le processus relationnel et l'établissement d'un rapport personnel individualisé dans la dyade thérapeutique constituent, comme le suggère Strupp (1976), une des trois conditions fondamentales d'un changement de personnalité vers une meilleure adaptation à la vie, les deux autres étant les ressources motivationnelles du client et les techniques particulières du thérapeute.

A l'appui de la désirabilité d'une telle remise en question, on pourrait invoquer, à la suite de Christensen (1976), les hypothèses récentes de la sociobiologie (Wilson, 1975) et l'interprétation de Campbell (1975) qu'en postulant la capacité et la sagesse des individus à générer des systèmes de

valeurs adéquats, et en intervenant par un processus relationnel de façon à libérer ces mêmes individus de leurs contraintes sociales, les psychologues et les psychiatres ont peut-être contribué à affaiblir des traditions morales et des mécanismes socio-évolutionnaires inhibiteurs nécessaires à la survie de l'espèce. Si tel était le cas, il serait sûrement opportun que les conseillers et les psychothérapeutes pensent sérieusement à adopter une orientation moins centrée sur la personne et s'engagent davantage dans le processus didactique du maître qui enseigne à son élève-client, lui montrant comment modifier ses valeurs et acquérir des habiletés interpersonnelles efficaces.

Conseiller-Pédagogue versus Conseiller-Thérapeute

Un des avantages évident et séduisant de ce "nouveau" rôle du conseiller-pédagogue, mais aussi un des dangers non moins évident, il me semble, est qu'il lui permettrait de simplifier son travail auprès des clients-élèves. En effet, au lieu

de s'impliquer dans un processus rationnel pouvant exiger beaucoup de sa personne, le conseiller-pédagogue pourrait ne s'en tenir qu'à quelques catégories relationnelles simplistes et à quelques recettes comportementales permettant d'enseigner à l'élève, à la rigueur de façon stéréotypée et impersonnelle, comment entrer en relation interpersonnelle en utilisant la réponse empathique, le respect, la réponse authentique, etc. Cette alternative semble d'autant plus séduisante qu'il existe déjà une technologie et des programmes d'entraînement aux relations interpersonnelles, dont le plus connu et le plus étudié est sans doute celui développé par Carkhuff (1969a, 1969b, 1971, 1972), et dont s'inspire en grande partie un programme plus récent comme celui de Egan (1975).

La moindre des critiques qu'on puisse faire de ce rôle du conseiller-pédagogue est que dans la mesure où l'objectif serait d'enseigner au client-élève ce qu'il doit faire pour être bien adapté, ce serait faire là montre de peu d'originalité: tout le monde dit à tout le monde ce qu'il devrait faire pour acquérir les habiletés interpersonnelles nécessaires à son adaptation sociale et à sa survie psychologique. Ses parents et ses professeurs, sans parler des cours de personnalité comme ceux de Dale Carnegie, se sont depuis longtemps concertés pour enseigner à l'individu comment il devrait se comporter pour être heureux et se faire des amis; point n'est besoin, en effet, d'être conseiller ou même psychologue (et l'un n'est pas nécessairement l'autre) pour faire cela. Malheureusement, les exhortations des uns et des autres ne semblent pas toujours avoir affecté ou ébranlé le client à la recherche de son centre, de son identité personnelle et d'expériences interpersonnelles significatives susceptibles de l'aider à les découvrir.

Un deuxième problème avec ce rôle pédagogique du conseiller est que s'il est relativement facile de faire l'illustration technique, au moyen de jeux-de-rôles par exemple, de ce que peuvent signifier des qualités personnelles comme l'authenticité et l'empathie, il est peut-être beaucoup plus difficile de faire en sorte que l'élève-client manifeste et éprouve ces mêmes qualités dans sa vie courante, si le conseiller-maître ne les a pas lui-même incorporées et ne parvient pas à toucher et à émouvoir son élève à en faire une traduction personnelle individuelle; autrement dit, si le conseiller-pédagogue ne devient pas un peu un conseiller-thérapeute, au moins au moyen d'un rapport relationnel suffisant pour déclencher un processus expérientiel chez le client-élève, il apparaîtrait douteux que ce dernier dépasse la connaissance corticale d'habiletés interpersonnelles acquises, pour ainsi dire, de l'extérieur.

