

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE DE DOCTORAT
PRÉSENTÉE AU DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PAR
ANDRÉ AUBIN

FACTEURS DÉTERMINANTS
D'UNE EXPÉRIENCE SIGNIFICATIVE EN PSYCHOTHÉRAPIE :
PERSPECTIVE DE CLIENTS ADULTES

JANVIER 2017

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

FACTEURS DÉTERMINANTS D'UNE EXPÉRIENCE SIGNIFICATIVE EN
PSYCHOTHÉRAPIE : PERSPECTIVES DE CLIENTS ADULTES

PAR

ANDRE AUBIN

Bernard Rivière

Université du Québec à Montréal

Jeannette Leblanc

Université de Sherbrooke

Liette Goyer

Université de Laval

David Morin

Université de Sherbrooke

Sommaire

La présente étude porte sur les facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie selon la perspective de clients adultes. La définition d'une expérience significative se lit comme suit : une expérience qui marque fortement le client, laisse une empreinte durable et a un impact positif manifeste dans le cheminement du client en psychothérapie ainsi que dans son milieu de vie. Plusieurs arguments justifient d'aborder la psychothérapie du point de vue des clients, dont celui-ci : l'implication personnelle des clients est essentielle au processus thérapeutique, notamment au niveau de la généralisation des acquis dans leur milieu de vie.

Les deux principaux objectifs poursuivis dans cette thèse sont : 1) l'exploration et la description des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie selon la perspective des clients; et 2) l'élaboration d'une représentation synthétique et structurée de ces facteurs.

Sur la base de nombreux résultats empiriques obtenus jusqu'à aujourd'hui, la première partie de cette étude présente une revue de littérature ayant permis d'identifier plusieurs facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie. Ils sont regroupés, dans un premier temps, sous cinq catégories : Clients, Psychothérapeutes, Relations thérapeutiques, Environnements et Impacts.

Sous la catégorie Clients, plusieurs facteurs déterminants sont identifiés, dont les suivants : capacités proactives de guérison; motivations envers le changement; regard sur la relation thérapeutique; etc. Sous la catégorie Psychothérapeutes, il est fait mention notamment des facteurs suivants : caractéristiques personnelles; compétences interpersonnelles et communicatives; éthique professionnelle; etc. Sous la catégorie Relation thérapeutique, il est question des facteurs suivants : cadre de référence compréhensif; relation authentique et significative avec un psychothérapeute instruit, compétent et fortement investi; relation de confiance continue et sécurisante et une alliance thérapeutique de qualité; etc. Sous la rubrique Environnements, différents auteurs ciblent les facteurs suivants : bureau du psychothérapeute; considérations politiques, financières et structurales; contexte social, culturel et historique; groupes sociaux et normes sociales; etc. Sous la catégorie Impacts, les facteurs déterminants sont fort nombreux, entre autres ceux-ci : application efficace de la part des clients de leurs apprentissages en psychothérapie dans des circonstances différentes et face à des défis futurs; consolidation d'une meilleure confiance en soi; nouveaux insights cognitifs, affectifs et expérientiels; etc.

La deuxième partie de cette étude fait état d'une recherche qualitative portant sur les témoignages de deux clients ayant participé à une psychothérapie en Analyse Bioénergétique et de deux autres clients en Psychothérapie Gestaltiste de la Relation d'Objet. Ils répondent à la question de recherche suivante : D'une façon la plus exhaustive possible, décrivez-nous une expérience significative en psychothérapie, selon

la conscience que vous en avez eue. Ces quatre témoignages sont recueillis dans le cadre d'entrevues semi-structurées. Elles font l'objet d'un enregistrement audionumérique et sont transcrites à l'aide du logiciel Word.

Les unités de sens émergentes des verbatim d'entrevues sont identifiées comme étant des facteurs déterminants. À titre d'exemples, en voici quelques-unes : capacités réflexives des clients, habiletés relationnelles des psychothérapeutes, relation thérapeutique de confiance, adéquation du bureau du psychothérapeute, régulation affective, apprivoisement graduel entre les clients et les psychothérapeutes, engagement optimal des clients et des psychothérapeutes. Le regroupement des unités de sens sous les cinq catégories identifiées dans la revue sommaire de littérature s'est avéré pertinent. À celles-ci se sont ajoutées deux autres catégories, à savoir le Temps et l'Investissement. La catégorie Temps fait appel à des notions telles que le rythme, la durée et le synchronisme. La catégorie Investissement souligne l'importance majeure de s'engager pleinement dans le processus thérapeutique, tant de la part des clients que de celle des psychothérapeutes, pour obtenir quelques résultats significatifs.

Pour certaines de ces catégories, des sous-catégories ont été identifiées : Corporelle, Émotionnelle, Cognitive et Interactive. Dans la sous-catégorie Corporelle, il peut être question des comportements des clients et des psychothérapeutes ou de leur état physique en général à titre d'exemple. Dans la sous-catégorie Émotionnelle, il est entre autres fait mention des émotions émergentes en psychothérapie. Dans la sous-catégorie

Cognitive, il est fait mention notamment des capacités réflexives des clients et des psychothérapeutes et de l'acquisition de nouveaux insights de la part des clients. Dans la sous-catégorie Interactive, des éléments tels que les schémas relationnels et une relation thérapeutique de confiance y sont répertoriés.

La troisième partie consolide la pertinence des facteurs déterminants d'une expérience significative retenus dans cette étude. Les données issues de notre revue sommaire de littérature et les résultats obtenus suite aux entrevues cliniques font l'objet d'une interprétation élaborée. Celle-ci relève les facteurs les plus déterminants d'une expérience significative en psychothérapie, selon la perspective de clients adultes. Finalement, une représentation synthétique et structurée des facteurs déterminants, cohérente empiriquement et cliniquement fondée, rend compte des résultats obtenus dans cette étude. Pour mieux saisir l'organisation proposée dans cette étude des données, il est possible d'établir un parallèle entre la psychothérapie et le corps humain : la psychothérapie est au corps humain ce que sont les catégories (p. ex., les clients) pour les organes vitaux (p. ex., le cœur), les sous-catégories (p. ex., émotionnelle) pour les fonctions métaboliques (p. ex., circulation sanguine) et les facteurs déterminants (p. ex., régulation affective) pour les processus dynamiques (p. ex., les battements de cœur). Bref, les facteurs déterminants (unités de sens) sont les processus dynamiques en psychothérapie qui agissent à quatre niveaux de fonctionnement (sous-catégories), et ce, pour sept éléments constitutifs essentiels en psychothérapie (catégories). Certaines limites de cette étude sont mentionnées, dont celle de ne pas pouvoir, à ce stade-ci,

transférer les résultats de cette recherche à toute forme de psychothérapie ou inclure toutes les recherches en ce domaine. Certaines suggestions sont proposées pour de futures recherches afin de mieux saisir l'ensemble des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie.

Mots-clés : psychothérapie, expériences significatives, facteurs déterminants, clients adultes.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	xiii
Remerciements	xiv
Introduction	1
Contexte théorique	6
Problématique	7
Recension des écrits	10
Identification de cinq catégories de facteurs déterminants	18
Clients	18
Psychothérapeutes	20
Relations thérapeutiques	22
Environnements	24
Impacts	27
Prise en compte de la perspective des clients	35
Méthode de recherche	40
Objectif de recherche	41
Justification du choix de la méthode qualitative	42
Choix des participants et recrutement	43
Méthode de collecte et analyse des résultats	44
Entrevues	44
Analyse des résultats	45
Description des critères de validité	46
Considérations éthiques	49
Résultats	50
Entrevue avec la cliente AB1	52
Unités de sens	53
Réactivation d'enjeux personnels et relationnels du passé	53
Retrait social	54
Schémas relationnels déficients	54
Respect du cadre thérapeutique	55
Capacités réflexives	56
Sensibilité aux sons	57

Apprivoisement progressif du contact facilité par le psychothérapeute	57
Psychothérapeute perçu comme étant bien dans sa peau	58
Créativité de la part du psychothérapeute	58
Polyvalence éclectique du psychothérapeute	59
Capacités sécurisantes du psychothérapeute	59
Accompagnement hors pair du psychothérapeute.....	59
Encadrement modulé du psychothérapeute selon les besoins.....	60
Capacités du psychothérapeute de jouer différents rôles parentaux	61
Confiance graduelle envers le psychothérapeute	61
Relation de confiance bien établie	63
Approche psychocorporelle du psychothérapeute	63
Contacts physiques à des fins thérapeutiques	65
Capacité de ressentir et apprivoiser ses peurs	66
Bon parent pour soi-même	67
Amélioration des contacts interpersonnels.....	67
Notion de durée	69
Notion de rythme.....	69
Synchronisme	69
Travail thérapeutique en dehors du bureau du psychothérapeute	70
Bilan de l'expérience significative	70
Entrevue avec la cliente AB2	72
Unités de sens	72
Aptitude parentale limitée de la mère.....	74
Résilience	75
Attitudes de départ en psychothérapie	76
Intuition	76
Habilités relationnelles optimales de la psychologue.....	77
Favorisation d'une ouverture face à sa propre expérience.....	77
Perspicacité de la psychologue.....	78
Approche globale de la psychologue	78
Apprivoisement de la peur du lâcher-prise à l'aide de sa psychologue	80
Relation favorisant le dévoilement de soi	80
Meilleure autorégulation	80
Meilleure gestion de sa colère.....	82
Augmentation de l'expression immédiate.....	82
Environnement physique thérapeutique peu influent.....	83
Apprivoisement graduel du processus thérapeutique.....	83
Importance de pouvoir prendre son temps	84

Plein engagement	84
Bilan de l'expérience significative	85
Entrevue avec le client G1	87
Unités de sens	87
Réactivation d'enjeux personnels et relationnels du passé	87
Blessures au plan narcissique persistantes	87
Schémas relationnels contreproductifs	88
Accueil adéquat de la part du psychologue.....	88
Habilité du psychologue de créer et maintenir le contact entre eux.....	90
Utilisation appropriée de l'espace par le psychologue.....	91
Transmission efficiente de connaissances par le psychologue	91
Moment solennel entre le client et son psychologue	92
Moment intense entre le client et son psychologue	92
Fierté d'avoir pris des risques	93
Sentiment d'avoir été validé dans son être par son psychologue.....	94
Modification de ses patterns relationnels.....	94
Sentiment d'avoir microréparé son sentiment de honte.....	95
Recherche constante de sens	95
Meilleure conscientisation de ses besoins au plan relationnel.....	96
Ajustement créatif dans ses relations interpersonnelles.....	96
Meilleur départage des responsabilités de chacun	97
Acquisition du droit d'être soi-même et de s'affirmer en cela.....	97
Environnement physique thérapeutique de peu d'influence	98
Notion de rythme.....	98
Synchronisme	99
Continuité dans le temps	99
Prédisposition propice.....	100
Ambivalence dans le contact.....	100
Engagement du psychologue.....	101
Bilan de l'expérience significative	101
Entrevue avec la cliente G2.....	104
Unités de sens	104
Réactivation d'enjeux personnels et relationnels du passé	104
Sentiment d'être indigne	104
Vision paradoxale de soi	104
Authenticité et intégrité du psychologue	105
Habilité du psychologue de créer un climat propice	105
Techniques d'intervention appropriées utilisées par le psychologue.....	106

Sentiment d’être validée par son psychologue.....	107
Relation de confiance avec son psychologue.....	107
Sentiment d’exister pour soi et pour l’autre.....	108
Acceptation de son identité tout en s’affirmant davantage.....	108
Acquisition d’une vision plus juste d’elle-même.....	109
Capacité à sortir de ses clivages internes et externes.....	109
Actualisation de son pouvoir interne dans ses relations interpersonnelles.....	110
Réparation de l’impact de son père.....	110
Capacité à ressentir ses souffrances mais aussi le beau en elle.....	111
Modification de ses schémas relationnels.....	111
Transfert de ses acquis dans son milieu de vie.....	112
Environnement physique thérapeutique adéquat.....	113
Répétitions.....	113
Notion de rythme.....	113
Chronologie.....	114
Prises de risques importantes.....	114
Engagement du psychologue.....	115
Bilan de l’expérience significative.....	116
Analyse des résultats.....	118
Clients.....	119
Relations thérapeutiques.....	121
Environnements physiques thérapeutiques.....	121
Impacts.....	122
Temps.....	123
Investissement.....	124
Discussion.....	134
Identification des catégories de facteurs déterminants.....	141
Clients.....	141
Facteurs déterminants.....	143
Psychothérapeutes.....	144
Facteurs déterminants.....	146
Relations thérapeutiques.....	148
Facteurs déterminants.....	149
Environnements.....	150
Impacts.....	151
Facteurs déterminants.....	151
Temps.....	153

Facteurs déterminants.....	156
Investissements	157
Facteurs déterminants.....	160
Implications empiriques et cliniques	162
Représentation synthétique et structurée des facteurs déterminants.....	166
Limites de la recherche	173
Échantillonnage.....	173
Collecte des données	174
Environnements.....	176
Motifs de consultation.....	176
Transférabilité des données.....	177
Conclusion	178
Références	182
Appendice A Feuille explicative donnée aux psychothérapeutes et aux clients.....	196
Appendice B Déroulement des entrevues	198
Appendice C Formulaire d'information et de consentement libre et éclairé	200

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Sommaire des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue de littérature30
- 2 Cumulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue sommaire des entrevues126
- 3 Récapitulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Bilan des quatre entrevues.....167

Remerciements

Mes remerciements s'adressent d'abord à mon directeur de thèse, Bernard Rivière, pour son accompagnement, sa rigueur scientifique et sa disponibilité. Son soutien tout au long de cette démarche doctorale fut très apprécié.

Je suis aussi très reconnaissant envers les participants de cette recherche. Ils se sont montrés ouverts et engagés dans un dévoilement de soi méritoire qui suscite le respect. De plus, j'en profite pour souligner l'apport significatif de mes clients depuis plus de 30 ans et de mes différents formateurs en analyse bioénergétique (Denis Royer, Louise Fréchette, Jacqueline Bielanska et Jean-Marc Guillaume) et en PGRO (Gilles Delisle et Lise Girard), qui ont entretenu mon désir constant de développer mes connaissances et de parfaire ma pratique clinique.

Introduction

La psychothérapie fait l'objet de recherches fort diversifiées sur plusieurs plans : phénomènes à l'étude, problématiques, méthodes de collecte de données, analyses de données, populations cibles, résultats, etc. Dans cette étude, il est question des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie selon la perspective de clients adultes. Citons quelques exemples de recherches en ce domaine.

Les facteurs déterminants sont définis de diverses façons, à titre d'exemples : 1) des moments d'incompréhension (Rhodes, Hill, Thompson, & Elliott, 1994); 2) des introspections (Elliott, 2008); 3) des événements aidants (*helpful moments*) (Paulson, Truscott, & Stuart, 1999); 4) des réactions problématiques (Watson & Rennie, 1994); 5) des interventions aidantes de la part des psychothérapeutes¹ (Elliott, James, Reimschuessel, Cislo, & Sack, 1985); 6) des changements ou des impacts (Wiseman & Rice, 1989); 7) des schémas (*patterns*) relationnels aidants en psychothérapie (Lietaer, 1992; Martin & Stelmaczek, 1988; Wilcox-Matthew, Ottens, & Minor, 1997); et 8) des processus de changement lors de moments significatifs en psychothérapie (p. ex., identification de moments problématiques et du processus d'assimilation sous la forme d'une prise de conscience; Stiles, 1980).

¹ L'utilisation du terme psychothérapeute est privilégiée dans cette étude car il regroupe les termes suivants : psychothérapeutes, psychologues, *therapists*. Cependant, en toute connaissance de cause pour les quatre entretiens retenus, une distinction est faite entre psychologue et psychothérapeute.

Elliott (1985) parle en termes d'évènements aidants et les subdivise en huit catégories : nouvelle perspective, clarification d'un problème, résolution de problèmes, attention focalisée (*focusing attention*), compréhension, participation des clients (*involvement*), réconfort (*reassurance*) et contact personnel entre les clients et les psychothérapeutes.

Levitt, Butler et Hill (2006) préfèrent investiguer les principes facilitant des changements en psychothérapie moment-par-moment. Ces principes tendent à démontrer, dans leur contexte, l'efficacité de différentes interventions expérimentées par les clients. Par exemple, la confrontation peut parfois entraîner un manque de confiance envers le psychothérapeute ou compromettre le processus thérapeutique, sauf lorsque le client tente de manipuler son psychothérapeute ou d'éviter certains contenus difficiles à aborder.

Timulak (2007) procède à une méta-analyse de la littérature existante et identifie différents impacts aidants en psychothérapie, indépendamment des variables telles que la population cible ou le devis de recherche. Il est entre autres questions de changements sur plusieurs plans : 1) cognitif (par ex., l'acquisition de nouvelles perspectives); 2) expérientiel (par ex., des expériences émotionnelles vécues d'une manière plus rafraîchissante); et 3) motivationnel (par ex., l'expérience d'une validation interpersonnelle). Pour leur part, Christensen, Russell, Miller et Peterson (1998)

identifient trois types dominants de changements lors d'expériences significatives : émotionnel, cognitif et communicatif.

En bref, toutes ces recherches énoncent un ensemble de résultats épars dont il est difficile de tirer des conclusions générales structurées. Chaque chercheur en parle à sa manière : expériences, évènements ou moments significatifs; impacts ou changements; évènements, interventions ou schémas relationnels aidants; principes facilitants ou processus de changement. De plus, la plupart des chercheurs abordent de nombreux autres aspects, tels que les contextes sociaux et culturels ou les interventions des psychothérapeutes en fonction des troubles de personnalité des clients. Les lecteurs sont ainsi inondés d'une multitude d'informations sans qu'il leurs soit possible d'en dégager une vision d'ensemble de la psychothérapie. Cela revient à discourir sur les couleurs de l'arc-en-ciel sans vraiment parler de l'arc-en-ciel lui-même, en tant que concept organisateur des sept couleurs qui le constituent.

Dans cette optique, différents choix se sont imposés dans cette étude : 1) un accent mis sur les facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie, selon la perspective des clients; 2) un contexte théorique basé sur une revue de littérature sommaire; 3) une méthode de recherche qualitative d'inspiration phénoménologique et descriptive; 4) une analyse des données issues de quatre entrevues de clients; 4) une réflexion sur les résultats obtenus et leurs répercussions aux plans empirique et clinique;

et 5) l'identification des limites de cette recherche et quelques suggestions pour des recherches ultérieures.

Contexte théorique

Problématique

Cette étude porte sur les facteurs déterminants d'une expérience significative vécue dans un contexte thérapeutique, et ce, selon la perspective de clients adultes qui consultent individuellement en bureau privé. Ce type de recherche a été initié et largement développé par des auteurs tels qu'Elliott (1985, 1989).