Toutefois, ce qui constitue sans doute le

problème le plus sérieux d'un counselling fondé sur une technique comportementale et une approche pédagogique se voulant la moins relationnelle possible est qu'un tel type de counselling n'a pas encore d'assises empiriques. Ainsi, si l'on considère le cas des programmes d'entraînement systématique aux habiletés interpersonnelles de Carkhuff, il est difficile de ne pas conclure avec Lambert et DeJulio (1977), après la critique des multiples faiblesses méthodologiques qu'ils ont identifiées dans la trentaine d'études sur laquelle Carkhuff s'appuie, que ces programmes sont loin d'avoir obtenu leurs lettres empiriques de crédit.

Ces commentaires critiques du rôle du conseiller-pédagogue visent essentiellement l'aspect recette ou panacée que pourrait prendre un tel rôle. Dans plus d'un sens, la distinction entre conseiller-pédagogue et conseiller-thérapeute, toute réelle qu'on puisse l'établir d'un point de vue technique, est malheureuse. Elle peut donner à penser que le problème se pose en termes d'une dichotomie qui opposerait le processus relationnel au processus pédagogique, alors qu'il est probable, comme l'a déjà fait remarquer Schofield (1964), que la plupart des conseillers et des psychothérapeutes reconnaissent que leurs interventions se situent à l'intérieur d'un processus d'apprentissage, au sens même de la définition comportementale de cette expression. C'est-à-dire que dans ce processus d'apprentissage qu'est le counselling et la psychothérapie, le conseiller ou le thérapeute sert de tuteur, de modèle et de source importante de récompenses. La distinction risque aussi de fausser le problème en ce qu'elle pourrait suggérer une dichotomie qui rendrait incompatibles et mutuellement exclusives les influences respectives des facteurs cognitifs et émotifs dans le changement thérapeutique. Bref, s'il est possible de faire une distinction entre des objectifs thérapeutiques et des objectifs pédagogiques, il n'en demeure pas moins que les interventions d'un conseiller-thérapeute comportent une dimension pédagogique et que celles du conseiller-pédagogue sont susceptibles, à l'intérieur d'un processus relationnel suffisamment présent pour une communication efficace, de susciter des changements qu'on pourrait clairement qualifier de thérapeutiques. C'est du moins ce que suggère les résultats d'études dans lesquelles les effets d'approches traditionnelles, qui mettaient davantage l'accent sur les facteurs émotifs, se sont généralement avérés comparables à ceux d'approches comportementales, qui mettaient davantage l'accent sur les facteurs cognitifs (Jesness, 1976; Luborsky et al., 1975; Marks et al., 1968; Sloane et al., 1976). De toute façon, et sans minimiser les apports spécifiques d'une approche ou d'une autre, il demeure que l'exercice des rôles de conseiller-pédagogue et de conseiller-thérapeute supposent, dans tous les cas, l'existence d'une relation avec le

client, même lorsqu'on se place dans une optique comportementale (Wilson & Evans, 1976); de sorte que vue sous cet angle, la problématique n'est pas tellement celle de la nécessité de l'existence d'une relation, mais plutôt celle du comment et de la profondeur de cette relation pour qu'il y ait changement thérapeutique.

*La relation dans le changement thérapeutique:
une question fondamentale*

En fait, la question fondamentale sous-jacente au problème du rôle plus ou moins pédagogique du conseiller, de même qu'au problème de l'efficacité relative des approches thérapeutiques psycho-dynamiques et comportementales, est avant tout celle de l'importance relative du processus relationnel, voire de son existence, comme mécanisme déclencheur du changement thérapeutique. Aussi, ainsi que l'a noté Christensen (1976), si la recherche devait être le point de départ, il serait sûrement désirable de répondre de façon empirique à cette question, en isolant le processus relationnel comme variable indépendante. A ma connaissance, à l'exception de quelques études comme celle de Lieberman et al. (1973) dans laquelle les effets de groupes de rencontre programmés, i.e. sans la présence immédiate d'un moniteur, ont été comparés à ceux de groupes dans lesquelles un moniteur était immédiatement présent, les chercheurs se sont peu attardés à cette question fondamentale, présumément à cause du caractère axiomatique du principe voulant que le processus relationnel soit nécessaire pour qu'il y ait changement thérapeutique. L'étude de cette question semblerait d'autant plus pertinente que depuis le temps où la capacité d'une personne à effectuer par elle-même un changement thérapeutique, i.e. sans l'intermédiaire d'un processus relationnel avec un conseiller ou un thérapeute, a été sérieusement mise en doute (Freud, 1963; Rogers, 1957), les idées d'auto-thérapie et d'auto-développement ont refait leur apparition, particulièrement dans les programmes dits de croissance personnelle (Berzon & Solomon, 1964; Berzon et al., 1972; Lewis & Streitfeld, 1971; Otto, 1967; Otto & Mann, 1968; Schiffman, 1967, 1971; Solomon et al., 1968; Stevens, 1971; Wrenn et Menke, 1969) dans lesquels les participants peuvent, à la rigueur, effectuer les exercices sans la présence immédiate d'un conseiller-moniteur.