Dans la perspective subjective des clients, les expériences significatives sont des moments forts, tels que l'émergence d'idées antérieurement conjurées par les clients (Gassner, Sampson, Weiss, & Brumer, 1982; Horowitz, Sampson, Siegelman, Wolfson, & Weiss, 1975). Les expériences significatives déclenchent des impacts thérapeutiques immédiats selon Elliott et al. (1985). Levitt et Piazza-Bonin (2011) parlent de moments aidants en termes d'expériences non dites, entre clients et psychothérapeutes, qui peuvent influencer le processus thérapeutique.

Binder, Holgersen et Nielson (2009) parlent d'expériences réussies en psychothérapie dans des circonstances, telles que : 1) le client lui attribue rétrospectivement un sens expérientiel (p. ex., remémoration d'évènements marquants de leur passé) et un sens réflexif (p. ex., correction de vieilles croyances dysfonctionnelles); et 2) ces expériences entraînent la réalisation d'un changement

positif. Pour Manthei (2007) et Rodgers (2002), les expériences significatives doivent être efficaces et transférables, en ce sens qu'elles provoquent un impact positif important en psychothérapie et dans le milieu de vie du client.

Giorgi (2011) recueille les descriptions rétrospectives du processus thérapeutique de trois clients faisant état d'une chaîne distinctive d'évènements pouvant être considérée par les clients comme étant un moment pivot. Le matériel est analysé selon une méthode descriptive basée sur la phénoménologie philosophique d'Husserl et Merleau-Ponty. Une première entrevue est effectuée avec le client, en lien avec le moment pivot significatif choisi par lui. Une deuxième entrevue se déroule avec le psychothérapeute afin d'obtenir une description de la façon qu'il a expérimenté les évènements que le client a ciblés comme étant un moment pivot.

Giorgi (2011) identifie plusieurs éléments constitutifs de ces moments pivot. D'une part, il est question du client : 1) être motivé et ouvert face au processus thérapeutique; 2) s'engager au plan émotionnel; et 3) défier ses vieux schémas aux plans émotionnel, perceptif et comportemental. D'autre part, il est question de la relation thérapeutique : 1) un sentiment de confiance et de sécurité en présence de leur psychothérapeute; et 2) une tension interne de plus en plus élevée à mesure que la démarche thérapeutique progresse. Finalement, il identifie certains impacts positifs pour le client : 1) des changements dans ses croyances de base à propos de lui-même et des autres; 2) des prises de conscience progressives face à du matériel dénié ou évité

précédemment; 3) une meilleure estime de lui-même; 4) une plus grande confiance en lui; 5) une ouverture à se montrer vulnérable; 6) un engagement réaliste face au monde; et 7) des changements éprouvés par lui et qui lui ont permis de surmonter une problématique personnelle. Dans le contexte d'une relation thérapeutique de confiance et sécurisante, le client expérimente un moment pivot lorsqu'il défie ses anciennes croyances et ses vieux schémas (cognitifs, affectifs et comportementaux).

Ce type de recherches permet, dans cette étude, de définir les expériences significatives de la façon suivante : des expériences qui marquent fortement le client (p. ex., vivre des expériences intenses émotionnellement), laissent une empreinte durable (p. ex., accumuler des souvenirs prégnants) et ont un impact positif manifeste sur le cheminement des clients en psychothérapie ainsi que dans leur milieu de vie (p. ex., acquérir de nouvelles prises de conscience et généraliser leurs acquis).

Cette étude s'inscrit dans une démarche de recherche qualitative et, contrairement aux investigations empiriques prises isolément, cherche à offrir une vision plus substantielle et plus intégrative de ce qu'est une expérience significative en psychothérapie. Pour atteindre cet objectif, cette recherche identifie les facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie, telle que vécue et rapportée par les clients ayant participé à cette étude. L'investigation du souvenir que gardent les clients de leur ressenti (sentiments, perceptions) et l'exploration des facteurs interactifs permettent d'atteindre cet objectif (p. ex., en identifiant les invariants et les

différences des expériences significatives dans l'ensemble de leurs témoignages). À cette fin, la question principale de cette recherche se formule comme suit : D'une façon la plus exhaustive possible, décrivez-nous une expérience significative en psychothérapie, selon la conscience que vous en avez eue.

Les résultats de cette recherche permettront de : 1) mieux saisir la perspective des clients en psychothérapie; 2) nous renseigner sur les facteurs déterminants d'une expérience significative; 3) alimenter les sources de données pour les recherches futures; et 4) s'avérer fort utiles pour les chercheurs et les cliniciens.

Recension des écrits

Une variété de méthodes de recherche a été utilisée pour analyser et catégoriser les expériences significatives en psychothérapie (Levitt & Piazza-Bonin, 2011). De plus, certains chercheurs semblent s'intéresser à des aspects spécifiques, tels que les impacts d'une psychothérapie (Timulak, 2007). Cette section a pour objet de dresser un portrait sommaire de plusieurs recherches en psychothérapie répertoriant différents facteurs déterminants d'une expérience significative. La principale critique que nous formulons envers la majorité de ces recherches est le fait que ces façons de faire procurent une vision parcellaire plutôt qu'holistique de la psychothérapie.

Bonsmann (2010) analyse les expériences concrètes vécues par les participants à partir des récits qu'ils en font. Pour ce faire, il utilise une méthode phénoménologique

descriptive (méthode narrative). Il recrute quatre chercheurs adultes et leur demande d'échanger en groupe sur des événements significatifs vécus en tant que clients dans un contexte thérapeutique. Il s'intéresse à la perspective des clients afin de procurer aux psychothérapeutes une plus grande conscience de ce qui importe pour les clients. Certains facteurs déterminants sont abordés dans cette recherche, tels que le potentiel des émotions fortes et l'éthique professionnelle des psychothérapeutes. Il mentionne également que le contexte social et culturel a un impact manifeste dans le récit des participants. Notamment, il exerce une influence sur la construction personnelle de leur réalité. Bonsmann ne fait pas mention de la nature des impacts liés au processus thérapeutique. La collecte de données de Bonsmann entraîne éventuellement certains biais dans les résultats, tels que : le fait de partager en groupe et celui d'être dans un même milieu de travail n'occasionnent-ils pas certaines tendances qui différeraient possiblement en entrevue individuelle ou dans un groupe de travail différent ?

Elliott et James (1989), quant à eux, procèdent à une méta-analyse de plus de 40 années de la littérature empirique existante. Ils identifient neuf dimensions à propos des expériences des clients en psychothérapie. Cinq dimensions concernent divers processus chez le client : intentions, sentiments (*feelings*), façons d'établir des relations (*style of relatedness*), style de relation interpersonnelle (*style of relating*) et préoccupations centrales. Deux autres dimensions ont trait au psychothérapeute : intentions et caractéristiques. Les deux dernières dimensions soulignent les changements et les processus thérapeutiques : impacts thérapeutiques et aspects aidants.

Pour leur part, Binder et al. (2009) identifient clairement les expériences et les réflexions spécifiques des clients qui considèrent que leur psychothérapie est une réussite. Leur analyse de données s'effectue selon une approche phénoménologique et descriptive. Ils procèdent par entrevues semi-structurées de 45 à 120 minutes. Leur échantillonnage est constitué de 10 clients ayant une moyenne d'âge de 54 ans (entre 21 et 61 ans), dont la psychothérapie est terminée et qui furent significativement aidés par le traitement. Ils ont été recrutés par une annonce dans le journal local. Le but de cette recherche est de cerner comment les clients eux-mêmes donnent un sens, rétrospectivement, à ce qu'ils considèrent comme important dans la réalisation d'un changement positif. Certains facteurs déterminants sont identifiés par Binder et al., tels que : 1) hypothèses et croyances correctes des clients à propos d'eux-mêmes et leurs relations interpersonnelles; 2) compétences des psychothérapeutes; 3) relation de confiance continue et sécurisante; et 4) création de nouveaux sens.

Par ailleurs, leur recherche ne fait pas mention de facteurs environnementaux, à l'exception d'une allusion indirecte au contexte culturel et historique. Selon ces auteurs, ce contexte a une influence sur les résultats de leur recherche (p. ex., préjugés et présupposés possibles selon le *background* socioculturel des chercheurs).

Manthei (2007) évalue l'efficacité des psychothérapies en investiguant les expériences des clients. Il mobilise 20 participants volontaires en milieu défavorisé, recrutés dans des services de santé mentale. Il procède par entrevues face-à-face ou

téléphoniques d'une durée de 30 à 50 minutes, questionnaires et suivis (*follow-up*). À partir des perceptions des clients de leur propre processus thérapeutique, plusieurs thèmes émergeront des données de Manthei.

Manthei (2007) mentionne les éléments suivants concernant les clients : 1) leurs caractéristiques personnelles (p. ex., leurs compétences à faire face à leurs difficultés et à les résoudre); 2) leur contribution (p. ex., ce que fait le client en lien avec sa psychothérapie en dehors des séances constitue le plus grand apport au succès de celle-ci); et 3) leur attitude (p. ex., leur réticence à parler de certains sujets).

Lorsqu'il est question des psychothérapeutes, Manthei (2007) mentionne : 1) leurs caractéristiques personnelles (p. ex., leur sens pratique); 2) leurs compétences relationnelles (p. ex., offrir à leur client un soutien affectif judicieux); et 3) des recommandations au plan de leurs interventions (p. ex., avoir une curiosité saine pour leur client et croire que celui-ci a un certain pouvoir d'autoguérison). Il mentionne la relation thérapeutique comme un élément crucial pour que la psychothérapie soit un succès, et ce, davantage à partir de la perception des clients que de celle des psychothérapeutes.

Les impacts sur le client répertoriés par Manthei (2007) sont diversifiés, tels que :
1) consolider une confiance en soi; 2) acquérir de nouvelles perceptions de sa situation

et de lui-même; et 3) appliquer efficacement ses apprentissages en psychothérapie dans des circonstances différentes et face à des défis futurs.

La décision de Manthei (2007) d'opter pour des services en santé mentale dans un milieu défavorisé aurait pu être explicitée davantage. Une comparaison des résultats avec une population mieux nantie ou avec des personnes qui consultent en bureau privé aurait pu faire ressortir quelques observations intéressantes.

Finalement, les résultats de cette recherche sont instructifs mais non définitifs et il faut les interpréter avec précaution pour les raisons suivantes : 1) un nombre restreint de clients et de psychothérapeutes; et 2) un écart de temps entre l'annonce d'une participation et le début effectif de la participation à la recherche (p. ex., la motivation des clients peut changer avec le temps).

De son côté, Rodgers (2002) tente de cerner ce que la psychothérapie représente pour les clients, selon leur point de vue, en leur demandant de : 1) définir leur rôle dans la réponse à leurs besoins respectifs; 2) contribuer à la connaissance et à la prise de conscience de ce qui est significatif pour eux en psychothérapie; et 3) construire une image plus complète de ce que la psychothérapie représente pour eux.

Il mobilise neuf participants volontaires issus d'une communauté urbaine. Il se sert de la théorisation ancrée pour traiter les résultats. Il recherche des thèmes pour chaque entrevue, tout en générant une théorie sur les bases de données empiriques cumulées.

Rodgers (2002) en arrive à cibler quatre exigences thérapeutiques communes à toutes les formes de psychothérapie : 1) permission (p. ex., que le client ait confiance en son psychothérapeute et qu'il puisse parler librement et honnêtement); 2) engagement (p. ex., une réelle réceptivité envers ce qui se passe et une volonté véritable de s'engager); 3) transparence (p. ex., se montrer transparent et ainsi pouvoir mettre des mots sur leur expérience respective); et 4) restructuration cognitive (p. ex., adopter une nouvelle perspective ou avoir un nouveau cadre de compréhension pour restructurer leur expérience et lui donner un sens).

Sur la base de ses résultats, Rodgers (2002) fait des recommandations aux psychothérapeutes, dont les suivantes : 1) offrir un cadre de référence compréhensif et un contexte dans lequel le client peut obtenir le respect des exigences thérapeutiques communes; 2) s'appuyer sur des facteurs communs (p. ex., empathie, acceptation) plutôt que sur leur approche thérapeutique; et 3) faire preuve d'une certaine malléabilité et s'adapter aux besoins des clients pour que ces derniers en bénéficient le plus possible.

Rodgers (2002) identifie de nombreux changements pour les clients après une psychothérapie, tels que : 1) adoption de nouvelles perspectives; 2) sentiments mieux intégrés; et 3) changements et acquisition d'une restructuration interne. Cette recherche mentionne toutes les catégories de facteurs déterminants citées dans la présente étude, à l'exception de la catégorie Environnements. À ce sujet, il serait judicieux de se demander en quoi le choix de volontaires en communauté urbaine influence les résultats,

comparativement à des volontaires en milieu rural ou à des gens contraints de suivre une psychothérapie notamment. Cette recherche a pour limites le petit nombre de participants, le fait que les clients viennent de consultation en privé seulement et aucune prise en compte de variables telles que les approches cliniques des psychothérapeutes.

Oliveira, Sousa et Pires (2012) cherchent à identifier les évènements ou les phénomènes qui ont émergé comme étant significatifs, et ce, auprès de trois clients adultes ayant conclu un processus thérapeutique d'orientation existentielle. Pour ce faire, ils ont utilisé une méthode phénoménologique descriptive. Ils obtiennent entre autres les résultats suivants : 1) la perception des clients en tant que source riche et utile d'informations; 2) l'importance majeure de l'engagement actif et des techniques d'intervention du psychothérapeute dans le processus thérapeutique; et 3) une grande valeur attribuée par le client à la possibilité de partager ses émotions dans un environnement sécurisant et qui promeut une meilleure connaissance de soi; et 4) une restructuration sur les plan réflexif et expérientiel. Oliveira et al. parlent du contexte d'apparition des évènements significatifs en psychothérapie, sans analyser les facteurs environnementaux (p. ex., préoccupations politiques ou culturelles).

Giorgi (2005) et Spinelli (1997) considèrent que la dimension interrelationnelle immédiate en psychothérapie constitue le processus thérapeutique ultime. Oliveira et al. (2012) vont dans le même sens lorsqu'ils affirment que les psychothérapeutes sont perçus comme étant des individus instruits, compétents et influents, s'ils démontrent un

intérêt d'être « avec et pour les clients » plutôt que de jouer constamment un rôle d'expert.

Par ailleurs, Oliveira et al. (2012) soulignent quelques limites à leur propre recherche et à d'autres éventuellement : 1) le désir des participants de plaire aux chercheurs; 2) les souvenirs rétrospectifs des clients conditionnés par les dynamiques de mémoire et de langage; 3) les biais possibles de la part des chercheurs dans les choix de contenus et de thèmes selon leurs propres croyances; et 4) le peu de recherches ayant le même nombre de participants, ce qui complexifie la comparaison des résultats.

La revue de littérature d'Hodgetts et Wright (2007) mentionne quatre facteurs communs en psychothérapie (liés aux catégories de facteurs de la présente étude), en indiquant leur pourcentage d'influence : clients (p. ex., espoirs et attentes : 15 %); psychothérapeutes (p. ex., habiletés relationnelles, telles que l'empathie et l'acceptation : 30 %); approche théorique (15 %); relation thérapeutique (40 %). La contribution des psychothérapeutes semble ici majoritaire dans ces facteurs communs (habiletés : 30 %; approche : 15 %; relation thérapeutique, la demie du 40 %, soit 20 %; pour un total de 65 %).

Hodgetts et Wright (2007) mentionnent qu'il ne faut pas négliger les aspects environnementaux dans les centres de services en santé mentale. En effet, les considérations politiques, financières et structurales ont une influence directe sur les

services offerts aux clients (p. ex., la durée d'une psychothérapie, l'accent mis sur les résultats ou le traitement de comportements spécifiques). Hodgetts et Wright soulignent certains impacts chez les clients, dont ceux-ci : 1) la résolution de problèmes; 2) de nouveaux *insights* cognitifs et affectifs; 3) un sentiment de soulagement face à leurs difficultés; et 4) de meilleurs contacts interpersonnels.

Identification de cinq catégories de facteurs déterminants

De cette revue de la littérature, cinq catégories ou regroupements de facteurs déterminants sont retenus (Clients, Psychothérapeutes, Relations thérapeutiques, Environnements, Impacts), sous lesquelles sont identifiés les facteurs déterminants spécifiques d'une expérience significative en psychothérapie.

Clients

Sous la catégorie Clients, nous retrouvons plusieurs caractéristiques d'un client qui sont considérées comme étant des facteurs déterminants, à savoir : 1) son processus psychologique, tel que ses intentions ou ses sentiments (Elliott & James, 1989); 2) ses préoccupations autour de concepts, tels que la congruence, la stimulation, le pouvoir, les frontières ou l'éthique (Bonsmann, 2010); 3) ses attentes face à son psychothérapeute et son regard sur la relation thérapeutique (Levitt & Piazza-Bonin, 2011); 4) ses motivations envers le changement (Bohart & Tallman, 1999; Presley, 1987); 5) ses efforts à l'extérieur du cadre thérapeutique et ses réticences à parler de certains sujets

(Manthei, 2007); 6) sa transparence face à lui-même et face à son psychothérapeute (Rodgers, 2002); et 7) sa capacité proactive de guérison (Rodgers, 2002).

Les résultats des recherches convergent vers la prémisse que les efforts des clients sont responsables du fait que la psychothérapie fonctionne (Bohart & Tallman, 1999). Selon Jinks (1999), les clients ont plus à voir avec le succès ou l'échec d'une psychothérapie que les psychothérapeutes. Macran, Ross, Hardy et Shapiro (1999) prétendent que la contribution des clients est égale en importance sinon plus élevée que tout autre facteur actif en psychothérapie.

En ce qui a trait à l'apport des clients, Bohart et Tallman (1999), Kolg, Beutler, Davis, Crago et Shanfield (1985), Rodgers (2002) et Rennie (2001) soulignent certaines de leurs caractéristiques, telles que : capacités réflexives, restructurations, transparence, capacités actives d'autoguérison et d'engagement.

Selon Gros-Louis (2003), la recherche est formelle : l'élément le plus important du succès de l'intervention thérapeutique est le facteur client, de par ses caractéristiques personnelles (p. ex., ses forces, la nature et la gravité de ses problèmes) notamment. Selon les chiffres de Lambert (1992), 70 % de la réussite d'une psychothérapie devrait être attribuée aux clients : 40 % au client lui-même, 15 % au facteur espoir en sa démarche thérapeutique ou l'effet placebo et 15 % à sa contribution dans la relation thérapeutique. Les résultats de Lambert s'avèrent très différents de ceux obtenus par

Hodgetts et Wright (2007), ces derniers évaluant à 65 % la contribution des psychothérapeutes!

Psychothérapeutes

Il est à noter que la catégorie Psychothérapeutes est ainsi dénommée pour inclure différents intervenants en psychothérapie, au-delà de leurs spécificités, à savoir : psychothérapeutes, psychologues, *therapists*.

Plusieurs auteurs soulignent l'apport majeur des psychothérapeutes en contexte thérapeutique. Les facteurs déterminants sous la catégorie Psychothérapeutes sont : 1) leurs attributs personnels et leurs intentions (Elliott & James, 1989); 2) leurs compétences interpersonnelles et communicatives, telles que l'aptitude à composer avec des expériences variées, difficiles et intenses émotionnellement (Binder et al., 2009, 2010; Manthei, 2007); 3) leurs interventions (Levitt & Piazza-Bonin, 2011); 4) leur orientation clinique (Bedi, Davis, & Williams, 2005); 5) leurs techniques, telles que l'empathie ou l'acceptation (Hubble, Duncan, & Miller, 1999); et 6) leur engagement (Rodgers, 2002).

En tant que personnes, les psychothérapeutes ont plus d'influence sur les changements positifs en psychothérapie que leur orientation théorique (Carey, Carey, Stalker, Mullan, Murray, & Spratt, 2007; Wampold, 2001). Les clients ont davantage besoin d'un psychothérapeute bienveillant (*caring*), qui soit capable de leur procurer une

direction appropriée quand c'est nécessaire (Levitt et al., 2006), que d'un psychothérapeute adhérant à une approche en particulier.

En ce qui concerne les psychothérapeutes, plusieurs auteurs identifient des aptitudes efficaces, telles que : l'engagement, la crédibilité, la collaboration active, la confiance en soi, la compétence, l'expertise, le pouvoir d'attraction, la fiabilité, l'empathie et l'acceptation (Grimes & Murdock, 1989; Hubble et al., 1999; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Rodgers, 2002).

D'autres compétences chez les psychothérapeutes s'avèrent fort utiles, dont celles-ci : 1) une capacité de percevoir la détresse de son client (Harper, 1974); 2) un pouvoir de guérison, conféré par son statut professionnel, susceptible de créer des attentes positives chez le client quant aux résultats de son traitement (Frank, 1961); 3) des habiletés interpersonnelles dans le but de susciter et de maintenir une relation thérapeutique (p. ex., manifester à son client beaucoup d'intérêt, de chaleur et de compréhension en tant que « guérisseur sympathique et non moralisateur »; Garfield, 1980); et 4) une connaissance particulière du fonctionnement humain et un ensemble de techniques susceptibles de favoriser un changement constructif du client (Frank, 1961; London, 1964; Torrey 1972).

De leur côté, Goldfried et Padawer (1982) identifient cinq stratégies d'intervention guidant implicitement les efforts des psychothérapeutes durant le traitement : 1) suggérer

au client d'entretenir des attentes positives face au traitement; 2) établir une relation thérapeutique optimale; 3) procurer au client une perspective externe (p. ex., clarification); 4) favoriser une intégration d'expériences correctrices chez le client (p. ex., apprentissage de nouvelles habiletés); et 5) appliquer un test continu de la réalité (p. ex., généralisation des apprentissages thérapeutiques aux situations quotidiennes des clients).

Selon Gros-Louis (2003), les psychothérapeutes les plus aptes à développer une bonne alliance sont ceux qui démontrent plus de comportements positifs (p. ex., chaleur, empathie et respect) et moins de comportements négatifs (p. ex., blâme, jugement, ignorance, critique), selon la perspective des clients. De fait, les facteurs communs (p. ex., empathie) appartenant aux différentes méthodes thérapeutiques sont beaucoup plus importants que les facteurs spécifiques liés à une quelconque approche thérapeutique spécifique (p. ex., l'arc inversé en AB).

Relations thérapeutiques

Certains auteurs attribuent un impact majeur à la relation thérapeutique entre un client et son psychothérapeute. La relation interpersonnelle est à la base d'une expérience significative dans laquelle deux individus sont entièrement présents, ce qui stimule l'expression du self authentique des clients (Giorgi & Gallegos, 2005). La relation thérapeutique reflète un processus dans lequel la contribution active des clients est au moins aussi importante que celle des psychothérapeutes.

Voici comment Tonella (2010) conçoit la relation thérapeutique :

Le système d'attachement thérapeute-patient, centré sur l'acquisition des propriétés régulatrices de la relation interpersonnelle, s'apparente à une communication entre deux Soi reliés par un sentiment d'attachement, dans laquelle les corps et les psychismes sont temporairement coactivés et couplés, désactivés et découplés, réactivés et recouplés. Ils se connectent et se corégulent, se déconnectent et s'autorégulent, se reconnectent et régulent à nouveau mutuellement les activités qui les relie. Tel est le champ intersubjectif cocréé par le patient et le thérapeute, caisse de résonance entre deux Soi. (p. 59)

Pour qu'un processus thérapeutique soit efficace, le client doit se sentir en confiance et respecté par son psychothérapeute (Levitt & Piazza-Bonin, 2011), lequel doit être perçu comme étant crédible et intéressant (Howe, 1989, 1993). Le client doit également avoir la possibilité de parler librement et honnêtement avec son psychothérapeute et se sentir sous l'influence positive de ce dernier (Rodgers, 2002; Timulak, 2007). Manthei (2007) considère que la relation thérapeutique est centrale pour que la psychothérapie soit un succès, et ce, davantage à partir de la perception du client que de celle du psychothérapeute.

Les progrès thérapeutiques ont lieu parce que le client établit une relation authentique et significative avec un psychothérapeute instruit, compétent et fortement investi (Oliveira et al., 2012). Selon Gros-Louis (2003), une relation et une alliance thérapeutiques de qualité prédisent le mieux le succès de l'intervention et elles expliqueraient 30 % du changement thérapeutique. La relation thérapeutique, caractérisée par un climat de confiance et de soutien (Wolberg, 1977), demeure la source même de l'influence des psychothérapeutes (Strupp, 1973).

Environnements

Divers éléments environnementaux influencent le cours d'une psychothérapie, tels que des facteurs politiques (Bonsmann, 2010), financiers ou structureaux (Hodgetts & Wright, 2007; Macran et al., 1999). Des mesures sociales, politiques et économiques orientent assurément les services offerts aux clients, entre autres pour établir des critères d'efficacité de la psychothérapie en fonction des demandes des usagers (Hendryx, Doebbeling, & Kearns, 1994; Joukamaa, Lehtinen, & Karlsson, 1995). Les groupes sociaux et les normes sociales influencent le déroulement d'un entretien, tant sur le plan de la qualité des informations reçues que sur le plan de la structure même de l'entretien (De Bloganqueaux & Lognon Sagbo, 2012). Les contraintes bureaucratiques structurent le contact et le cadre d'intervention en clinique dans les services sociaux ou les hôpitaux (Binder et al., 2009). Le contexte sociopolitique au Québec exerce une influence certaine sur le processus thérapeutique, notamment de par une exigence de plus en plus marquée d'indicateurs de performance à partir de données empiriques et probantes et des facteurs communs.

Le contexte culturel et historique influence de façon différenciée les processus thérapeutiques : 1) le sens donné à une expérience (Laverty, 2003); 2) la construction personnelle de la réalité par le client (Gergen, 1999); 3) le rôle interprétatif du chercheur (Gadamer, 1989); et 4) le langage appris et utilisé pour exprimer diverses expériences (Alvesson & Sköldberg, 2000). Davy et Hutchison (2010) suggèrent de se référer aux

multiples contextes de la vie des clients (p. ex., interpersonnel, social, politique, culturel, physique, écologique) pour mieux les comprendre et les soutenir.

Dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5), il est reconnu que la culture a une grande influence sur les expériences de santé ou de maladie, incluant : 1) les effets sur l'expression d'un symptôme; 2) la recherche d'aide; 3) les traits cliniques; 4) les attentes face au traitement; 5) l'adaptation à la maladie; et 6) la réponse au traitement (APA, 2013).

Étant donné certaines limites de notre étude (p. ex., échantillonnage limité et plutôt homogène), il y est uniquement question de l'environnement physique thérapeutique. Les recherches démontrent que le bureau d'un professionnel peut affecter la perception que l'on a du psychothérapeute (Arneill & Devlin, 2002; Devlin, Donovan, Nicolov, Nold, Packard, & Zandan, 2009; Elsbach, 2003, 2004; Gosling, Ko, Mannarelli, & Morris, 2002). Par exemple, certaines recherches ont démontré que l'affichage de certificats, de prix de reconnaissance et de diplômes, a un impact sur la perception que les clients ont des compétences du psychothérapeute. Ils constituent plusieurs « symboles de guérison » permettant d'augmenter l'espoir des clients d'être aidés (Frank, 1961; Orlinsky & Howard 1978; Shapiro & Morris, 1978). L'aménagement du bureau peut également affecter les clients (Amira & Abramowitz, 1979; Devlin et al., 2009; McElroy, Morrow, & Ackerman, 1983) mais les réponses aux différents aménagements varient peu d'un individu à l'autre (Backhaus, 2008).

Dans leur recherche, Nasar et Devlin (2011) ont recruté 242 participants, répartis comme suit : 1) 177 femmes et 65 hommes; 2) moyenne d'âge de 20,6 ans; 3) 76,7 % caucasiens; 4) 52,3 % étant en 1^{re} ou 2^e année de collège; 5) 60,4 % ayant déjà vu un psychothérapeute, contrairement à la moyenne nationale de 3,59 %; 6) 43,2 % rapportant plus de 20 visites, contrairement à la moyenne nationale de 10,3 %; et 7) un plus bas pourcentage rapportant 1 ou 2 visites, soit 21,1 % comparativement à la moyenne nationale de plus d'un tiers.

Tous ces participants reçoivent 30 photos de réels bureaux de psychothérapeutes avec un focus sur le siège du psychothérapeute. Face à ces images, il leur est demandé d'imaginer qu'ils visitent le psychothérapeute pour des problèmes émotionnels. Des questions leurs sont posées au sujet des caractéristiques des 30 photos de bureaux de psychothérapeutes : 1) ceux qui se démarquent le plus ou le moins; 2) ceux qui influencent l'évaluation des psychothérapeutes; et 3) l'importance de chacun des 23 facteurs influençant leurs réponses (p. ex., la décoration).

L'analyse de régression multiple de Nasar et Devlin (2011) donne les résultats suivants : 1) les participants établissent des différences lorsqu'ils pensent aux psychothérapeutes qu'ils choisiraient le plus ou ceux qu'ils choisiraient le moins en fonction de l'apparence des bureaux; 2) les choix favorables de bureaux sont consistants avec les caractéristiques de ceux-ci associées au confort, à la qualité des soins, aux compétences des psychothérapeutes et à leur audace; 3) les participants accordent une

importance marquée aux bureaux ordonnés et légèrement personnalisés; 4) la propreté du bureau et le confort de la chaise sont les facteurs les plus importants, suivis de l'ordre (plus important que 16 autres attributs des bureaux, tels que l'éclairage et les livres); 5) l'espace, le style et les couleurs sont trois facteurs plus importants que 10 autres attributs; 6) les bureaux à la maison n'entraînent pas de différences significatives dans les résultats comparativement aux autres types de bureaux; et 7) des corrélations significatives, à savoir des évaluations fort similaires, entre tous les groupes de participants différenciés à quatre niveaux (école, niveau scolaire, genre et race).

Bref, cette recherche suggère que l'environnement physique thérapeutique (p. ex., l'ordre, la personnalisation des lieux) peut influencer l'expérience des clients en psychothérapie ainsi que leurs perceptions des psychothérapeutes en ce qui concerne leur expertise, leur loyauté (*trustworthiness*) et leur attrait social (*social attractiveness*).

Impacts

Sans aborder directement ce sujet sous l'angle de l'efficacité d'une psychothérapie (Castonguay, 2013) ou des facteurs communs (Hubble et al., 1999; Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004), une expérience significative entraîne fréquemment des répercussions en milieu thérapeutique et dans le milieu de vie des clients. Les réflexions subséquentes des clients après la psychothérapie et leurs réactions à celle-ci après coup sont des indicateurs majeurs pour qualifier leur expérience (Elliott & James, 1989).

Frank (1976) cible les impacts, ou fonctions thérapeutiques, suivants : 1) un renforcement de l'alliance thérapeutique, inspirant notamment l'espoir d'être aidé chez le client, en début de psychothérapie; 2) un apprentissage cognitif et expérientiel (p. ex., une nouvelle perspective des clients face à leur situation); 3) l'acquisition d'une certaine maîtrise qui entraîne des expériences positives; et 4) l'apprentissage de nouveaux comportements en permettant l'application et la généralisation des acquis thérapeutiques.

D'autres auteurs mentionnent des impacts différents d'une expérience significative en psychothérapie, tels que vécus et rapportés par le client : 1) de nouvelles prises de conscience ou améliorations de la qualité du contact émotionnel (Levitt & Piazza-Bonin, 2011); 2) l'acquisition d'une confiance en soi et d'un sentiment de compétence pour résoudre ses problèmes futurs (Manthei, 2007); 3) une perspective différente ou un nouveau cadre de compréhension qui restructure son expérience et lui donne un sens (Binder et al., 2009; Rodgers, 2002); et 4) l'adoption de nouveaux comportements ou de nouvelles perspectives, expériences ou motivations (Timulak, 2007).

D'une part, Timulak (2007) définit trois types d'études dans l'investigation des impacts d'expériences significatives en psychothérapie : 1) accent mis sur les impacts aidants menant à des expériences significatives (p. ex., Elliott, 1985); 2) examen des processus menant à des impacts significatifs spécifiques (p. ex., Timulak & Lietaer, 2001); et 3) examen des cadres théoriques ou méthodologiques dans la manifestation

d'évènements significatifs (p. ex., Hardy, Aldridge, Davidson, Rowe, Rely, & Shapiro, 1999).

D'autre part, Timulak (2007) tente d'identifier les principales catégories d'impacts à la suite d'évènements aidants en psychothérapie, tels que rapportés par les clients. Il procède à une méta-analyse descriptive, interprétative et qualitative d'études empiriques primaires présentant des approches diversifiées. Les impacts répertoriés par Timulak sont de nature variée : 1) changements aux plans cognitif, expérientiel et motivationnel chez le client; 2) améliorations des interventions des psychothérapeutes (p. ex., faire preuve d'empathie envers les clients); et 3) soulagement du client après une expérience interpersonnelle sécurisante auprès de son psychothérapeute.

Finalement, la recherche de Timulak (2007) a pu occasionner un effet réducteur sur la représentation du phénomène à l'étude, en mettant l'accent exclusivement sur les impacts de la psychothérapie. Certaines interrogations restent en suspens, telles que : En quoi les impacts sont liés aux motifs de consultation des clients? Les catégories sont-elles suffisamment saturées ou est-ce que l'intégration de nouvelles abstractions offrirait une description plus précise?

Le Tableau 1 dresse un bilan sommaire des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie répertoriés dans cette revue sommaire de littérature.

Tableau 1

Sommaire des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue de littérature

Catégories	Facteurs déterminants	Données des recherches répertoriées
Clients	Attention focalisée	Attention focalisée (<i>focusing attention</i>) (Elliott, 1985)
	Attitude	Attitude (p. ex., sa réticence à parler de certains sujets) (Manthei, 2007)
	Autoguérison	Capacité proactive de guérison (Rodgers, 2002)
	Compétences	Compétences à faire face à leurs difficultés et à les résoudre (Manthei, 2007)
	Concepts	Préoccupations autour de concepts, tels que la congruence, la stimulation, le pouvoir, les frontières ou l'éthique (Bonsmann, 2010)
	Émotions et sentiments	Potentiel des émotions fortes (Bonsmann, 2010) Sentiments (<i>feelings</i>) (Elliott & James, 1989)
	Espoirs et attentes	Espoirs et attentes (Hodgetts & Wright, 2007) Attentes face à leur psychothérapeute et son regard sur la relation thérapeutique (Levitt & Piazza-Bonin, 2011); Facteur espoir en sa démarche thérapeutique ou l'effet placebo (Gros-Louis, 2003)
	Forces et problèmes	Les forces du client, la nature et la gravité de ses problèmes (Gros-Louis, 2003)
	Hypothèses et croyances	Hypothèses et croyances correctes des clients à propos d'eux-mêmes et de leurs relations interpersonnelles (Binder et al., 2009)
	Intentions	Intentions (Elliott & James, 1989)
	Introspection, compréhension	Introspections, compréhension (Elliott, 2008, 1985)
	Préoccupations	Préoccupations centrales (Elliott & James, 1989)
	Réactions	Réactions problématiques (Watson & Rennie, 1994)
	Schémas relationnels	Schémas (<i>patterns</i>) relationnels aidants en psychothérapie (Lietaer, 1992; Martin & Stelmaczek, 1988; Wilcox-Matthew, Ottens, & Minor, 1997)
	Style relationnel	Style d'apparement aux autres (style of <i>relatedness</i>), style de relation interpersonnelle (style of <i>relating</i>) (Elliott & James, 1989)

Tableau 1

Sommaire des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue de littérature (suite)

Catégories	Facteurs déterminants	Données des recherches répertoriées
Psychothérapeutes	Caractéristiques personnelles	Caractéristiques personnelles (p. ex., son sens pratique) (Manthei, 2007) Caractéristiques : la crédibilité, la collaboration active, la confiance en soi, la compétence, l'expertise, le pouvoir d'attraction, la fiabilité, l'empathie et l'acceptation (Grimes et Murdock, 1989; Hubble et al., 1999; Orlinsky et al., 1994; Rodgers, 2002)
	Compétences interactives	Compétences interpersonnelles et communicatives, telles que l'aptitude à composer avec des expériences variées, difficiles et intenses émotionnellement (Binder et al., 2009, 2010; Manthei, 2007)
		Compétences relationnelles (p. ex., offrir à son client un soutien affectif judicieux) (Manthei, 2007)
		Habilités relationnelles, telles que l'empathie et l'acceptation (Hodgetts & Wright, 2007)
	Compétences professionnelles	Approche théorique (Hodgetts & Wright, 2007)
		Interventions aidantes de la part des psychothérapeutes (Elliott et al., 1985)
		Leurs techniques, telles que l'empathie ou l'acceptation (Hubble et al., 1999)
		Orientation clinique (Bedi et al., 2005)
	Éthique	Ses techniques d'intervention (Oliveira et al., 2012)
Éthique	Éthique professionnelle (Bonsmann, 2010)	
Intentions	Intentions (Elliott & James, 1989)	
Réactions	Réactions problématiques (Watson & Rennie, 1994)	
Schémas relationnels	Schémas (<i>patterns</i>) relationnels aidants en psychothérapie (Lietaer, 1992; Martin & Stelmaczek, 1988; Wilcox-Matthew et al., 1997)	

Tableau 1

Sommaire des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue de littérature (suite)

Catégories	Facteurs déterminants	Données des recherches répertoriées
Relations thérapeutiques	Confiance et sécurité	Relation de confiance continue et sécurisante (Binder et al., 2009) Sentiment de confiance et de sécurité chez le client en présence de son psychothérapeute (Giorgi, 2011)
	Contact personnel	Contact personnel entre les clients et les psychothérapeutes (Elliott, 1985)
	Événements aidants	Évènements aidants (<i>helpful moments</i>) (Paulson et al., 1999) Moments aidants en termes d'expériences non dites, entre clients et psychothérapeutes, qui peuvent influencer le processus thérapeutique (Levitt & Piazza-Bonin, 2011)
	Incompréhension	Moments d'incompréhension (Rhodes et al., 1994)
	Partager ses émotions	Possibilité de partager ses émotions dans un environnement sécurisant (Oliveira et al., 2012)
	Permission	Permission (p. ex., que le client ait confiance en son psychothérapeute et qu'il puisse parler librement et honnêtement) (Rodgers, 2002)
	Principes de changement	Principes facilitant des changements en psychothérapie moment-par-moment (Levitt et al., 2006)
	Réconfort	Réconfort (<i>reassurance</i>) (Elliott, 1985)
	Transparence	Transparence (p. ex., se montrer transparent et ainsi pouvoir mettre des mots sur leur expérience respective) (Rodgers, 2002)