Dans les paragraphes qui suivent, je m'attarderai à préciser la problématique de l'importance relative du processus relationnel comme mécanisme déclencheur du changement thérapeutique. Après avoir défini certaines des coordonnées de base d'un tel changement, il sera plus facile d'illustrer comment, avec l'aide de mes étudiants, j'entrevois d'apporter une contribution empirique à ce problème.

*Le changement thérapeutique:
un processus expérimental*

Au préalable, il importe de préciser ce qu'on entend par changement thérapeutique. Dans la littérature, cette expression est utilisée pour désigner toutes sortes de changements, allant des effets temporaires consécutifs à un massage ou à un traitement pharmacologique plus ou moins superficiel, jusqu'à la remise en question profonde d'elle-même qu'impliquent les changements radicaux et généralisés de son style et de sa philosophie de vie qu'une personne se devrait d'entreprendre pour être bien adaptée à la vie, du moins si elle cherche à cesser d'utiliser des palliatifs et les nombreuses formes de diversion et de réduction de stress mentionnées par Lazarus dans la longue citation qu'en fait Christensen (1976, p. 48). De tels changements généralisés sont habituellement poursuivis dans le contexte de psychothérapies intenses ou à long terme, telle la thérapie centrée-sur-le-client et la psychanalyse, ou d'autres approches plus récentes comme la bioénergétique de Lowen (1976), approches qui s'adressent d'abord à l'armature défensive de la structure caractérielle de la personne et visent à lui permettre de trouver son centre ou ce qu'Allport (1955) appelait le *proprium* de la personnalité individuelle. Bien qu'ils ne soient pas formulés en ces termes, il y a lieu de reconnaître que de tels changements peuvent être poursuivis et se produire dans le contexte de certaines thérapies comportementales (Sloane et al., 1976).

Sans entrer dans le détail du problème des critères du changement thérapeutique, il apparaît qu'on pourrait les différencier selon que l'approche vise à produire un bien-être ou une modification du comportement limitée et spécifique, ou selon qu'elle vise un changement généralisé dans la philosophie de vie et le comportement de la personne. Entre ces deux extrêmes, on peut se représenter un gradient de changement en vertu duquel les interventions thérapeutiques seraient adaptées en intensité et en étendue à différentes clientèles en fonction de la complexité et des problèmes particuliers de ces clientèles. Quoiqu'il en soit, il apparaît aussi que si l'on veut répondre à la question fondamentale de l'importance relative du processus relationnel dans le changement thérapeutique, il importe de trouver un dénominateur commun à tout changement dit thérapeutique, quelque soit le but spécifique ou généralisé poursuivi dans les différentes approches. Il me semble évident ici que la coordonnée de base devrait être la personne qui est à la fois l'objet et le sujet du changement poursuivi. C'est à dire qu'aux trois ingrédients ou conditions de base que Strupp (1976) associe à tout changement thérapeutique, il y aurait lieu, sinon d'en ajouter un quatrième, du moins de reconnaître le processus même du changement

thérapeutique et son mécanisme déclencheur à l'intérieur de la personne qui change. Ceci me semble d'autant plus s'imposer que dans un pourcentage important de cas, la personne ne change pas, même si les trois ingrédients décrits par Strupp sont présents, ainsi que l'atteste le fait de l'existence des échecs thérapeutiques, et que dans un pourcentage non moins important de cas la personne change en l'absence de certains ingrédients, ainsi que l'atteste le fait de l'existence de ce qu'il est convenu d'appeler les rémissions spontanées. Il apparaît en effet que le mécanisme déclencheur du changement thérapeutique à l'intérieur de la personne puisse être activé en l'absence du processus relationnel, des techniques particulières du thérapeute et, d'une certaine manière, de la volonté elle-même à changer de la personne ou, au contraire, que ce mécanisme et le processus lui-même ne soient pas activés en dépit de la présence de toutes les conditions professionnelles prévues à cet effet.