Tableau 1

Sommaire des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue de littérature (suite)

Catégories	Facteurs déterminants	Données des recherches répertoriées
Environnements	Bureaux	Les bureaux des psychothérapeutes sont considérés comme des lieux de guérison, de protection et de stimulation pour les clients (Castonguay, 1986; Frank, 1961; Nasar & Devlin, 2011; Torrey, 1972; Tseng & McDermott, 1979;).
	Contextes généraux	Contexte culturel et historique (Lavery, 2003; Gergen, 1999; Gadamer, 1989; Alvesson & Sköldbberg, 2000)
		Impact manifeste du contexte social et culturel dans le récit des participants et influence sur la construction personnelle du client et du psychothérapeute de leur réalité (Bonsmann, 2010)
		Groupes sociaux et normes sociales (De Bologanqueaux & Lognon Sagbo, 2012)
	Considérations multiples	Considérations financières ou structurales (Hodgetts & Wright, 2007; Macran et al., 1999) Considérations politiques (Bonsmann, 2010)
Sécurité	Environnement sécurisant qui promeut une meilleure connaissance de soi (Oliveira et al., 2012)	

Tableau 1

Sommaire des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue de littérature (suite)

Catégories	Facteurs déterminants	Données des recherches répertoriées	
Impacts	Émergences	Émergence d'idées antérieurement conjurées par les clients (Gassner et al., 1982; Horowitz et al., 1975)	
	Estime de soi et confiance en soi	Meilleure estime de soi et une plus grande confiance en lui-même pour le client (Giorgi, 2011, Manthei, 2007)	
	Expériences rafraîchissantes	Expériences émotionnelles vécues d'une manière plus rafraîchissante (Timulak, 2007)	
	Généralisation des acquis	Appliquer efficacement leurs apprentissages en psychothérapie dans des circonstances différentes et face à des défis futurs (Manthei, 2007)	
	Nouvelles perspectives		Attribution rétrospective d'un sens expérientiel (Binder et al., 2009)
			Changements dans ses croyances de base (Giorgi, 2011) ou correction de vieilles croyances dysfonctionnelles (Binder et al., 2009)
			Nouvelles perspectives (Timulak, 2007; Rodgers, 2002) ou création de nouveaux sens (Binder et al., 2009)
			Nouvelles perceptions de sa situation et de lui-même (Manthei, 2007)
		Restructuration sur le plan réflexif (p. ex., adopter une nouvelle perspective ou avoir un nouveau cadre de compréhension pour restructurer leur expérience et leur donner un sens) (Rodgers, 2002; Oliveira et al., 2012)	
	Prises de conscience	Prises de conscience progressives face à du matériel dénié ou évité précédemment (Giorgi, 2011)	
	Régulation	Sentiments mieux intégrés (Rodgers, 2002)	
Résolution de problèmes	Clarification et résolution de problèmes (Elliott, 1985) Surmonter une problématique personnelle (Giorgi, 2011)		
Validation	Expérience d'une validation interpersonnelle (Timulak, 2007)		

Prise en compte de la perspective des clients

Il existe une controverse entourant la pertinence de tenir compte du point de vue du client en psychothérapie. Cette controverse est principalement attribuable, selon Hodgetts et Wright (2007), aux lacunes méthodologiques et théoriques des chercheurs. Parmi ces lacunes, on retrouve une croyance en la supériorité des recherches quantitatives « pures » ou l'absence d'une remise en question des doctrines concernant le contexte thérapeutique « non contaminé ». Les recherches antérieures mettaient l'accent sur les techniques, les actions et les compétences des psychothérapeutes. Ce faisant, elles négligeaient les sentiments, les valeurs, les attributs et les habiletés des clients.

Pour appuyer ce point de vue, différents arguments sont avancés. En psychanalyse, un postulat de base affirme que le client est inconscient de ses processus mentaux et ignorant de ce qui cause ses difficultés. Dans un tel cas, en quoi l'opinion du client sur son processus thérapeutique peut s'avérer pertinente? En quoi peut-il témoigner d'expériences hors de son champ de conscience, comme le mentionnent Elliott et James (1989)? Rennie (1985) considère que l'information fournie par le client à ce sujet peut être délibérément ou inconsciemment limitée ou distordue. Dans une approche behaviorale, l'accent est mis sur l'observation directe et « objective » des comportements observables et des facteurs environnementaux, négligeant de surcroît les sentiments, les désirs et les intentions du client (Macran et al., 1999).

Toutefois, la perspective des clients en contexte thérapeutique est privilégiée dans cette étude, et ce, pour de multiples raisons, indépendamment des allégeances théoriques des psychothérapeutes ou des problématiques des clients. Ce type de recherche a débuté avec Lipkin (1948). Il semble évident que les clients qui se présentent en psychothérapie sont très différents les uns des autres, notamment en ce qui concerne leurs attentes fort diversifiées. Comme le souligne Elliott (1986), il devient alors pertinent de définir pour chaque client ce qu'il perçoit comme étant important et significatif dans son cheminement thérapeutique. Selon Elliott et James (1989), la source d'informations la plus directe provient des clients. Ils sont au cœur de la psychothérapie et les seuls à pouvoir révéler les sens et les bienfaits d'une psychothérapie. Par conséquent, il est fort pertinent de leur demander ce que la psychothérapie représente pour eux dans leurs propres mots, plutôt que de s'en remettre aux psychothérapeutes ou à quelques experts (Rodgers, 2002).

À cela s'ajoute le fait que les perceptions des clients de la relation thérapeutique, plus que les perceptions qu'en ont les psychothérapeutes ou les observateurs, sont le plus grand prédicteur d'une amélioration en psychothérapie (Jinks, 1999). Il serait donc inadéquat qu'un psychothérapeute agisse en expert sans jamais consulter son client. De la part des psychothérapeutes, une plus grande compréhension des perceptions que les clients ont de leur psychothérapie les habiliterait à intervenir différemment et efficacement (Watson & Rennie, 1994).

Pour plusieurs auteurs, les perceptions des clients en psychothérapie, plus que celles des psychothérapeutes, s'avèrent déterminantes dans l'évolution du processus thérapeutique et dans ses répercussions (Bachelor & Horvath, 1999; Gurman, 1977; Horvath & Symonds, 1991; Klein & Elliott, 2006; Rennie, 2001; Valkonen, Hanninen, & Lindfors, 2011; Whiston & Sexton, 1993). Le passage d'un modèle scientifique positiviste à une approche humaniste (Ribner & Knei-Paz, 2002) a eu pour effet de mettre l'accent sur le fait que les clients sont des agents actifs, réflexifs et motivés dans la résolution de leurs propres difficultés, contrairement au modèle médical (Bohart & Tallman, 1999; Rennie, 2004). C'est un fait empiriquement confirmé (Orlinsky et al., 1994) que les clients deviennent des agents de changement très actifs lorsqu'ils s'engagent dans tous les aspects de la psychothérapie (Bohart & Tallman, 1999; Elliott, 2008; Rennie, 1994a, 1994b; Rhodes et al., 1994; Rodgers, 2002; Whiston & Sexton, 1993).

Un autre argument est le fait que les recherches tendent à démontrer que les points de vue des clients, des psychothérapeutes et des observateurs diffèrent souvent de façon très marquée (Caskey, Barker, & Elliott, 1984; Cooper, 2010; Gordon, 2000; Gaddis, 2004; Kaschak, 1978; Rennie, 1984, 1985, 2004; Whiston & Sexton, 1993). En ce qui a trait aux expériences significatives, Levitt et Piazza-Bonin (2011) parlent de convergence de l'ordre de 30 % entre les perceptions des clients et des psychothérapeutes. Ce pourcentage varie en fonction de certaines conditions : 1) le nombre de rencontres (p. ex., plus ils apprennent à travailler ensemble et plus il y a

convergence entre leurs perceptions); 2) la mémoire du psychothérapeute (p. ex., une meilleure mémoire des évènements chez le psychothérapeute que chez le client pourrait expliquer en partie leurs perspectives divergentes; et 3) le fait que l'objet de la consultation soit relié à des problèmes interpersonnels ou pas influence les résultats.

Dans leur investigation de plus de 2000 études séparées, Orlinsky et al. (1994) cherchent à identifier les variables qui démontrent un impact positif sur la psychothérapie. Ils trouvent que les variables perçues par les clients sont plus souvent associées avec constance à des impacts positifs, comparativement aux variables évaluées par les psychothérapeutes ou les observateurs indépendants. Dans plusieurs recherches (Levitt & Piazza-Bonin, 2011; Metcalf & Thomas, 1994), une certaine convergence est observée entre les clients et les psychothérapeutes dans leurs perceptions d'une expérience significative. Cependant, cette convergence varie d'une étude à l'autre, ce qui démontre qu'il existe bel et bien des différences notables entre les deux perspectives. À titre d'exemple, selon Oliveira et al. (2012) ainsi que Henkelman et Paulson (2006), les clients identifient les mêmes éléments-clés que les psychothérapeutes pour des expériences significatives, mais ils tendent à les évaluer différemment. Cummings, Slemon et Hallberg (1993), à l'aide du questionnaire d'évaluation d'une séance de psychothérapie (Stiles, 1980), démontrent même des divergences entre psychothérapeutes. Ainsi, des psychothérapeutes expérimentés se rappellent davantage d'évènements importants liés à des introspections par les clients, alors que des

psychothérapeutes novices rapportent des événements en lien avec des autocritiques et l'exploration des émotions.

La revue de littérature de Macran et al. (1999) suggère fortement de recourir aux clients dans les recherches en contexte thérapeutique. Ils suggèrent quatre types d'engagement : 1) inférer leurs propres états mentaux en observant leurs comportements en psychothérapie et en interprétant leurs réponses à l'aide de mesures standardisées; 2) fournir quelques informations sur le sens et la valeur de leur psychothérapie; 3) faire part de leur perspective et participer au développement des critères d'évaluation; et 4) les clients s'engagent sur tous les plans, tels que la question de recherche et l'agenda du déroulement de la recherche. Dans cette étude, l'engagement des clients se limite au point 2, en tant que source d'informations sur leur expérience significative.

Macran et al. (1999) promeuvent l'influence des clients dans le développement du champ d'intervention en santé mentale (p. ex, leur offrir des occasions de se faire entendre en recueillant leur point de vue). Selon ces auteurs, les clients sont des individus qui ont leurs propres croyances et valeurs et ils jouent un rôle actif en psychothérapie. Cette contribution doit être reconnue par les chercheurs, sans être biaisée par les croyances et les valeurs de ces derniers. Finalement, ils encouragent la contribution des clients dans le développement du champ d'intervention en santé mentale.

Méthode de recherche

Objectif de recherche

Les deux principaux objectifs poursuivis dans cette thèse sont : 1) l'exploration et la description des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie selon la perspective des clients; et 2) l'élaboration d'une représentation synthétique et structurée de ces facteurs.

À l'instar de Binder et al. (2009), Bonsmann (2010) et Oliveira et al. (2012), une approche descriptive et d'inspiration phénoménologique est privilégiée dans cette investigation des expériences significatives de quatre clients en psychothérapie existentielle-humaniste. De fait, cette méthode vise principalement à saisir le sens des diverses énonciations des clients à travers l'émergence d'unités de sens en tant que facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie. Majoritairement, les recherches antérieures s'intéressent à certains éléments particuliers du processus thérapeutique (p. ex., les impacts chez Timulak, 2007) et elles offrent ainsi une vision parcellaire de la psychothérapie. Dans une tentative pour y remédier, une première tentative de structuration systématique des facteurs déterminants répertoriés dans la revue de littérature de cette étude retient cinq catégories de facteurs déterminants : Clients, Psychothérapeutes, Relations thérapeutiques, Environnements et Impacts.

Justification du choix de la méthode qualitative

Cette étude recourt à une méthode qualitative car l'analyse des résultats rend évidentes les caractéristiques d'une psychothérapie, telle qu'elle apparaît dans la vie des clients. Elle permet également d'étudier une expérience en fonction d'une dynamique relationnelle qui s'insère dans un contexte donné, à savoir les relations entre clients et psychothérapeutes. Le recours à une méthode de recherche qualitative renforce les liens entre la pratique et la théorie en décrivant subjectivement l'expérience vécue par les participants. Elle permet d'explorer en profondeur comment ils perçoivent et expérimentent leur psychothérapie et lui donnent un sens. Finalement, elle identifie les conditions susceptibles d'optimiser l'expertise clinique (Binder et al., 2009). À l'appui de ce choix, citons Deschamps (1993) :

[...] Si le chercheur est préoccupé par l'expérience vécue d'un phénomène, il ne peut pas orienter son choix méthodologique vers la logique des approches quantitatives. Au contraire, il doit inévitablement envisager une orientation méthodologique qualitative, puisque la perspective sur laquelle s'ouvre sa question de recherche en appelle à un tout autre monde d'appréhension du réel, un monde auquel appartient la logique phénoménologique [...]. (p.43)

Par ailleurs, une revue sommaire de la littérature suggère le regroupement des facteurs déterminants en psychothérapie sous cinq catégories : Clients, Psychothérapeutes, Relation thérapeutique, Environnement et Impacts. Lors des entrevues, le chercheur s'autorise à questionner les participants à ce sujet si, de prime abord, ils n'en font pas directement mention dans leur témoignage respectif. Cette façon de faire permet de valider ou d'invalider ces catégories, en évitant quelque omission involontaire de la part des participants.

Choix des participants et recrutement

L'analyse qualitative des expériences significatives vécues en psychothérapie par les participants n'est pas une question de distribution représentative dans la population, car elle permet de donner accès aux caractéristiques d'une psychothérapie selon la perspective des clients. Il est plutôt question de la qualité des informations qui seront recueillies. L'échantillonnage est un choix raisonné par critères (Esterberg, 2002; Patton, 2002; Polkinghorne, 2005) et les personnes sont choisies en fonction de la pertinence de leur expertise concernant l'objet d'étude (Savoie-Zajc, 2003). Les participants sont des adultes francophones vivant au Québec, âgés de 62 à 74 ans, pour une moyenne de 65 ans (cette moyenne d'âge est le fruit du hasard et non déterminée par le chercheur lui-même). Le chercheur s'assure qu'ils sont tous motivés à participer volontairement à cette étude (Binder et al., 2009). Les participants sont ou ont été engagés dans une psychothérapie individuelle en Analyse Bioénergétique (AB) ou en Psychologie Gestaltiste de la Relation d'Objet (PGRO) auprès d'un psychothérapeute en bureau privé. Les participants ne présentent aucun trouble grave de personnalité ou neurologique, ni aucun autre facteur qui les aurait rendus inaptes à contribuer activement à cette recherche (Levitt & Piazza-Bonin, 2011; Oliveira et al., 2012).

Comme stratégie de recrutement, afin de pouvoir solliciter les membres de leur institut de formation, les responsables du Centre d'intégration gestaltiste (CIG) et de la Société québécoise d'analyse bioénergétique (SOQAB) ont été directement sollicités par le doctorant. La réponse fut très positive. Le choix de ces deux approches existentielles-

humanistes a été motivé par la commodité, en fonction de l'entourage professionnel du doctorant. La démarche de la recherche est expliquée aux psychothérapeutes qui se portent volontaires pour recruter des participants à cette recherche. Ils ont alors été en mesure d'informer adéquatement leurs clients, soit verbalement, soit à l'aide d'une feuille explicative qui leur a été remise (voir Appendice A). Ces clients ont contacté le chercheur, par téléphone ou par courriel, sans obligatoirement avoir à en informer leur psychothérapeute. Un rendez-vous a été fixé avec chacune des personnes retenues. De cette façon, quatre personnes ont été retenues.

Méthode de collecte et analyse des résultats

Entrevues

Des entrevues qualitatives semi-structurées de 60 à 90 minutes constituent la méthode de collecte de données privilégiée dans cette étude (voir Appendice B). Cette méthode est largement utilisée en recherche qualitative (Binder et al., 2009; Esterberg, 2002; Polkinghorne, 2005). Elle facilite un dialogue flexible et exploratoire au sujet des expériences personnelles, telles que vécues par les participants, tout en les invitant à réfléchir de nouveau sur celles-ci. Elle permet également d'explorer plus en profondeur les réponses des participants que ne pourrait le faire un quelconque questionnaire (Manthei, 2007) ou une simple observation du processus thérapeutique (Howe, 1996; Jinks, 1999). Les entrevues sont enregistrées en audionumérique et transcrites à l'aide du logiciel Word. Le propos de l'exploration d'évènements remémorés est de fournir une

occasion de réflexion sur le sens que ces événements ont pour les participants, un sens qui est différent de celui qu'en donnent les psychothérapeutes (Gaddis, 2004).

Les entrevues ont été menées par le chercheur et elles se sont déroulées dans un local de l'Université de Sherbrooke à Longueuil pour les deux participants en AB. Elles ont eu lieu dans des bureaux privés pour les deux clients en PGRO pour des raisons de disponibilité de la part de ces derniers. Un cadre confidentiel a été assuré dans le but de favoriser une plus grande liberté d'expression concernant leur expérience en psychothérapie. Les rencontres se sont pratiquement toutes déroulées de la même façon : 1) accueil des participants; 2) relecture du formulaire de consentement et signatures; 3) rappel des objectifs de la recherche; 4) lecture de la question de recherche telle que décrite dans le cadre théorique; 5) témoignages des participants; 6) interventions du chercheur, soit pour éclaircir les témoignages, soit pour poser des questions préparées à l'avance ou improvisées, en fonction des contenus abordés spontanément par les participants; et 7) remerciements d'usage pour leur participation. L'entrevue semi-dirigée a permis de suivre les témoignages élaborés spontanément par les participants, tout en s'assurant de couvrir les catégories de facteurs déterminants retenues dans la revue de littérature de cette étude.

Analyse des résultats

Cette section rend compte de la familiarisation avec les données, conséquente à une lecture du contenu des entrevues retranscrites (verbatim), en dégagant le sens

global des témoignages sous la forme d'unités de sens. Afin de délimiter celles-ci dans le texte, chaque changement de sens a fait l'objet d'une notation différente. Le chercheur se laisse ainsi influencer par la transcription de l'entrevue plutôt que de s'en remettre à ses a priori dans son champ de connaissances. Les unités de sens émergentes demeurent proches du langage utilisé par les participants, en lien avec la question que se pose le chercheur et compatibles avec les critères de sa discipline de référence. Il s'agit ici d'explorer en profondeur le sens d'une idée, ou d'un mot, tout en remettant cet élément dans le contexte du vécu plus global des quatre participants.

Une analyse d'inspiration phénoménologique et descriptive des résultats de cette étude a permis de :

- 1) Regrouper les unités de sens qui émergent, en tant que facteurs déterminants d'une expérience significative.
- 2) Voir si d'autres éléments pourraient s'avérer pertinents pour organiser les données de façon encore plus systématique et instructive.
- 3) Construire une représentation synthétique et structurée des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie.

Description des critères de validité

Afin de s'assurer que les résultats de cette étude sont véridiques, les critères suivants furent utilisés (Fortin, 2006/2010) : la validité, la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité.

La *validité* des résultats se démontre par la concordance entre la transcription des entrevues avec les participants et les thèmes issus de l'analyse de ces mêmes entrevues. La validité interne est la correspondance entre les observations du chercheur et la réalité empirique ou l'objet de la recherche (Paillé, 1996). Ainsi, la validité interne est réputée solide si le chercheur est en mesure de démontrer qu'il a correctement observé ce qu'il était censé observer. Le choix des éléments pertinents, tels que reproduits dans la section analyse des résultats, s'est fait en fonction de leur récurrence. Ce qui se révélait trop spécifique a été laissé de côté. Parallèlement, le mode de présentation des résultats permet un accès approfondi au contenu des entrevues, ce qui favorise la transparence de la démarche mise en œuvre dans cette étude.

La *crédibilité* permet d'évaluer l'exactitude des descriptions du phénomène à l'étude, tel que vécu par les participants en fonction de la réalité interprétée. Cette crédibilité est acquise si les résultats ont du sens pour les participants et les lecteurs et si la comparaison des résultats avec le cadre conceptuel de la recherche est concluante. L'analyse des résultats pour chacun des participants leur a été acheminée individuellement en ce qui concerne leur propre entrevue. Chacun d'eux y a trouvé une traduction fidèle à son expérience. Les résultats de cette recherche semblent corroborer le cadre conceptuel élaboré préalablement aux entrevues cliniques. Une attention spéciale est accordée au fait que le chercheur ne doit pas être une source de biais dans l'interprétation des données.

Les conclusions de l'analyse des données relatives à l'ensemble des situations thérapeutiques possèdent une validité intersubjective que l'on associe à la transférabilité : créer des catégories de connaissances révisées par des pairs et qui, bien que non universelles, peuvent présenter une applicabilité dans un contexte donné (Giorgi, 2009). La transférabilité des données de cette recherche est limitée par des facteurs tels que les approches cliniques choisies (deux approches existentielles-humanistes) et la catégorie d'âge des participants (une moyenne d'âge de 65 ans). D'autres recherches sont requises pour pouvoir assurer une transférabilité des données à divers contextes thérapeutiques.

La *fiabilité* a trait à la stabilité des données et à la constance dans les résultats. Nous assurons l'exactitude des données en faisant en sorte que le lecteur puisse vérifier par lui-même si les résultats, les interprétations et les conclusions de cette étude sont solidement appuyés.

La *confirmabilité* assure que les résultats reflètent bien les données et non le point de vue du chercheur. Après plusieurs discussions, reformulations et modifications à propos des unités de sens, un accord consensuel fut établi entre le doctorant et son directeur de recherche. Ce regard croisé a permis de vérifier les similitudes et la vraisemblance des perceptions de l'expérience des participants, en conformité des résultats de la recherche.

Considérations éthiques

Une attention toute particulière a été portée à la confidentialité afin d'assurer aux participants qu'ils ne pourront jamais être identifiés autrement que par le chercheur lui-même. Pour ce faire, nous avons élaboré quelques démarches à suivre dans cette recherche qui respectent les normes établies par le Comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke. En début d'entrevue, un formulaire de « consentement libre et éclairé » à participer à une entrevue pour parler ouvertement de leur expérience significative en psychothérapie est signé en présence des participants et du chercheur (voir Appendice C).

Résultats

Dans cette partie de l'étude, les objectifs sont : 1) extraire les unités de sens de chacune des entrevues prises séparément; et 2) élaborer une synthèse de l'expérience significative pour chacun des participants.

Les lettres AB identifient ceux ayant participé à une analyse bioénergétique et la lettre G, ceux ayant participé à une gestalt-thérapie. Un chiffre de 1 à 2 distingue chacun des participants pour l'une et l'autre de ces deux approches, soit :

AB1 et AB2 : analyse bioénergétique (AB), première et deuxième participante;

G1 et G2 : approche gestaltiste (PGRO), premier participant et deuxième participante.

Une distinction est faite pour différencier le psychothérapeute du participant AB1 des psychologues des trois autres participants, car l'information est directement vérifiée par le doctorant. Toutefois, l'analyse des résultats n'établit pas de différences significatives entre eux aux niveaux de leurs interventions et de leurs impacts.

Les entrevues se sont déroulées selon la procédure antérieurement mentionnée. Dans un premier temps, le chercheur assure : 1) un accueil convivial avec chacun des participants; 2) une relecture du formulaire de consentement et les signatures; 3) un

rappel des objectifs de la recherche; 4) une lecture de la question de recherche telle que décrite dans le cadre théorique. En réponse à la question de recherche, les participants s'expriment spontanément sur ce qui leur semble significatif dans leur psychothérapie. Dans tous les cas, il est rapidement question de leur contribution et de celle de leur psychothérapeute ainsi que de la relation thérapeutique. Certaines interventions du chercheur visent à clarifier le sens de ce que les participants lui partagent. D'autres interventions, en fin d'entrevue, ont pour objectif d'investiguer la relative contribution de facteurs plus ou moins abordés spontanément par les participants, à savoir l'environnement physique et les impacts à long terme suite à leur psychothérapie. Finalement, le chercheur remercie chaleureusement les participants pour leur contribution très appréciée à cette recherche.

L'analyse du verbatim de chaque entrevue s'effectue de la façon suivante : 1) lecture progressive de chaque verbatim; 2) attribution d'unités de sens pour toute partie de texte significative; 3) regroupement de verbatims, exprimés à différents moments lors des entrevues respectives, autour d'une même unité de sens; 4) répertoirer chaque unité de sens pour les quatre participants; 5) dresser un bilan de chacune des expériences significatives sur la base des témoignages des quatre participants.

Entrevue avec la cliente AB1

Unités de sens

Réactivation d'enjeux personnels et relationnels du passé. Les expériences d'AB1 dans son milieu familial d'origine se sont reproduites dans sa psychothérapie sous différentes formes (p. ex, un processus thérapeutique de longue durée car AB1 n'arrive pas facilement à exposer son corps ni même à faire confiance à son psychothérapeute spontanément).

Poliomyélite. AB1 a contracté la poliomyélite vers l'âge de 3 ans. Celle-ci a entraîné bien des heurts : de la honte face à cela, chercher à toujours cacher son corps, et un manque de soutien affectif pour y faire face. Elle aurait même conscientisé que ses troubles étaient déjà présents dans le ventre de sa mère.

Puis, pour survivre comme enfant... Cette bataille-là de vie ou de mort au stade utérin... dans cette expérience-là, à un moment donné, je revivais comme si ma mère, ça avait été un comme une couverture qui va m'attaquer... ou me ronger, me détruire... Ah ! Oui. Très, très, très dangereux... Ça fait que c'était vraiment comme si j'étais dans l'utérus, ça fait que... puis moi, en tout cas, ce que je sentais, puis je comprenais plus pourquoi c'est si long et si difficile, ça allait même de... mes troubles étaient même déjà dans le ventre de ma mère.

Sa mère exigeait d'elle qu'elle soit comme les autres et déniait totalement la dure réalité de sa fille. AB1 a finalement appris à tourner sa colère contre elle en développant une représentation de soi plutôt négative : « [...] toute mon expérience de polio que j'ai vécue toute seule. Parce que, chez nous, on faisait comme si je ne l'avais pas... Ma mère disait toujours : il faut que tu sois comme les autres... ».

Milieu familial dysfonctionnel. AB1 décrit son milieu familial comme étant défavorable, un univers froid, pour les raisons suivantes : 1) un père alcoolique et sans contacts affectueux entre eux; 2) beaucoup de chicanes et de violence verbale à la maison; 3) une mère qui ne voulait pas d'autre enfant et qui a accouché d'AB1 à l'âge de 50 ans; 4) une famille de quatorze enfants dans laquelle il lui a fallu survivre et apprendre à être polyvalente; et 5) une représentation négative projetée sur elle par les membres de sa famille qui ne pensaient pas qu'elle aurait un bel avenir.

Retrait social. À l'adolescence, AB1 avait peur que les garçons découvrent qu'elle avait eu la poliomyélite et qu'ils la traitent d'« imposteur ». Comme elle ne voulait pas vivre cela, elle était plutôt retirée socialement.

À l'école, cela a été une horreur indescriptible... à l'adolescence, je pense aux relations avec les garçons, moi... j'étais un imposteur... je veux dire, quand ils vont découvrir que j'ai eu la polio, ça va être effrayant. Ça fait que ça, je ne voulais pas vivre ça.

Schémas relationnels déficients. Le passé d'AB1 l'a rendue plutôt craintive dans ses relations interpersonnelles. Considérant avoir une sensibilité corporelle très forte, elle a tendance à se protéger des contacts interpersonnels. C'est ce qui explique, de son point de vue, qu'il lui a fallu beaucoup de temps pour se laisser apprivoiser par son psychothérapeute et que sa psychothérapie se soit échelonnée sur de nombreuses années.

AB1 reconnaît avoir une capacité d'engagement fragilisée de par sa tendance à rapidement couper les contacts pour les raisons suivantes, entre autres : 1) avoir des

exigences d'absolu (p. ex., un mensonge entraînant irrémédiablement la fin d'une relation interpersonnelle); 2) faire preuve d'intransigeance, voire même d'arrogance envers autrui; et 3) saboter tout lien interpersonnel dès qu'il s'établissait.

AB1 observe qu'elle est différente dans une relation d'un à un, trouvant cela plus menaçant que face à un groupe. Aux plans relationnel et affectif, dans une relation d'un à un, AB1 a tendance à se cacher et à fuir le contact, vite ressenti comme étant trop intime. Par contre, face à un groupe, AB1 peut s'affirmer envers et contre tous au plan des idées car elle a l'impression alors de jouer un rôle : « J'étais prête à mourir au combat, pas de compromis possible. »

Mais j'étais intransigeante... si je trouve que ça n'a pas de sens... je n'abonderai pas là-dedans. Puis le phénomène de groupe, ça ne sera jamais assez fort pour me faire changer d'idée ou juste pour faire partie du groupe... Parce qu'il y a une intransigeance puis une arrogance quand même là-dedans... Ça, moi, c'était la vie ou la mort... je suis dans des systèmes extrêmes... je vis ou je meurs. Ça fait que je ne peux pas, là. Je n'ai pas [fais] de compromis ici.

Respect du cadre thérapeutique. AB1 va au bout de ses démarches, même si c'est pour du long terme, tout comme c'est le cas pour sa psychothérapie. Elle a parfois été confrontée par son psychothérapeute et, quoiqu'elle ne l'apprécie guère dans un premier temps, elle respecte, leur entente jusqu'au bout. Avant de terminer la psychothérapie, une dernière rencontre a lieu pour déterminer les motifs et la pertinence d'y mettre fin.

[...] parce qu'il y a eu des fois, là, où on a eu des accrochages. Parce que quand il me confrontait, je n'acceptais pas ça. Puis, tu vois encore là, il y

avait... On avait passé un contrat, mais comme je suis une personne honnête, comme je vous dis, je le dis toujours en avance quand je vais mentir. Ça fait que je ne suis peut-être pas... il a dit une fois qu'on s'était un peu confrontés. Puis il m'avait dit : bon, on a fait un contrat ensemble. Vous ne quittez pas ainsi. Vous revenez. [Elle est revenue.]

Courage de vivre une expérience émotionnelle. AB1 démontre son courage et sa ténacité en acceptant de vivre en psychothérapie des situations intensément chargées émotionnellement : 1) « [...] ce n'était pas facile, ce n'était pas aisé. Mais c'est ça qui, au bout du compte, m'a aidée à exprimer puis aussi toucher des zones [...] »; 2) « [...] Parce que j'avais à visiter des choses très, très, très... très, très, très difficiles. Puis ça, je pense que ça a été mon courage. »; 3) « Puis là, je vivais des choses très, très fortes... Ma sensation de devenir un enfant, elle n'est pas juste intellectuelle [...] »; et 4) « J'ai eu des périodes à un moment donné, on allait à des choses tellement profondes que c'est... c'était dur à vivre. Émotivement éprouvant, mais en dehors de mes sessions, tu sais, ça durait... Ça avait des impacts et tout ça. ».

Capacités réflexives. AB1 s'attribue une bonne capacité de comprendre ce qui se passe en psychothérapie et ainsi pouvoir participer activement au bon déroulement de l'entrevue : 1) « J'ai une capacité aussi de saisir les choses. Ça n'a pas besoin d'être gros, là, pour que je comprenne. »; et 2) « [...] Mon intelligence aussi. De saisir qu'est-ce que ce qui se passe là... ». AB1 a un intérêt marqué et constant pour la psychologie : « [...] Je m'étais intéressée tout le temps à la psychologie... j'ai fait de l'analyse transactionnelle... Je les ai toutes vues. J'ai touché à tout. ».

AB1 se décrit comme étant sans ornières et consciente qu'il n'y a pas une seule façon de faire les choses : « ... comme mon thérapeute, je n'ai pas des ornières. Il n'y a pas juste une façon... Je suis polyvalente. »

[...] pour survivre comme enfant... Cette bataille-là de vie ou de mort au stade utérin... Elle [sa mère] était rendue à 50 ans. Ça ne lui tentait pas d'en avoir un autre là... C'est pour ça que je reste polyvalente.

Sensibilité aux sons. AB1 mentionne que les sons plus que les mots réussissent à l'apaiser émotionnellement. Elle est sensible et réceptive à la voix de son psychothérapeute sur son répondeur ou au battement de cœur de celui-ci par exemple : « [...] c'est ça, sa voix... Le son de sa voix et de son cœur qu'il lui laissait écouter... Moi, c'est le bruit. Ce n'est pas tant les mots. »

Apprivoisement progressif du contact facilité par le psychothérapeute. AB1 trouve significatif que son psychothérapeute soit très respectueux des distances et du temps dont elle avait besoin. Aussi, le rapprochement s'est fait très progressivement et sur une longue période de temps : 1) « Puis, ce qui était significatif aussi là-dedans, c'était mon thérapeute que je... qui était très, très attentif, très respectueux des distances que j'avais besoin. Cela a été très, très, très... progressif, là. »; et 2) « [...] puis ça, l'approche qu'il avait, c'était tellement progressif. On dirait qu'il a très bien saisi les besoins que j'avais. ».

Elle a apprécié que son psychothérapeute ne porte aucun jugement face à son rythme à prendre contact avec lui, en lui permettant de prendre tout le temps qu'il lui

fallait pour apprivoiser ce contact. Ce fut long avant qu'AB1 regarde son psychothérapeute dans les yeux mais elle ne s'est jamais sentie pressée de le faire, sinon elle aurait cessé sa psychothérapie : « ... ç'a été longtemps pendant la thérapie où je ne le regardais pas... Je regardais toujours à côté sauf si on parlait de choses comme le prochain rendez-vous... ». Finalement, AB1 a pu créer un contact direct avec son psychothérapeute sans avoir à rompre la relation brusquement.

Psychothérapeute perçu comme étant bien dans sa peau. Selon AB1, pour qu'un psychothérapeute touche une cliente et que cela soit bénéfique au plan thérapeutique, il faut qu'il soit bien dans sa peau. Cela est particulièrement significatif dans des moments de régression pour elle.

Quand tu sens que tu as comme deux ans puis que tu as quelqu'un qui te prend comme si tu avais deux ans, ça aussi, ça aide à ce qu'on aille plus profond... c'est là où est-ce que je dis qu'il faut que le thérapeute soit très à l'aise avec lui-même.

Créativité de la part du psychothérapeute. AB1 a grandement apprécié que son psychothérapeute se soit montré très imaginatif pour créer toutes sortes de situations en psychothérapie et ainsi la faire évoluer grandement dans son processus : « C'était l'imagination qu'il avait pour créer des situations où je puisse expérimenter. Je pense que c'est ça. Le terme aussi *expérimenter* est important... c'est là que je pense que le thérapeute peut faire une grosse différence. »

Ça fait que ça aussi, c'était important dans les périodes de régression. Il était aussi capable de s'adresser aux personnes qui me boycottaient, que je mettais en scène. Puis, il était capable de... je sais comme une fois même, on s'était mis debout puis là, il s'était mis devant moi. Moi, j'étais derrière

lui puis il parlait à ma mère... non, tu ne feras pas ça. Puis... tu te sais sans défense [...].

Polyvalence éclectique du psychothérapeute. Le psychothérapeute a appris à s'inspirer de plusieurs références ou méthodes en psychothérapie selon les besoins identifiés auprès d'AB1 : « Puis ce que j'ai appris, c'est que mon thérapeute aussi, il pouvait emprunter ailleurs... c'est selon le besoin ». Une qualité qu'elle apprécie chez son psychothérapeute.

Capacités sécurisantes du psychothérapeute. AB1 considère que son psychothérapeute est habile à garder le contact avec elle et il la sécurise. AB1 a l'impression que son psychothérapeute sait suivre son expérience : « C'était la présence de c'est quoi le besoin actuellement. Puis comment y réagir. ». Il sait ce qui se passe en psychothérapie, il est capable de le lui dire et il sait où il s'en va. Ainsi, elle s'est sentie sécurisée et entre de bonnes mains. Il a su aborder autant la personne adulte d'AB1, qui essaie de progresser, que la personne qu'elle incarne dans ses expériences en psychothérapie (p. ex., en état de régression infantile).

Puis à un moment donné, l'émotion vient puis, là, je n'étais plus capable de parler. Puis c'est là qu'il me disait : vous êtes en train de régresser. Alors ça, ça me rassurait de sentir aussi que... Puis que, il savait où est-ce qu'il s'en allait... Il sait ce qui se passe, puis il observe ça. Puis il est capable de me le dire... Puis en même temps, c'est comme... Ça, c'était la capacité de pouvoir me parler à la fois dans l'émotion où j'étais, à l'âge où j'étais, puis aller à la fois à la personne... adulte qui essaie de progresser [...].

Accompagnement hors pair du psychothérapeute. AB1 considère que son psychothérapeute l'a bien accompagnée de multiples façons : 1) en favorisant un contact

direct entre eux; 2) en s'engageant personnellement et non en prenant une position d'observateur ou de juge à son endroit; 3) en ne la laissant pas se débrouiller seule avec des références de livres; 4) en lui offrant une présence juste au moment présent; et 5) en n'ayant pas juste des solutions à proposer mais un réel souci de l'accompagner dans son vécu;

Puis, tu n'es pas capable vraiment de... Tu n'as pas encore durant la thérapie, les moyens... de gérer, de gérer ça vraiment, là. Puis, c'est là que je suis tellement contente du thérapeute que j'ai eu parce que je... Bon, j'aurais arrêté s'il ne m'avait pas donné cet environnement-là... Puis d'être bien accompagnée parce qu'il y en a qui ne t'accompagnent pas nécessairement bien [...].