A l'instar de Gendlin (1964), l'analyse qui précède m'amène à situer l'étude de l'importance relative de la relation dans le changement thérapeutique là où il se produit, c'est-à-dire dans le processus même du changement à l'intérieur de la personne. Comme Gendlin l'a fait remarquer (1964), c'est habituellement en termes de contenus, de changements de structure ou, si l'on veut, des seuls points de départ et d'arrivée d'une distance à parcourir, et non en termes du processus lui-même du changement que la plupart des auteurs ont formulé le problème du changement thérapeutique. Pourtant, si l'on veut comprendre non seulement le pourquoi des succès thérapeutiques, mais aussi celui des échecs et des rémissions spontanées, il y a certes lieu de circonscrire ce qui se passe entre les points de départ et d'arrivée du changement thérapeutique, ainsi que Gendlin (1964, 1973) a tenté de le faire par son concept d'*experienting*. De sorte qu'une fois défini le *dénominateur commun de tout changement thérapeutique de personnalité et de comportement*, si minime soit-il, il sera peut-être plus facile, pour un individu donné, de choisir les objectifs à poursuivre et les moyens, plus ou moins relationnels, de les atteindre.

Le changement thérapeutique: toutes les thérapies impliquent un contact physique

A défaut de ne pas en savoir tellement plus que ce que Gendlin (1962, 1964, 1969, 1973) et ses collaborateurs (Gendlin et al., 1967; Gendlin & Tomlinson, 1967) ont pu dire sur le processus lui-même du changement thérapeutique expérientiel, j'accepte d'emblée sa notion d'*experienting* qu'il a décrite comme étant essentiellement un processus corporel. Partant de là, je voudrais suggérer que tout changement thérapeutique, nonobstant toute autre signification qu'on pourrait attribuer à cette

expression, implique nécessairement des changements physiques et physiologiques, au sens scientifique de phénomènes bio-chimiques associés à des mouvements moléculaires et à des déplacements énergétiques de matière.

Dans la littérature des méthodes de groupe de rencontre et ailleurs, on parle beaucoup des nouvelles approches corporelles et des thérapies de contact physique (Beck, 1973; Brown, 1973; Ruitenbeek, 1973; Schutz, 1967, 1971, 1973). Cette dernière expression peut être aussi ambiguë et équivoque que l'usage qu'on en fait dans le langage courant, comme, par exemple, "Lors du dernier contact que j'ai eu au téléphone avec cette personne", ou encore, "Ce qu'il m'a dit m'a beaucoup touché". Il est probable que plusieurs auteurs parlent de thérapies corporelles en utilisant le concept de contact physique pour référer à une seule de ses modalités, notamment le contact tactile, ce qui amène à négliger le fait qu'il existe d'autres modalités sensorielles d'être en contact avec le monde extérieur, telles les modalités visuelles, auditives-verbales, et celles des sens gustatif et olfactif. Il n'y a aucune raison de penser que les mécanismes physiologiques et bio-chimiques reliés au processus d'*experienting* ne peuvent pas être tout autant mis en branle par ces formes de contact autres que le contact tactile. Il s'ensuit aussi que des expressions comme "être en relation" et "être en contact physique" ne peuvent pas être restreintes aux seules thérapies corporelles qui mettent l'accent sur les techniques et la communication non verbales, et particulièrement à celles dans lesquelles les sens tactile sont principalement impliqués.

Le contact physique: médiate et immédiat

Afin de dissiper un peu de cette confusion qui entoure le concept de contact physique, j'aimerais suggérer que la distinction entre ce qui est verbal et non verbal tient avant tout à celle qu'on peut faire entre des choses qui sont physiquement plus ou moins immédiates (ou plus proches) et des choses qui sont plus ou moins reliées de façon médiate ou indirecte (et qui sont donc plus distantes). Ma propre expérience clinique m'indique qu'à certains moments, je peux "toucher" une personne, c'est-à-dire déclencher des changements psychophysiologiques, au moyen de mots qui affectent immédiatement son système auditif et, de façon médiate, son système cardiovasculaire. L'impact des ces mots semble même parfois plus intense que celui du contact tactile de la poignée de mains que nous échangeons à la fin d'une session.