Bien là, c'est le thérapeute aussi, c'était vraiment l'accompagnement... Je sentais que j'étais accompagnée dans ce que, moi... Mais le fait qu'il s'implique... ce n'est pas juste un observateur. Ce n'est pas un juge non plus. Il joue un rôle là-dedans, d'accompagnement... Ça fait que ça aussi, c'était aidant en paroles de m'expliquer effectivement... Que c'était une autre manière de dire qu'est-ce qui se passe là.

Encadrement modulé du psychothérapeute selon les besoins. Le psychothérapeute a maintenu un cadre thérapeutique optimal auprès d'AB1, tout en se montrant accessible et imaginatif pour que celle-ci tolère les moments de rupture et de reprise de contact entre eux. AB1 appréciait que son psychothérapeute respecte les règles, tout en ne se montrant pas trop rigide dans l'application de celles-ci. Il ne disait pas « ça, ça se fait; ça, ça se fait pas ». Il pouvait se montrer souple et envisager différentes façons de faire les choses, tout en respectant les règles : « Mais c'est ça, ce thérapeute-là... ce qui était significatif, c'était qu'il n'était pas conformiste. »

Puis le fait de... comme par exemple, dans les moments où j'étais dans des grosses peines profondes puis que ça allait à l'extérieur, bien là... il acceptait que je puisse lui écrire. J'écrivais. J'y écrivais. Après ça, il a

imaginé... je l'appelais sur son répondeur à son bureau juste pour entendre sa voix. Ça me rassurait beaucoup... Pour garder le contact... À ce moment-là, c'est qu'on n'a pas construit encore soi-même assez de support pour se supporter soi-même. Alors si l'autre... il n'est plus là... [une expérience] traumatisante. C'est ça. Tu te retrouves comme... quand tu étais plus petite, tu te débrouilles toute seule avec ton malheur parce que tes parents ne sont pas là... Alors, il tenait le rôle de parents dans le cadre. Ça, pour moi, c'était important [...].

Capacités du psychothérapeute de jouer différents rôles parentaux. AB1

trouve important que son psychothérapeute accepte de jouer différents rôles et qu'il le fasse bien : 1) un père qui la rassure (« ne t'inquiète pas, je sais où on s'en va puis tu es entre bonnes mains ») et qui l'encourage à aller de l'avant sans la laisser tomber; 2) un rôle protecteur (« capable de s'adresser aux personnes qui me boycottaient, que je mettais en scène, ... en légitimant mon point de vue »); et 3) un rôle éducatif lui expliquant en mots ce qui se passait en entrevue et ainsi donner un sens à son expérience vécue.

[...] Ça fait que là... aussi le père... : ne t'inquiète pas, je sais où on s'en va puis tu es entre bonnes mains... s'il n'est pas capable de jouer le rôle du père puis de la mère ! Ça, pour moi, c'est important. D'être capable de jouer les deux.

Confiance graduelle envers le psychothérapeute. Par ailleurs, AB1 n'a pas donné

toute sa confiance au psychothérapeute en début de processus. Elle l'a tout d'abord testé avant de s'engager plus intensivement dans le processus thérapeutique. Elle a entamé une longue psychothérapie avec lui parce qu'elle a senti que son psychothérapeute était fort, tenace et expérimenté, qu'il ne la lâcherait pas en plein processus thérapeutique et ne lui ferait aucun mal.

Parce que, moi aussi, je peux faire passer des tests pour voir... Est-ce qu'il va me lâcher en plein milieu? Il ne sera plus capable? Il n'est pas assez fort et tenace... je lui disais que j'avais besoin de quelqu'un d'expérimenté et de fort parce que j'étais quelqu'un de fort. Puis que les barrières que j'avais, ça ne serait pas facile... Puis que tu ne me fasses pas mal [quand les barrières seront tombées].

De multiples façons, le psychothérapeute d'AB1 a su lui inspirer confiance :

1) s'engager et donner l'impression que « c'était vrai »; 2) garder le contact tout le temps que cela s'avère nécessaire; 3) offrir un contact physique apaisant; 4) prendre sa défense face à des gens intériorisés nocifs (« [...] c'est qu'il prenait toujours ma part. Ça, c'était nouveau. Oui. C'est ça. Ça aussi, ça amenait beaucoup de chaleur. Puis ça amène une complicité. »); et 5) se rendre disponible.

Comme le fait par exemple qu'il puisse me toucher, qu'on fasse des exercices physiques. Au cours d'un exercice, je tombais dans une période de peine profonde ou de régression. Même, il pouvait me prendre dans ses bras. Il pouvait me toucher. Pour moi, ça, ça faisait que c'était vrai.

Ça fait que... donc, de ressentir un cœur qui est présent... Qui bat puis qui est en vie. Et puis qui est à l'aise... Tout l'aspect sécurisant du thérapeute qui était : wow! J'ai eu une autre expérience et enfin, elle a fini par m'apaiser.

[...] il a su faire preuve de créativité pour préserver le lien thérapeutique, et ce, même en dehors des heures de psychothérapie dans les moments où j'étais dans des grosses peines profondes puis que ça allait à l'extérieur, bien là, tu sais, il acceptait que je puisse lui écrire... Puis dans les limites de la thérapie, il maintenait un cadre, mais il pouvait être souple dans ce cadre-là pour garder le contact entre eux... Alors, il tenait le rôle de parents dans le cadre. Ça, pour moi, c'était important.

« [...] C'est pour ça que ça a été tellement significatif là, je veux dire. Il y avait tellement de la justesse, la présence au moment [présent]... Ça, puis aussi, ne pas décrocher trop vite. »

Relation de confiance bien établie. AB1 affirme qu'une relation de confiance s'est installée progressivement entre eux et elle n'a jamais été trahie tout au long de son processus thérapeutique : « Puis, c'est difficile d'acquérir la confiance. Mais cela a été... Elle n'a jamais été trompée... ». Cela est vrai même dans des moments où elle se sentait provoquée par lui et qu'elle n'aimait pas cela (p. ex., il n'a pas accepté qu'elle cesse sa psychothérapie avant qu'elle ne vienne en discuter avec lui au préalable; avant elle aurait abandonné sans rien dire). Le psychologue savait rassurer sa cliente lorsqu'elle éprouvait un quelconque danger réel ou fictif, et ce, même dans des moments durant lesquels elle se sentait très bien. Progressivement, elle arrive à faire de plus en plus confiance en son psychologue.

Une relation chaleureuse de par le contact physique, la voix, les mots... mais aussi c'est qu'il prenait toujours ma part... c'est-à-dire que la méchante, ce n'est pas moi. Il y a des méchants autour de moi puis lui, il les voit comme moi... Pendant que, moi, je ne suis pas capable. Il est capable de leur parler. Il légitimait mon point de vue. Ça, c'était nouveau [...].

Approche psychocorporelle du psychologue. AB1 trouve extrêmement précieux que cette approche aborde directement le corps en psychothérapie, particulièrement pour elle. Progressivement, elle éprouve moins de tabous face à son corps, ne cherche plus à le cacher et conscientise davantage son ressenti physique. Cela a été possible parce qu'elle a accepté d'être vue par son psychologue et que, dans la

relation thérapeutique, elle a éprouvé le sentiment d'exister et d'habiter son corps. Pour AB1, l'approche corporelle lui donne la nette impression d'être vue par son psychothérapeute. S'il s'en était tenu au langage verbal, AB1 croit que cela aurait été encore bien plus long pour la rejoindre, utilisant pour sa part le langage verbal pour éviter les contacts plus personnels.

Je pense que ce qui a été significatif, c'est... le fait qu'on tienne compte du corps. Ça, pour moi, ç'a été extrêmement significatif. En tout cas, dans les troubles que, moi, j'avais... Bon, d'une part, moi, j'ai eu la polio. Ça fait que j'ai toujours caché comme mon corps. Que je sois dans une situation ou dans une approche qui tient compte de mon corps, c'est comme si, moi, ça m'avait aidé beaucoup... À l'habiter, à l'exposer puis, presque d'exister.

L'approche corporelle a aidé AB1 à s'exprimer, à toucher des zones enfouies, à conscientiser beaucoup d'éléments de sa petite enfance et à les ressentir intensément aux plans physique et émotionnel : 1) « [...] Puis là, je vivais des choses très, très fortes »; et 2) « On allait à des choses tellement profondes que c'est... c'était dur à vivre... émotionnellement éprouvant... ». AB1 a trouvé très exigeant ce type d'approche au plan émotionnel.

Ma sensation de devenir un enfant, elle n'est pas juste intellectuelle. Elle est vécue vraiment puis je suis avec quelqu'un qui me traite comme si j'avais deux ans. Donc, il me prend comme un enfant de deux ans. Il me parle comme un enfant de deux ans. Comme on parlerait à un enfant de deux ans qui a de la peine... Donc, ce n'est pas beaucoup de paroles. C'est plus un contact.

AB1 dit aimer l'approche de son psychothérapeute, qui se déroule par expériences et lui permet d'expérimenter diverses situations en psychothérapie. Celles-ci lui ont permis de dénouer des nœuds, de se révéler un peu plus à soi-même et de se dire ce que l'on ne se dit pas à soi-même parfois et encore moins en présence de quelqu'un d'autre. À titre d'exemple, se rapprocher du psychothérapeute physiquement en le regardant était fort éprouvant pour AB1 mais, progressivement, elle en est venue à prendre plus de risques et à aller plus loin dans sa prise de contact avec son psychothérapeute.

Contacts physiques à des fins thérapeutiques. La possibilité d'être touchée par son psychothérapeute lors des exercices physiques, dans une période de peine profonde ou de régression notamment, donnait la nette impression à AB1 que le contact était vrai et profond.

[...] quelqu'un qui te soutient quand tu en as vraiment besoin, tu vas t'effondrer et il peut te prendre puis te porter, c'est être soutenue et c'est vrai... juste un regard ou le dire verbalement, tu sens une compassion mais c'est moins convaincant.

Puis même une fois, c'est... Il me porte... Je pense que c'est cette fois-là où il m'avait prise comme ça quand je... Là, j'ai régressé encore un peu plus. Puis là, à un moment donné, il s'est plié en deux sur le côté puis là, j'ai pu mettre ma tête sur lui puis je sentais son cœur... donc, de ressentir un cœur qui est présent... qui bat puis qui est en vie. Et puis qui est à l'aise... [Tu as eu une expérience qui a fini par t'apaiser]... Effectivement.

Il me disait souvent : on va faire une expérience... De tenter comme une expérience pour se révéler un peu plus à soi-même aussi parce que, je veux dire, il y a bien des affaires qu'on ne se dit même pas à soi-même des fois... Alors ça, pour moi, aussi, c'était quelque chose de bien important, de dire, bien, regarde, on va essayer. Approchez-vous de moi. On était debout tous les deux. Puis là, il disait, bien, approchez-moi en me regardant 15 secondes. Mais juste le fait de m'approcher, c'était... Ah ! C'était

éprouvant... Cela a été fait sur de longues périodes [avant de t'apprivoiser vraiment au contact visuel avec ton psychothérapeute].

Capacité de ressentir et apprivoiser ses peurs. AB1 dit avoir toujours eu une capacité extraordinaire de sentir ce qui se passe dans son corps, notamment lors des exercices physiques en psychothérapie. Cependant, elle avait l'impression paradoxale de ne pas l'habiter. La psychothérapie lui a appris à apprivoiser ses peurs à la suite de quelques réactions ou douleurs physiques et à se donner du temps pour savoir ce qui se passe et y remédier efficacement.

C'est dans le contact que j'arrête de sentir... [à la suite de sa psychothérapie] ... J'arrive à être en contact avec l'autre physiquement. Je me sens moins vulnérable à l'autre. Je peux arriver à me protéger... Mais pas encore très à l'aise.

[...] Donc, je sentais très bien. Mais cette conscience-là, plus incarnée, faire en sorte, par exemple, que j'aie moins peur quand j'ai une douleur. Je vais avoir moins peur parce que pour moi, avant, c'était comme quelque chose de l'extérieur qui m'agresse... Donc, ce n'est pas quelque chose que je peux... je peux contrôler parce qu'il n'y a rien... j'ai mal, mais... je n'avais pas paniqué. Je vais dire, bon, j'ai mal digéré... On va prendre le temps de savoir que ce qui se passe... [Et non pas tout de suite alimenter la panique de dire : on m'agresse]. Exact.

Régulation affective plus efficace. AB1 a développé la capacité de différencier très nettement ce qui vient du passé de ce qui se passe au présent sur la base d'indices corporels. Elle constate qu'elle peut ainsi mieux réguler ses émotions et que ses souvenirs sont alors moins chargés émotionnellement : « [...] la cicatrice ne disparaît jamais, mais la douleur peut partir... Évidemment, comme j'ai eu la poliomyélite, j'ai encore plus une référence corporelle qu'il y a des choses qui ne partent jamais. »

Puis aussi, un autre effet, c'est de pouvoir le sentir de façon très, très nette et très consciente que, oups, ça, ça vient du passé. Je vis tout ça aujourd'hui... Une naissance parce qu'il y a quelque chose-là qui s'est passé ou qui a été dit ou une situation qui a fait... mais est-ce que c'est... ce n'est pas la même situation. Être capable de juger... Faire la différence entre ce qui se passe maintenant... et ce qui s'est déroulé dans le passé [...].

Bon parent pour soi-même. Ce qui semble le plus durable comme impact pour AB1, c'est d'avoir appris à être un bon parent pour elle-même, tout comme l'a fait son psychothérapeute pour elle. Elle a la nette impression d'être maintenant capable de s'apporter ce dont elle a besoin au lieu de se juger négativement.

Une capacité d'être mon propre parent. C'est ça qui fait que ça perdure après... Je suis capable maintenant, un peu comme mon thérapeute faisait avec moi. Je suis capable de le faire avec moi... C'est la pérennité des effets... C'est le plus durable... Parce que, déjà, durant la thérapie, vers la fin... que je devienne mon propre parent, se faisait tranquillement... Je peux prendre soin de moi au lieu de me taper sur la tête.

Amélioration des contacts interpersonnels. AB1 observe des changements notables dans ses contacts avec les autres. Au contact de son psychothérapeute, qui a su se montrer réconfortant et sécurisant, AB1 a fini par apaiser ses peurs face à sa mère qui la terrifiait en bas âge. Elle se dit maintenant plus capable d'exister, plus capable de s'affirmer, non pas juste intellectuellement mais aussi physiquement. Elle se sent moins vulnérable face à l'autre, quoique pas encore très à l'aise, et elle arrive à se protéger jusqu'à un certain point.

Bien, dans le contact dans des relations comme ça, je suis devenue moins intransigente, moins absolue, plus... humaine, dans le sens compréhensive... Je n'ai plus ces réflexes-là de vouloir couper [le contact à la moindre contrariété]... ce n'est plus blanc ou noir... Il y a un peu plus de nuances dans ce qui peut se passer dans le contact.

AB1 dit rester à une certaine distance qu'elle ne qualifierait pas d'intime. Toutefois, elle reconnaît son besoin d'appartenance, auquel elle répond adéquatement en sortant toujours aux mêmes places et en parlant avec les personnes qui lui sont devenues familières. Elle a ainsi l'impression d'exister davantage et elle entend bien élargir progressivement son réseau social.

C'est comme si je recrée le besoin d'appartenance que j'ai avec une certaine distance en allant... toujours aux mêmes places. Ils me connaissent... Il se crée une familiarité... [Tout en restant à une certaine distance qui n'est pas intime]. Exact... Mais ça fait que, là, j'existe plus... Mais tu vois, même ça, ce besoin-là de s'accrocher à un endroit... j'allais tout le temps là. Mais maintenant, je vais un peu partout. Disons que ma cour est un petit peu plus grosse.

Espace physique thérapeutique adéquat. AB1 souligne les éléments suivants concernant l'espace physique thérapeutique : confidentialité des lieux, sécurité et accessibilité. Pour AB1, il est important que personne ne puisse entendre ce qu'elle dévoile à son psychothérapeute, sinon elle s'autocensurerait pour ne pas qu'on la juge. Elle a aussi apprécié qu'il n'y ait pas beaucoup de monde qui circulait aux alentours du bureau.

Le fait que personne ne puisse nous entendre... là où j'allais, c'était un bureau puis ça servait juste à ça. Il n'y a pas d'autre monde qui circule là pendant que tu es là. Il n'y a pas... il n'y a personne qui peut entendre à côté... Puis je ne veux pas qu'on m'entende comme en bioénergie... quand on crie, quand on pleure, quand on frappe. Si tu penses que des gens, ils peuvent entendre à côté, je ne le ferais pas. En tout cas, je ne le sais pas... Il y a une autocensure qui s'installe... C'est quand tu sors, le monde... Ah ! C'est elle qui criait de même... C'est important.

[...] Insonorisée puis pas dans un endroit public... tu rentres là puis c'est ça. Il n'y a pas... il n'y a pas d'autre monde qui circule. Pour moi, ça, c'est... intime... je suis très peureuse. Je le suis moins, mais j'avais peur à peu près de tout, là. Je ne pense pas que je serais allée dans un quartier où ce n'est pas

facile d'accès. Par exemple... où il y aurait fallu que je prenne deux, trois autobus pour m'en rendre. Ça aussi, c'était l'accessibilité. Puis... Bien, c'est ça, un quartier qui est sûr. Confidentialité. Isolation.

Notion de durée. AB1 a pris contact graduellement avec son psychothérapeute et sur une longue période de temps : « C'était éprouvant... Cela a été fait sur de longues périodes ».

Puis, je sais que, moi, je n'osais pas dire aux gens combien de temps j'ai été en thérapie parce que je sais que, généralement, ce n'est pas accepté une si longue thérapie.

Notion de rythme. Le psychothérapeute d'AB1 a su suivre son rythme à elle dans la prise de contact et les ruptures de contact : 1) « Puis, c'est ça, le rythme, cela a été extrêmement important, extrêmement important »; 2) « Jamais je n'ai senti d'être pressée, d'être... Ça, pour moi, c'était important... Parce que j'aurais débarqué. ».

Mais après ça, il s'est assis avec moi, puis sur le matelas, ce n'est pas de sortir trop vite non plus de l'expérience... il la continuait pour... C'est comme un atterrissage [en douceur]... ne pas décrocher trop vite.

Synchronisme. AB1 dit de son psychothérapeute qu'il savait poser le bon geste au bon moment (synchronisme, *timing*) : « ... C'est pour ça que ça a été tellement significatif là, je veux dire. Il y avait tellement de la justesse, la présence au moment présent ». AB1 considère que son psychothérapeute a fait les bonnes choses au bon moment, ni trop ni pas assez, le bon rythme et le bon synchronisme (*timing*).

Puis là, je vivais des choses très, très fortes. Puis à un moment donné, il s'est assis lui aussi. Ça, c'est de *timing* aussi. Il y a le rythme puis le *timing*. Quand est-ce... il y avait toujours le bon *timing*... Puis pas trop de paroles... il faut régresser.