Il est généralement reconnu que tout changement thérapeutique est initié par la personne, du moins dans le sens qu'un tel changement ne saurait se produire si la personne n'est pas d'abord motivée à appliquer une partie de ses énergies au

processus de changement. Strupp (1976) estime qu'il s'agit ici d'un des trois ingrédients du changement thérapeutique. Toutefois, dans la littérature, ce changement est plus souvent associé avec la rencontre de face-à-face d'une interaction dyadique ou en petits groupes. A cet égard, dans la mesure où les changements physiques et énergétiques associés au processus d'expérimentation peuvent être reliés à la présence continue, dans la personne, des effets des interventions du thérapeute, sous quelque forme que ce soit — i.e. même en l'absence physique immédiate du thérapeute —, je proposerais que de tels changements sont dûs, aussi distants de leur source qu'ils puissent paraître, à une chaîne de contacts et de réactions physiques. De sorte que toutes les thérapies qui comportent une interaction de face-à-face sont, de ce point de vue, des thérapies corporelles et de contact physique, qu'il s'agisse de contacts tactiles, de sons et de mots, ou de fantaisies; ce qui situe parmi les thérapies corporelles celles qui ne comportent aucun contact tactile dans la dyade thérapeutique, comme c'est le cas de la psychanalyse freudienne orthodoxe. John W. Perry (1976) a bien illustré ce phénomène de réactions en chaîne lorsqu'il fit remarquer que "It is not unusual for clients to describe the somewhat uncanny sense of the therapist as a personal presence monitoring their consciousness from moment to moment (between sessions) as if sitting on their shoulder, looking and commenting" (p. 306).

Les coordonnées de base du changement thérapeutique

En somme, le dénominateur commun de tout changement thérapeutique expérientiel serait que non seulement les mécanismes psychophysiologiques déclencheurs ont été activés, mais qu'ils continuent de l'être sans la présence immédiate de ce qui les a d'abord activés, c'est-à-dire, dans le cas de la dyade thérapeutique, que la personne a été et continue d'être touchée et émue, soit par les paroles du thérapeute, son expression faciale ou posturale, ou par son contact tactile délibéré ou spontané, mais senti, au bon moment. Les seules coordonnées de base du changement thérapeutique expérientiel seraient donc ainsi les mécanismes psycho-physiologiques, déclencheurs de ce changement et la motivation de la personne à entretenir leur activation, le processus relationnel avec le thérapeute et les techniques particulières qu'il utilise ne contribuant à ce changement que de façon médiate et dans la seule mesure où ils peuvent é-mouvoir la personne à continuer d'être émue par ce processus et ces techniques.

Dans cette optique, une autre coordonnée très importante, notamment les différences individuelles, expliquerait tant le fait des échecs thérapeutiques que celui des rémissions spon-

tanées; c'est-à-dire que pour certaines personnes, les mécanismes déclencheurs du changement seraient tellement paralysés que les efforts du thérapeute à vouloir à tout prix établir un processus relationnel, i.e. à activer ces mécanismes, s'avéreraient inutiles, alors que pour d'autres personnes, la capacité d'expérimentation et la motivation à entretenir l'activation du changement seraient telles qu'elles parviendraient à *changer sans l'intermédiaire d'une relation thérapeutique professionnelle soutenue*, ce qui ne veut pas dire sans l'intermédiaire d'aucune relation. L'avantage de ce point de vue est que, même pour le plus habile des thérapeutes, sa responsabilité s'arrête aux frontières des différences individuelles. Ceci expliquerait aussi pourquoi un thérapeute médiocre, ou même un charlatan, pourrait parfois se réclamer de succès thérapeutiques réels et rapides.