Choix d'une psychothérapie et étapes de vie. Du point de vue d'AB1, dépendamment dans quelle étape de vie les clients se retrouvent, le choix de psychothérapie n'est pas nécessairement le même. AB1 n'est pas certaine qu'elle serait à l'aise avec l'approche bioénergétique aujourd'hui (« Dans la vie, il y a aussi des étapes, il y a des approches qui correspondent plus... à ce qu'on est à ce moment-là. Je ne suis pas sûre que, maintenant, je sois aussi à l'aise en bioénergie. ») AB1 a aussi l'impression qu'il n'y a pas une psychothérapie meilleure qu'une autre : « Puis moi, j'ai l'impression qu'il n'y a pas une thérapie meilleure qu'une autre. C'est celle qu'il te faut au moment où tu es rendue. »

Travail thérapeutique en dehors du bureau du psychothérapeute. Un autre élément intéressant est le fait qu'AB1 souligne qu'un travail en séance thérapeutique ne se termine pas nécessairement à la fin de celle-ci.

Parce qu'une fois que tu es rendu chez vous, souvent, c'est là qu'il y a bien des choses qui se... qui continuent à se développer... en une heure, c'est comme si tu pêtes le plus, mais il va continuer à suinter pendant un petit bout de temps... À ce moment-là, tu te dis... c'est qu'on n'a pas construit encore soi-même assez de support pour se supporter soi-même.

Bilan de l'expérience significative

[...] c'est comme s'il m'avait mise au monde à l'intérieur d'une expérience positive, j'existe dans le bien-être et non la douleur... Je suis très détendue.

Pour AB1, le psychothérapeute semble avoir été le plus significatif, car il fait une grosse différence pour diverses raisons, telles que : 1) son approche thérapeutique; 2)

son respect des distances dont AB1 avait besoin; 3) son non conformisme; et 4) son souci de ne pas décrocher trop vite du contact entre elle et lui.

Ce qu'AB1 trouve important semble du même ordre et concerne son psychothérapeute : 1) son rythme; 2) l'absence de jugement à son égard; 3) la présence d'esprit du psychothérapeute de répondre adéquatement au besoin actuel de la cliente et savoir comment y réagir, 4) ses initiatives sous la forme de diverses expérimentations; 5) son aptitude à pouvoir jouer des rôles parentaux; 6) donner des explications sur ce qui se passait en entrevue; et 7) son accueil chaleureux, particulièrement dans un état de régression pour AB1.

AB1 s'attribue une part de responsabilité dans son expérience en psychothérapie, soulignant son plein engagement dans le processus, quoi qu'il se fasse à son rythme qu'elle qualifie de très progressif. AB1 dit avoir testé plusieurs fois son psychothérapeute avant de vraiment lui faire confiance. Sa prédisposition à vivre intensément son vécu en relation avec le psychothérapeute a permis, entre autres, l'émergence de souvenirs d'enfance physiquement vécus intensément lors des séances thérapeutiques.

AB1 parle de sa relation avec le psychothérapeute de façon très élogieuse et elle explicite clairement ce pourquoi elle la considère significative. Sans ce lien de confiance, AB1 ne se serait jamais autant engagée dans sa psychothérapie. À défaut de

cela, elle aurait fort probablement rompu tout lien avec son psychothérapeute rapidement, comme elle le faisait dans ses relations interpersonnelles antérieures.

Finalement, ce qui ajoute à l'importance accordée à son expérience significative en psychothérapie est le fait qu'elle a des impacts majeurs dans son quotidien. À titre d'exemples : 1) elle habite davantage son corps et elle ne se perçoit plus seulement comme très sensible mais apte à réguler plus efficacement ses peurs et ses douleurs; et 2) elle est maintenant capable d'être son propre parent, tout comme l'a été son psychothérapeute avec elle, et elle considère que c'est l'effet le plus durable.

En ce qui concerne l'environnement physique thérapeutique, AB1 considère que les conditions ont toujours été favorables. Ces conditions demeurent importantes pour elle, à savoir : la confidentialité, la sécurité et l'accessibilité. Toutefois, l'environnement physique thérapeutique n'est pas considéré par AB1 comme un facteur déterminant dans sa psychothérapie.

Entrevue avec la cliente AB2

Unités de sens

Réactivation d'enjeux personnels et relationnels du passé. Pour AB2, le terme « rien » prend une importance majeure dans sa vie : rien pour elle, rien avec ses parents, rien pour les enfants, « ... il n'y a rien autour de moi pour moi ... ». Dans son processus

thérapeutique, AB2 revit certains impacts de ce terme « rien » qui imprègnent toujours sa vie actuelle.

Sentiment d'inexistence. Dès son jeune âge, AB2 réalise que si elle ne fait rien pour elle, il ne se passe rien du tout. De plus, qu'il lui arrive n'importe quoi, rien ne bouge (« tout reste tel quel ») car ce n'est jamais bien important pour les autres.

[...] tu es jeune, tu es enfant puis tout ça, puis... déjà que si tu t'écrases, là, regarde, il ne se passera rien... Il n'y aura rien. Il y a... Qu'il se passe n'importe quoi à moi, tout reste tel quel... ça m'affecte beaucoup. C'est... Je dirais en lien avec... les parents, le milieu d'où je viens puis tout ça.

À une période de sa vie plus tardive, AB2 a contacté un grand vide : « un grand tout en dedans de rien ». Elle n'a eu d'autres choix que de s'activer et de bouger pour s'en sortir le mieux possible.

Il y a un bout dans ma vie ou est-ce que je ne me sentais tellement pas bien. Tellement... je fais quoi ici dans la vie, là. Moi là, je m'en vais où. Puis d'avoir contacté un grand vide, un grand tout en dedans... de rien, de rien. Que là, tu fermes le couvercle là-dessus sur... Pour continuer à... à s'énerver... à bouger, là.

Manque aux plans affectif et relationnel avec son père. AB2 parle de son père comme d'un homme autoritaire, explosif et austère, qui ne lui laissait aucune place : 1) tout est dit par le regard (« Mon père, c'est un homme très autoritaire. Il avait juste à me regarder et puis... tout, tout était dit... Puis tout est toujours non. »); et 2) il n'y a pas de libertés car tout doit rester sous contrôle (« Puis moi, ma spontanéité, je pense qu'elle était bien, bien, bien écrasée. ») Elle a assumé beaucoup de responsabilités pour

impressionner son père, qui ne lui a jamais dit qu'il était fier d'elle, même si sa mère témoignait qu'il le disait aux autres.

Oui. Puis, quand je regarde ça, là, je l'ai fait pour qui... Pour montrer. Moi, je pense que je l'ai fait pour mon père bien plus que pour moi, là... Je suis capable. Tu vas voir que je suis capable... Bien oui... puis... Et puis, il n'a jamais été... Il ne m'a jamais dit qu'il était fier de moi. Jamais, jamais... non... Je dirais, un petit peu moins. Bien, ma mère me disait tout le temps : Ah! Il le dit à tout le monde. Bien oui, mais pourquoi est-ce qu'il ne me le dit pas à moi.

Parce qu'effectivement, il n'y avait pas de liberté chez moi. Il n'y en avait pas. Tout était là sous contrôle... [de la rigidité]... Ah! Tellement. Tellement... On pouvait lire le dimanche une fois de temps en temps, sinon, c'était toujours sérieux... il y avait comme une austérité, là, plate, là.

Aptitude parentale limitée de la mère. Sa mère était sous le « mode faire », ne pouvant donner plus, ni sensible ni disponible au plan affectif. La mère d'AB2 a perdu sa propre mère à sept ans; cela a fait qu'AB2 est devenue le parent de sa mère, « quand je regarde... ma façon d'être un enfant, à quelque part... j'étais le parent de ma mère ». Elle a également joué ce rôle auprès de son unique jeune frère. Durant ses premiers mois de vie, AB2 ne cessait pas de pleurer. C'est un médecin qui a conscientisé la mère d'AB2 de veiller à la nourrir correctement et les pleurs ont cessé. Sa mère l'a nourrie physiquement mais toujours pas affectivement.

[...] je pense que maman n'était pas en mesure de répondre aux besoins du bébé. Elle était comme défaite. Je ne sais pas. Elle n'a pas faite de dépression en arrière de ça. Mais, elle n'était pas équipée. Il y a quelque chose qui faisait que ça ne passait pas. Puis ça s'est juste maintenu.

Manque de reconnaissance de la part des parents. Aucun des deux parents ne lui aurait offert du soutien pour quoi que ce soit : « [...] Une chose qui n'a jamais été

[renforcements ou encouragements] ... qui n'a jamais eu lieu... avec mon père ou avec ma mère, là... Chose qu'avant, je n'avais pas du tout, du tout. Je n'ai eu... je n'ai pas connu ça. »

Dévalorisation des enfants aux yeux des adultes de l'entourage. Les enfants ont peu d'espace car ils sont perçus comme des jeunes qui ne pensent pas et qui n'ont rien à dire (« Toute l'impossibilité de dire. ») Seuls les adultes peuvent parler car ils ont une sorte d'importance. Ses parents ne l'ont pas défendue quand sa grand-mère paternelle l'a rabrouée parce qu'elle parlait beaucoup. AB2 s'en souvient encore, « Ça fait que toi, tu es comme moins que rien. ».

À l'époque, ... les enfants ont peu d'espace... c'est les adultes... Eux, ils peuvent parler. ... ils ont comme une sorte d'importance. Les enfants, on dérange plus qu'autre chose... C'est comme si tu n'avais rien à dire... Tout le temps. Rien à dire. On ne pense pas grand-chose [...].

Résilience. Malgré ce contexte familial, AB2 a su faire preuve de résilience. À titre d'exemple, elle a su amadouer son père malgré son attitude austère et autoritaire. Elle lui coupait les cheveux et c'est le seul moment où il ne bougeait pas et qu'il était content. C'était des moments extraordinaires pour AB2. Elle a alors compris que, pour avoir un contact intime avec son père, elle devait faire des choses pour lui, car autrement elle n'avait rien.

Donc, papa, il aimait ça que je lui peigne les cheveux. Ça fait que... quand je faisais ça, ... c'était quasiment un rituel cette affaire-là. Puis, il m'autorisait à ce que je lui peigne les cheveux... c'était de cette nature-là. Puis pendant ce temps-là, il ne bougeait pas puis il était content. Alors, moi, là, j'avais... Là, c'était extraordinaire... Oui. C'est juste comme ça qu'on pouvait l'amadouer.

Malgré ce climat familial plutôt lourd, AB2 se décrit par moments comme une jeune fille enjouée et excitée, une petite fille qui parle beaucoup et qui prend plaisir à certaines choses.

[...] je suis dans la voiture avec mes parents, la grand-mère est là, la mère de mon père est là. Maman, mon frère. On s'en va. Je suis tout excitée. Je... me souviens de cette excitation-là que j'avais en dedans. On s'en va. C'est un dimanche. On s'en va chez les cousins et cousines que j'aime beaucoup. Puis, il y a un lac. Puis, on va se baigner puis ça va juste être le fun.

Attitudes de départ en psychothérapie. AB2 aborde sa psychothérapie de différentes façons. En premier lieu, elle arrive avec ses objectifs professionnels en dessous du bras (p. ex., faire en sorte que ses limites personnelles n'entravent pas l'exercice de sa profession) et elle organise le déroulement de sa psychothérapie (« [...] je suis consciente que la première année que j'étais en thérapie, moi, j'arrivais avec mes objectifs en dessous du bras, là... j'organisais ça, là. Mais j'organisais. C'est ça. »). En deuxième lieu, le travail thérapeutique l'a amenée à vivre intensément ses enjeux personnels et relationnels et elle a brisé ses résistances. La psychothérapie prenait alors un tout autre sens et s'est avérée riche en expériences, ressentis et conscientisations.

[...] la différence, c'est que j'ai pu aller... me laisser aller complètement dans... dans les sanglots puis dans... le support que... que cette dame-là m'a donné au moment où je m'écrasais, où je m'effondrais, je pense que c'est plus... c'est plus les enjeux que j'ai, ... d'effondrement [...].

Intuition. Pour AB2, son intuition est une valeur sûre. Elle peut compter sur elle en tout temps. Elle lui fait prendre les bonnes décisions et c'est tout le temps sa vérité et la bonne, peu importe où ça arrive et quand ça se produit.

[...] et peu importe où ça arrive, où ça se produit, c'est tout le temps ma vérité. Puis, elle est la bonne... Aucun doute sur... sur ce volet-là... Pour moi, l'intuition, ... ça fait juste monter... Ce n'est pas rationalisé. C'est juste... la bonne affaire. Puis, je vais comprendre après. Pour le moment... Ça l'a à *popper* [émerger]. Ça va monter. Puis c'est tout... Puis ça... va se placer.

Je me reconnais beaucoup d'intuition... je me laisse porter par l'intuition... Puis à chaque fois, c'est... ce qu'il fallait faire... c'était comme... c'était la bonne affaire pour moi.

Habiletés relationnelles optimales de la psychologue. AB2 décrit sa psychologue comme étant sensible, attentionnée, rassurante, disponible, stimulante, et non « jugeante ». Elle s'est montrée permissive et non explicative (« ne pas m'expliquer le pourquoi et le comment »). Elle démontre une grande sensibilité à l'autre et elle se laisse émouvoir par sa cliente (« Une grande sensibilité à l'autre... dans le regard. ») Elle affiche une résonance affective juste auprès d'AB2.

[...] Je sens sa présence et je sens qu'elle comprend... Je la regarde, puis... elle est là... elle... ressent. Elle comprend... ce qui est en train de se passer puis tout ça... Son visage... sa présence, l'émotion que tu vois chez l'autre... qui... qui est touchée parce que toi, tu vis. Elle n'est pas... pas froide. Elle n'est pas juste une oreille... C'était vrai. Oui. C'était... Je n'avais pas de doute à savoir que la personne est... est touchée par ce qui se passe là.

Favorisation d'une ouverture face à sa propre expérience. Les qualités de sa psychologue favorisent une ouverture à l'expérience chez AB2 : une grande liberté de

dire et de sentir, une aptitude à reconnaître et conscientiser ce qui est important (« [...] cette capacité-là d'être vraiment présente à l'autre... qui favorise... la liberté de dire ou de juste... sentir des affaires. »)

Je vais parler pour moi, quand tu oses encore là... il faut que tu te donnes la permission d'aller voir... c'est sûr que ça se peut... que tu aies peur... qui fait que tu n'y vas pas. Mais... l'analyse bio permet de... ce n'est pas toujours des grosses affaires flamboyantes. Ce sont des micromouvements. Ce sont des petites choses qui font... que l'autre t'aide à... aller en douceur pour contacter... Puis on ne comprend pas tout [...].

Perspicacité de la psychologue. Elle est attentive à ce qui est subtil : 1) « ... voir des affaires que même moi, je ne vois pas »; et 2) « [...] ce que je vivais, elle le saisissait bien... et elle m'aidait à mettre en mots et à comprendre ».

Approche globale de la psychologue. La psychologue d'AB2 possède un langage corporel et verbal soutenant et réconfortant (p. ex., elle peut utiliser le contact physique à des fins thérapeutiques). AB2 a conscientisé avec un premier psychologue sa tendance à garder le contrôle, à son grand étonnement (« ... je ne me percevais pas comme ça... si contrôlante puis tout ça »). Elle était alors convaincue intérieurement que, si elle tombe, il n'y a personne qui va être là pour elle (« [...] Il y a du rien... Il faut que je me tienne toute seule... Bien, parce qu'il n'y a personne. Il ne faut pas que je lâche. »). Sa

psychologue l'a amenée à vivre intensément ses enjeux personnels et relationnels et à briser ses résistances.

C'est wow! ... Je ne l'avais jamais vu ... sous cet angle-là... Bien, ça ne venait pas du cerveau... C'est du senti qui est monté. Un constat gros comme la maison. Comment c'était : wow! C'est ça... c'est ça qui me tient parce que sinon... sinon, ... je n'aurais pas été si loin. En tous cas, cela a été le... je dirais une belle révélation à quelque part.

Cette façon de travailler en analyse bioénergétique favorise l'émergence de contenus difficilement accessibles par la parole uniquement et sort la cliente de ses automatismes. Pour AB2, cette approche souligne l'importance de regarder l'autre globalement tout en tenant compte des petits détails. Elle n'est pas juste une vue de l'esprit (« ...Ça casse... la pensée, là. ... Ça te met ailleurs. »). Elle t'amène à sentir corporellement ce que tu verbalises et peut procurer un sentiment de libération, de déchargement ou de légèreté à la fin du processus thérapeutique.

[...] Puis ce n'est tellement pas important de comprendre tout de suite... parce qu'on n'est pas prêt à l'entendre, moi, je pense. Mais si on est capable... de sentir puis tout ça, ... à ressentir... c'est comme si tu deviens vivant. Tu arrêtes... d'être sur l'automatisme.

[...] quand... je dis au fur et à mesure, je me sens tellement plus légère. Je suis capable de voir... dans mon corps que je ne porte pas le monde sur mes épaules... c'est... c'est plus allégé. Et ça, je trouve que c'est... En tout cas, l'analyse bio... dans sa façon de travailler, a mis ça en perspective... c'est... ce n'est pas juste une vue d'esprit. Ce n'est pas juste : Ah! Tu vas te sentir bien quand tu dis des choses. C'est au-delà de ça. C'est : je me sens même bien... corporellement... physiquement, je me sens bien. Puis, plus légère, plus de bonne humeur.

[...] les mots disent quelque chose, le reste, ... tu es à des années-lumière. Il se passe d'autres affaires... il y a de l'information, c'est sûr, quand on peut voir, mais ça ne circule pas. C'est bloqué. Il y a un monde à découvrir.

Apprivoisement de la peur du lâcher-prise à l'aide de sa psychologue. AB2 a davantage appris à lâcher prise, s'abandonnant complètement dans ses sanglots. À ce moment-là, AB2 réalisait ses enjeux d'effondrement et ses peurs. Le soutien de sa psychologue lui a permis d'apprivoiser ses peurs du lâcher-prise, saisissant que maintenant, si elle tombe, elle peut se relever en comptant sur elle ou sur une personne significative.

Puis, la différence, c'est que j'ai pu aller... me laisser aller complètement dans... dans les sanglots puis dans... le support... que cette dame-là m'a donné au moment où je m'écrasais, où je m'effondrais, je pense que... c'est plus les enjeux que j'ai... d'effondrement... Il y a du rien... Il faut que je me tienne toute seule... Bien, parce qu'il n'y a personne... Oui. Il y a quelqu'un [sa psychologue à ce moment-là]... C'est ça. C'est comme juste : wow! Je me suis allongée, c'est le cas de le dire en tout cas.

Je vais parler pour moi, quand tu oses encore là... il faut que tu te donnes la permission d'aller voir... c'est sûr que ça se peut... que tu aies peur... qui fait que tu n'y vas pas. Mais... l'analyse bio permet de... ce n'est pas toujours des grosses affaires flamboyantes. Ce sont des micromouvements. Ce sont des petites choses qui font... que l'autre t'aide à... aller en douceur pour contacter... Puis on ne comprend pas tout [...].