A l'appui de l'hypothèse selon laquelle un changement thérapeutique pourrait se produire sans la présence physique immédiate d'un thérapeute (ou sans une relation interpersonnelle immédiate), on peut mentionner les résultats positifs de certaines études avec des groupes programmés de thérapie ou de rencontre, i.e. dans des groupes où le moniteur n'était en relation et en contact physique avec les participants que par l'intermédiaire de sa voix telle qu'enregistrée sur ruban magnétique (Berlin, 1964; Berzon & Solomon, 1964; Conyne, 1974; Hurst et al., 1973; Johnson et al., 1965; Solomon et al., 1968). Dans ces circonstances, il était impossible pour les participants d'être en interaction et en contact de *réciprocité avec le thérapeute, quoique ceci* pouvait être possible entre les participants eux-mêmes. Il y a lieu de noter aussi que ces études ne cherchaient pas principalement à évaluer l'influence relative de la relation et des diverses modalités de contact physique dans le changement thérapeutique, encore que dans l'une de ces études de nature comparative (Solomon et al., 1968), les sujets des groupes dans lesquels le moniteur était immédiatement présent manifestèrent un niveau d'expérimentation et une qualité de relation interpersonnelle significativement plus élevés que ceux des groupes programmés ou de contrôle.

Par ailleurs, il serait opportun de souligner que si l'on peut décrire le processus de changement thérapeutique chez une personne en termes de contacts physiques plus ou moins immédiats avec un thérapeute, rien ne permet de supposer que le déclenchement du processus devrait nécessairement impliquer une relation ou un contact immédiat ou indirect avec un thérapeute, ou même avec une personne vivante. On peut en effet concevoir, à la rigueur, qu'une personne très motivée à *changer* pourrait prendre les moyens de le faire à la suite, par exemple, de la lecture des écrits de grands penseurs dont la plupart ne

seraient plus vivants. Outre le fait qu'il s'agirait probablement d'un cas plutôt exceptionnel, il faudrait néanmoins convenir que d'une certaine manière, le changement pourrait être attribuable sinon à une relation interpersonnelle immédiate, du moins à un contact physique avec le monde extérieur.

Thérapies psychiques versus thérapies corporelles

Une fois agréé que toutes les thérapies sont, d'une façon ou d'une autre, des thérapies corporelles et de contact physique, il apparaît que la dichotomie corps-esprit, tout comme celle entre thérapies psychiques et thérapies corporelles, n'a d'utilité que pour mettre en relief l'usage particulier de certaines techniques ou avenues que choisit le conseiller ou le thérapeute pour intervenir auprès d'une personne afin de l'affecter. Comme Gendlin (1973) l'a fait remarquer, le processus d'expérimentation peut être déclenché de plusieurs façons, et l'on ne saurait prétendre, a priori, si ce n'est sous forme d'hypothèses, qu'une façon est supérieure à l'autre, même si certaines personnes peuvent se sentir plus confortables avec une approche qu'avec une autre.

Il existe en effet présentement peu d'évidence pour prétendre à la supériorité d'une seule méthode ultime d'intervention, ou pour avancer que le contact tactile constitue une condition nécessaire du changement thérapeutique. On ne saurait sûrement prétendre qu'on est nécessairement meilleur thérapeute si l'on a recours à des méthodes non verbales d'intervention ou au contact tactile, comme pourrait le suggérer la popularité grandissante des thérapies corporelles comme la bioénergétique de Lowen (1975). Encore ici, tout comme dans le cas de l'importance de la relation dans le changement thérapeutique, l'importance relative de la contribution du contact tactile et des autres modalités de contact dans ce changement devrait d'abord être établie de façon empirique. Aussi, si le dernier mot est loin d'avoir été dit à ce sujet, on peut toutefois formuler l'hypothèse que le contact tactile pourrait être un moyen plus puissant que le seul usage des mots et des expressions faciales ou posturales pour déclencher le changement thérapeutique. En effet, même s'il n'est pas encore possible de dire que le contact tactile est une condition sine qua non du changement thérapeutique, il apparaît qu'il constitue une condition nécessaire du développement psychologique normal des individus, ainsi que Montagu (1971) l'a bien montré dans sa revue des études, en particulier celles de Spitz (1945, 1946) et de Harlow (1958), sur la privation du contact tactile durant l'enfance chez les mammifères. Le besoin d'être touché serait à ce point essentiel que, dans certaines circonstances, sa satisfaction serait plus vitale que le besoin même d'être nourri; son insatisfaction prolongée ne

serait par ailleurs pas sans relation avec une plus grande probabilité d'occurrence du suicide chez certains individus (Corder et al., 1974; Diekstra, 1974). En conséquence, il serait vraisemblable de formuler l'hypothèse que, si le développement normal d'une personne a pu être bloqué par l'absence de contacts tactiles adéquats, ou par une présence adulte inadéquate, le processus de déblocage serait mis en branle avec plus d'efficacité par les réponses tactiles d'un adulte thérapeute offrant une présence réelle que par des réponses surtout verbales. De plus, le contact tactile étant plus immédiat et primitif, il aurait moins de chances d'être mal interprété, et donc plus de chances d'être éprouvé comme authentique et réel.

Enfin, si l'établissement d'un rapport personnel a quelque chose à faire avec le déclenchement d'un processus thérapeutique, il est permis de penser que le seul fait de la qualité de ce rapport serait suffisant pour créer les conditions de véracité du contact interactionnel, quelles que soient les modalités sensorielles de ce contact ou, comme Bergin et Strupp (1972) l'ont déjà suggéré, quelles que soient les techniques utilisées par le thérapeute. C'est en isolant et en comparant de façon opérationnelle les apports spécifiques de la présence médiata versus immédiate du thérapeute, des approches verbales versus non verbales, et en particulier le contact tactile, et en mesurant tant les indices physiologiques que perceptuels des méthodes corporelles d'intervention qu'il sera possible de répondre empiriquement à la question de l'importance relative du rapport personnel dans le changement thérapeutique et la croissance personnelle des individus. C'est du moins de cette manière que quelques étudiants dont je dirige la thèse de doctorat (Houde, 1976; Lalonde, 1975; Rainville, 1977) et moi-même comptons faire une contribution à la solution de cette problématique.

Références

- Allport, G.W. *Becoming: Basic considerations for a psychology of personality*. New Haven: Yale University Press, 1955.
- Back, K. *Beyond words: The story of sensitivity training and the encounter movement*. Baltimore: Penguin Books, 1973.
- Bergin, A.E., & Strupp, H.H. *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. New York: Aldine, 1972.
- Berlin, J.I. Program learning for personal and interpersonal improvement. *Acta Psychologica*, 1964, 13, 321-335.
- Berzon, B., & Solomon, L.N. The self-directed therapeutic group: An exploratory study. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1964, 14, 366-369.
- Brown, M. The new body psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1973, 10, 98-117.

- Campbell, D.T. On the conflict between biological and social evolution and between psychology and moral tradition. *American Psychologist*, 1975, 30, 1103-1126.
- Carkhuff, R.R. *Helping and human relations, Vol. 1, Selection and training*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969 (a)
- Carkhuff, R.R. *Helping and human relations, Vol. 2, Research and practice*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969 (b)
- Carkhuff, R.R. *The development of human resources*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1971.
- Carkhuff, R.R. The development of systematic human resource development models. *Counselling Psychologist*, 1972, 3, 4-10.
- Christensen, C.M. Changing role of the counsellor? *Canadian Counsellor*, 1976, 10, 45-49.
- Conyne, R.K. Effects of facilitator directed and self-directed group experiences. *Counsellor Education and Supervision*, 1974, 13, 184-189.
- Corder, B.F., Shorr, W., & Corder, R.F. A study of social and psychological characteristics of adolescent suicide attempters in an urban, disadvantaged area. *Adolescents*, 1974, 9, 1-6.
- Diekstra, R.F.W. Somacidal thinking among young adults, an investigation into its occurrence and meaning. In *Proceedings of the 7th International Congress on suicide prevention*. Amsterdam, 1973.
- Egan, G. *The skilled helper: A model for systematic helping and interpersonal relating*. Monterey, California: Brook/Cole, 1975.
- Freud, S. *Transference. Introductory lectures* (Vol. 16). London: Hogarth Press, 1963.
- Gendlin, E.T. *Experiencing and the creation of meaning*. New York: Glencoe, 1962.
- Gendlin, E.T. A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change*. New York: John Wiley and Sons, 1964.
- Gendlin, E.T. Focusing. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1969, 6, 4-15.
- Gendlin, E.T. Experimental psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, Illinois: Peacock, 1973.
- Gendlin, E.T., Beebe, J., Cassens, J., Klein, M., & Oberlander, M. Focusing ability in psychotherapy, personality and creativity. In J. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (Vol. III). Washington: American Psychological Association, 1967.
- Gendlin, E.T., & Tomlinson, T.M. The process conception and its measurement. In C.R. Rogers, E.T. Gendlin, D.J. Kiesler & C.B. Truax (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press, 1967.
- Harlow, H.F. The nature of love. *American Psychologist*, 1958, 13, 673-685.
- Harrison, P. *Getting it together*. New York: Globe Book, 1973.
- Houde, D. Effets d'une méthode thérapeutique corporelle (GEBA) sur la respiration, la tension musculaire, la conscience du corps et l'actualisation de soi. Projet de thèse de doctorat inédit, Université de Montréal, 1976.
- Hurst, J.C., Delworth, J., & Garriott, R. Encounter-tapes: Evaluation of a leaderless group procedure. *Small Group Behavior*, 1973, 4, 476-485.
- Jesness, C.F. Comparative effectiveness of behavior modification and transactional analysis programs for delinquents. In C.M. Franks & G.T. Wilson (Eds.), *Annual review of behavior therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1976.
- Johnson, D.L., Hanson, P.G., Rothans, P. et al. Follow-up evaluation of human relations training for psychiatric patients. In E.H. Schein & W.E. Bennis (Eds.), *Personal and organizational change through group methods*. New York: Wiley, 1965.
- Lalande, G. *Le groupe de recontre: effets différentiels d'approches verbale et non verbale sur le niveau d'expérimentation, l'actualisation et la révélation de soi*. Projet de thèse de doctorat inédit, Université de Montréal, 1975.
- Lambert, M.J., & DeJulio, S.S. Outcome research in Carkhuff's human resource development training programs: Where is the donut? *Counselling Psychologist*, 1977, 6 (4), 79-86.
- Lewis, H.R., & Streitfeld, H.S. *Growth games*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1971.
- Lieberman, M.A., Yalom, L.D., & Miles, M.B. *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books, 1973.
- Lowen, A. *Bioenergetics*. New York: Coward McCann and Geoghegan, 1975.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 995-1008.
- Marks, J., Sonoda, B., & Schalock, R. Reinforcement versus relationship therapy for schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1968, 73, 397-402.
- Montagu, A. *Touching: The human significance of the skin*. New York: Harper and Row, 1971.
- Otto, H.A. *Guide to developing your potential*. New York: Charles Scribner's Sons, 1967.
- Otto, H.A., & Mann, J. (Eds.). *Ways of growth: Approaches to expanding awareness*. New York: Grossman, 1968.
- Perry, J.W. Relationship as behavior change in the psychotherapy of schizophrenia. In A. Burton (Ed.), *What makes behavior change possible?* New York. Brunner/Mazel, 1976.
- Rainville, O. *Influence respective du contact physique tactile et de la relation interpersonnelle dans les approches thérapeutiques corporelles*. Projet de thèse de doctorat inédit, Université de Montréal, 1977.
- Rogers, C.R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 1957, 21, 95-103.
- Ruitenbeek, H.M. *Les nouveaux groupes de thérapie*. Paris: Epi, 1973.
- Schiffman, M. *Self-therapy*. Menlo Park, California: Self-therapy Press, 1967.
- Schiffman, M. *Gestalt self-therapy*. Menlo Park, California: Self-therapy Press, 1971.
- Schofield, W. *Psychotherapy*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1964.
- Schutz, W.C. *Joy*. New York: Grove Press, 1967.

- Schutz, W.C. *Here comes everybody*. New York: Harper & Row, 1971.
- Schutz, W.C. *Elements of encounter*. Big Sur, California: Joy Press, 1973.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. & Whipple, K. Short-term analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy. In C.M. Franks & G.T. Wilson (Eds.), *Annual Review of Behavior Therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1976.
- Solomon, L.N., Berzon, B., & Weedman, C. The programmes group: a new rehabilitation resource. *The International Journal of Group Psychotherapy*, 1968, 18, 199-219.
- Spitz, R.A. Hospitalism. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1945, 1, 53-74.
- Spitz, R.A. Anaclitic depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1946, 2, 313-342.
- Stevens, J.O. *Awareness: Exploring, experimenting, experiencing*. Moab, Utah: Real People Press, 1971.
- Strupp, H.H. The nature of the therapeutic influence and its basic ingredients. In A. Burton (Ed.), *What makes behavior change possible?* New York: Brunner/Mazel, 1976.
- Wilson, E.O. *Sociobiology: The new synthesis*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, 1975.
- Wilson, G.T., & Evans, I.M. Adult behavior therapy and the therapist-client relationship. In C.M. Franks & G.T. Wilson (Eds.), *Annual Review of Behavior Therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1976.
- Wrenn, R., & Mencke, R. *Being: A psychology of self*. Chicago: Sciences Research Associates, 1975.