Relation favorisant le dévoilement de soi. L'accueil de sa psychologue a favorisé qu'AB2 se dévoile davantage.

J'avais besoin de... ce que je vivais, on n'essayait pas de m'expliquer le pourquoi du comment que ça a fait ça... C'était plus : oui... je te reçois là-dedans. C'est... terrible... C'était permissif. Ce n'était pas explicatif. C'était permissif. Ça fait que... parce que ça, là... ça, ce n'était tellement pas possible [auparavant]... laisse-toi aller.

Meilleure autorégulation. Progressivement, AB2 réalise l'importance de vivre l'expérience et non pas seulement la rationaliser. À la suite de ses acquis en psychothérapie, elle s'autogère mieux qu'auparavant. Elle réalise qu'il est important que

sa tête soit alignée avec son corps (p. ex., penser à repositionner sa tête, alignée avec le reste de son corps, comme elle l'a appris en psychothérapie). Cela l'est aussi symboliquement dans le sens de moins rationaliser, de lâcher prise plutôt que de toujours contrôler, de sentir et non pas seulement réfléchir. Au départ, AB2 a eu un choc de réaliser à quel point elle pouvait se montrer contrôlante.

[...] Ajouter à cette expérience-là... quand je fais ça, c'est vraiment tout le corps, incluant la tête qui... se met... à bouger puis tout ça... à chaque fois que je fais... ces mouvements-là, ... je m'autogère. En tout cas... je... m'autoanalyse. Ou en tout cas, ... j'en fais des bouts de mon bord... ma tête, ... elle parle beaucoup. Elle va au-devant. Ça fait que... l'importance... de me remettre, c'est ça, ma tête sur mes épaules... puis de sentir, est-ce que ça fait du sens dans ce que j'entends... [ta tête alignée avec le reste du corps]... Oui.

Mieux prendre soin d'elle et se faire plaisir. AB2 porte un nouveau regard sur elle en ce sens qu'elle a contacté la petite fille au-dedans d'elle, qui était triste et à l'envers, ainsi que la partie adulte en elle, qui peut maintenant s'occuper d'elle différemment.

Plutôt que de répondre aux demandes de tout le monde, AB2 apprend progressivement à se faire plaisir concrètement. Par exemple, elle s'est inscrite à des cours de perfectionnement en natation. Cela lui procure une grande joie : « [...] C'est comme si je m'appartiens toute... je suis avec moi totalement... Ah ! Oui. Je suis présente... Je suis bien... je suis plus volubile... je ne dirais pas une fébrilité. Ce n'est pas vrai, là, mais, quelque chose de libre, libre. ».

Parce que j'ai l'impression que je ne suis pas... Je suis très sérieuse... plus souvent qu'autrement... dans ma vie point. Et rire, c'est tellement le fun

rire... lâcher son lousse puis tout ça. Puis je trouve que ce n'est pas si présent que ça dans ma vie, là... [Pas autant que tu aimerais.] Exactement. Il me semble de rire un petit peu à tous les jours, ce n'est pas trop pire. Ça pourrait être possible.

Meilleure gestion de sa colère. D'une part, d'avoir connecté avec son expérience de petite fille, où c'était impossible de dire quoi que ce soit, AB2 a ressenti vraiment toute cette colère et cette agressivité qu'elle portait alors. En ayant plus accès à celles-ci actuellement, son défi est d'apprendre à les exprimer correctement et à la bonne personne plutôt que de rester aux prises avec celles-ci.

Augmentation de l'expression immédiate. Le travail du lâcher-prise en psychothérapie a élargi ses horizons, en ce sens qu'il a activé plus fortement sa capacité de s'exprimer dans l'immédiateté, pas seulement dans son travail mais aussi pour elle-même dans sa vie privée.

Mais cet élément-là... du lâcher-prise... a élargi possiblement puis, il a mis peut-être plus en place... ce besoin-là... plus fort qu'avant [de s'affirmer] ... Oui. [Si je lâche prise, je lâche prise à m'étouffer moi. Et je vais m'exprimer.] ... Oui. C'est bien dit. Oui. Comme ça... [C'est une lutte qui se poursuit.] ... Je dirais quand même quotidienne... Ou en tout cas... ce n'est pas naturel... il faut y travailler, mais en même temps, quand je me le donne ça... quand je dis au fur et à mesure, je me sens tellement plus légère. Je suis capable de voir... dans mon corps que je ne porte pas le monde sur mes épaules... c'est plus allégé [...].

Plus authentique dans ses réponses aux autres. Au départ, AB2 avait tendance à prendre beaucoup de responsabilités sur ses épaules, même si cela l'importunait grandement, convaincue qu'elle y arriverait tout de même. Maintenant, elle se donne une marge de manœuvre, à savoir prendre le temps de déterminer ce qu'il lui convient de

prendre ou pas à sa charge et de réfléchir avant de dire oui ou non (« j'essaie de me donner un espace... Pour prendre le temps de donner... la vraie réponse ultimement. Pas la réponse qu'on attend. Pas la réponse pour faire plaisir à l'autre... parce que j'ai tout le temps fait ça. ») Ce n'est pas encore tout à fait acquis, ni automatique, mais elle le fait de plus en plus.

Pas que je ne suis pas consciente, mais c'est... j'en ai trop dans ma vie. Ça ne marche pas. Moi, je n'existe pas... j'ai un peu trouvé quelques clés qui fait que moi, j'arrive... à me décharger, à être plus près de qui je suis. Mais si je ne me le donne pas ... Je retombe dans... Ça fait que... c'est à moi de me le donner. Puis ça... ce n'est pas toujours facile... de le faire. Mais j'ai au moins des outils... Un équilibre.

Environnement physique thérapeutique peu influent. L'environnement physique thérapeutique (bonne ambiance, confort) semble avoir favorablement prédisposé AB2 dans son processus thérapeutique. Toutefois, cette influence ne semble pas avoir été un facteur très déterminant sur le processus thérapeutique d'AB2.

Il y avait un beau cadre... l'espace où on travaillait puis tout ça, c'était confortable... il y avait de l'espace. C'était un beau cocon... quelque chose... d'invitant, là, dans ce sens-là... Je suis sûre que je ne devrais pas travailler dans les bibittes, là.

[...] Puis à quelque part, ce [l'environnement] n'était pas bien, bien important... J'étais comme plus capable... de faire abstraction de ça... Ça dispose... il y avait quelque chose... de très ouvert... Pour moi en tout cas, ça ajoutait... à mon bien-être.

Apprivoisement graduel du processus thérapeutique. Il a fallu un certain temps à AB2 pour s'apprivoiser au processus thérapeutique et s'y engager pleinement, n'étant pas en situation de crise au départ. (« À quelque part, ... longtemps, j'avais tendance à faire ça aussi. Je gérais l'autre... Le temps. »)

Importance de pouvoir prendre son temps. Une importance est accordée par AB2 au fait de ne pas se sentir bousculée dans son processus thérapeutique et ainsi prendre le temps nécessaire pour finir en douceur (« Puis... le temps ne compte pas... il y a comme une bulle... Il y a une bulle là... qui est réconfortante. »).

C'est sûr qu'elle va s'assurer que je... je repars... que je reparte sur mes deux jambes puis correcte. Je ne sentais pas que... qu'elle ne me bousculait pas. Je ne sentais pas..., j'avais le temps de récupérer puis de revenir.

Plein engagement. AB2 a fait preuve de courage pour vivre une expérience émotionnelle intense et en présence de sa psychologue. L'entrevue d'AB2 a permis de dégager certains propos qui dénotent de sa part un investissement marqué dans sa psychothérapie : 1) s'abandonner profondément à ses sanglots; 2) vivre une émotion pure; 3) connecter avec ce qui est là; 4) prendre des risques à toucher ce qui n'est pas évident au départ; 5) vivre l'expérience physiquement et pas seulement intellectualiser; et 6) se laisser aller dans le mouvement et sortir de ses automatismes, et ce, en présence de quelqu'un.

Puis c'est sûr, qu'il y a eu, je dirais, pas sur le coup, là, j'étais comme juste... juste dans l'émotion pure... C'est toujours comme la petite fille... qui était triste, à l'envers... Je suis grand-mère... je suis encore petite fille.

[...] si je regarde les contrecoups... de ce... dévoilement ou en tout cas, de... connecter réellement avec... ce qui est là puis... Que ça ne passe pas par le cerveau. Je ne sais pas. Je dis ça, mais... que ça fait juste se vivre... Bien, ce ne venait pas du cerveau... c'est venu... C'est du senti qui est monté. Un constat gros comme la maison. Comment c'était : wow! ... c'est ça qui me tient parce que sinon... sinon... je n'aurais pas été si loin. En tous cas, cela a été... je dirais une belle révélation à quelque part. D'avoir fait.

[...] puis moi, c'est comme s'il fallait tout le temps me *primer*. Pour comme que je lâche... que je lâche tout mon rationnel et puis tout ça comme pour me laisser aller dans... le mouvement, dans les battements de jambes ou...

le son ou en tout cas, tout ça, qui faisait... qui me contactait avec... qui tu es... quand tu oses encore là... il faut que tu te donnes la permission d'aller voir... c'est sûr que ça se peut... que tu aies peur ou... qui fait que tu n'y vas pas.

Bilan de l'expérience significative

C'est que j'ai pu... me laisser aller complètement... dans les sanglots puis dans... le support que... cette dame-là m'a donné au moment où je m'écrasais, où je m'effondrais, je pense que c'est plus... les enjeux que j'ai... d'effondrement.

La contribution d'AB2 au processus est essentielle. Elle se manifeste par son implication, sa résilience et son intuition, et elle se déroule en plusieurs étapes. Elle a d'abord cherché à tout contrôler, pour ensuite faire l'apprentissage du lâcher-prise. Elle s'est engagée pour des raisons professionnelles (« Donc, il faut que je connaisse mes bibittes pour ne pas les mêler avec le voisin. »), puis graduellement pour des motivations d'ordre personnel. Elle adopte alors des attitudes constructives, telles que : 1) « relâcher son rationnel »; 2) « se laisser aller dans le mouvement et contacter qui elle est »; 3) ressentir ce qui se passe en elle sans nécessairement comprendre sur le champ de quoi il en retourne; et 4) réaliser plusieurs prises de conscience lors de son parcours thérapeutique (p. ex., ce fut un choc de réaliser à quel point elle pouvait se montrer contrôlante). AB2 compte bien sur son intuition pour la guider dans son cheminement personnel, la considérant comme une source de vérité.

Tout comme AB2 a su trouver une manière d'aborder au plan affectif son père plutôt rébarbatif au départ, sa résilience lui a permis de retrouver en psychothérapie sa

partie enjouée en elle. Elle retrouve graduellement son effervescence d'enfant, sa spontanéité, sa bonne humeur et sa joie de vivre dans son quotidien. Elle en vient à se départir de ses peurs d'être jugée et de son côté trop sérieux dans sa vie. Elle réalise que cela lui appartient d'organiser son temps différemment si elle veut « rire au quotidien ».

L'apport majeur de sa psychologue a trait à sa présence de qualité. Elle fait ainsi preuve d'une belle résonance affective : rassurante, sensible, compréhensive et attentionnée. AB2 attribue une grande valeur à l'approche thérapeutique de sa psychologue, considérant que celle-ci n'est pas juste une vue de l'esprit. Elle l'a amenée à sentir corporellement ce qu'elle verbalisait et lui a procuré un sentiment de libération, de déchargement et de légèreté à la fin du processus thérapeutique. Cette façon de travailler en analyse bioénergétique a favorisé chez AB2 l'émergence de contenus difficilement accessibles par la parole uniquement et l'a sortie de ses automatismes.

Pour AB2, le travail avec sa psychologue l'a amenée à vivre intensément ses enjeux personnels (p. ex., peurs de s'effondrer) et relationnels (p. ex., peur qu'on la laisse tomber) et à briser ses résistances (p. ex., ne plus chercher à tout contrôler). AB2 réalise l'importance de vivre l'expérience et non pas seulement la rationaliser, ce qui l'aide à mieux s'autoréguler affectivement.

Cette relation de confiance lui a également permis d'appivoiser ses peurs du lâcher-prise (« [...] Là, ma tête ne pouvait plus *toffer* [endurer], elle ne pouvait plus

tenir. Ça fait que j'ai lâché. Et j'ai braillé. En tout cas, ... comme ça faisait longtemps [...] »). Elle a acquis la conviction que si elle tombe, elle peut se relever en comptant sur elle et sur une personne significative.

Cette expérience significative l'est d'autant plus qu'elle a eu des répercussions majeures dans sa vie, dont les suivantes : 1) actualiser son besoin de s'affirmer, non pas pour les autres mais pour elle-même (« il y a comme un monde de différences », dit-elle); 2) donner sa réponse avec plus de spontanéité et pas nécessairement celle que l'on attend d'elle; 3) se donner plus d'espace pour elle (p. ex., se faire plaisir en prévoyant du temps pour nager); 4) lâcher prise plutôt que de chercher à toujours contrôler; 5) sentir et non pas seulement réfléchir (elle se sent alors plus légère car elle « ne porte plus le monde sur ses épaules »); 6) cesser de s'étouffer elle-même lorsqu'elle ressent une émotion forte; 7) plutôt que de répondre aux demandes de tout le monde, AB2 apprend progressivement à se faire plaisir concrètement; et 8) de ressentir davantage ses émotions en psychothérapie fait en sorte que ses expériences deviennent moins chargées émotionnellement au quotidien.

Entrevue avec le client G1

Unités de sens

Réactivation d'enjeux personnels et relationnels du passé

Blessures au plan narcissique persistantes. En ce qui concerne G1, il semble porter depuis longtemps des blessures au plan narcissique, qui se traduisent par un

sentiment de honte (sentiment d'être « défectueux, démuné, pas à la hauteur de ... »). Ce sentiment l'a longtemps poussé à en faire beaucoup pour les autres, dans le but de compenser son manque de reconnaissance. Ce même sentiment s'actualise dernièrement par des doutes qu'il entretient concernant son rôle de père, ayant tendance à se dévaloriser à ce sujet (p. ex., ne pas se sentir suffisamment présent au plan affectif et cantonné dans un rôle de pourvoyeur).

Et là, c'était beaucoup en fonction... de la honte aussi. La honte de... comment je peux me sentir... Là... je vais parler au passé, mais à ce moment-là, comment je me sentais honteux sans en être si conscient que ça. Hein? Une espèce de... perfectionnisme qui avait été mis en place pour ne pas trop ressentir la blessure narcissique et la honte. Mais toujours ce sentiment... de ne pas être correct et puis... Il y a un essoufflement... d'être obligé d'en faire tellement pour avoir le sentiment d'être correct... et ce sentiment d'incorrect, là, de défectuosité [...].

Schémas relationnels contreproductifs. G1 est en mesure de décrire ses schémas relationnels et en quoi ils sont contreproductifs, en ce sens qu'ils l'éloignent de la relation à l'autre : « [...] comme d'habitude, je me contentais d'être conscient de quelque chose, de le déposer, mais de ne pas nécessairement aller plus loin parce que c'était... c'était plus engageant sur le plan affectif... ».

[...] Sans nécessairement... tout foutre en l'air avec mon agressivité, là. Je suis plus conscient... quand l'agressivité devient trop en... en figure, là, c'est là que... j'apprends encore en thérapie... à me retirer avec élégance et dignité, quitte à mieux y revenir ou simplement... pour le moment, c'est mieux que je m'en aille [...].

Accueil adéquat de la part du psychologue. Le psychologue accueille favorablement la demande de G1, que ce dernier traduit ainsi : 1) Est-ce que je peux être ce que je suis devant toi?; 2) Puis-je apparaître dans quelque chose de simple?; 3) Puis-je

être vulnérable?; et 4) « Dis-moi que je suis correct et qu'il y a de l'espoir pour moi. ». Sans que tout cela soit dit verbalement, c'était ce qui animait G1 avant cette rencontre et ce qu'il a ressenti en présence de son psychologue.

Et moi, j'ai vu... un regard... Parce que ma demande, c'est « est-ce que je peux être ce que je suis devant toi ». Puis... être accueilli... j'ai senti un grand inconfort, un split, un split dans le sens qu'il a répondu adéquatement... plus qu'adéquatement, ... à ma demande, mais un grand inconfort à recevoir, de lui... Et on a travaillé ça un petit peu. Et c'était là qu'il me demandait à une coupe de reprises de le regarder.

Présence constante de la part de son psychologue. Le psychologue offre une présence constante sans qu'il y ait beaucoup de mots. Cela impose un rythme plus lent pour G1, qui habituellement se réfugie dans les mots à un rythme plutôt accéléré, pour ne pas trop ressentir et se protéger de sa vulnérabilité et de son vécu émotionnel. Durant la séance, G1 parvient progressivement à prendre contact par bribes avec son vécu émotionnel et son psychologue simultanément.

Si on regarde dans les compétences, là, pas beaucoup de mots, beaucoup de contacts... Visuels. Une distance... plutôt proche, là. Et pas trop de réflexions... Et qui peut être insécurisant au début puisqu'il n'y a pas beaucoup de mots alors que je suis accoutumé avec les mots pour ne pas trop ressentir. Alors lui, il ne nourrit pas... *the gift of the gab* en bon français. Il ne nourrit pas cette partie-là de moi, là, qui pourrait s'accélérer puis pour se protéger, il parle... Mais ce qui m'a frappé, ce que j'ai retenu et ce qui est... ce que j'essaye... d'inculquer à moi, c'est toute la force de la lenteur... de la lenteur pour que je le regarde... parce que c'était ça ma demande... comme d'habitude, je me contentais d'être conscient de quelque chose, de le déposer, mais de ne pas nécessairement aller plus loin parce que c'était... c'était plus engageant sur le plan affectif... Parce que j'avais beaucoup de tristesse. Donc, c'était comme beaucoup de difficultés à rester en contact.

Habilité du psychologue de créer et maintenir le contact entre eux. Le psychologue a su solliciter un contact visuel avec G1 au rythme de ce dernier et sans pression qu'il le fasse contre son gré. S'il en avait été autrement, il eut été facile pour G1 de tomber dans ses vieux schémas et de s'obliger à faire ce que lui demande le psychologue (p. ex., s'obliger de performer en prenant contact même si cela ne lui convenait pas). Ce qu'il n'a pas fait lors de cette entrevue, car le psychologue a su le soutenir d'une manière emphatique dans ses moments de retrait, tout en maintenant le contact avec G1 en tout temps.

Oui. Mais en même temps, j'étais content quand il venait me chercher parce que ça... c'était quelque chose que je connais, ça, de partir. Et c'est comme un petit peu obligeant de revenir. Ça me ramène à : Comment est-ce que je reviens? Est-ce que je reviens...? Comment est-ce qu'on me ramène? ... plutôt que : oui. Il faut que je revienne... Ce que je peux très bien faire, là, parce que je... j'ai appris ça. Mais il n'y avait pas de ça. Il n'y avait pas de ce... de jouer quelque chose d'autre, là [...].

De plus, le psychologue relance régulièrement G1 pour qu'il rétablisse le contact, une fois qu'il eut été rompu, à un moment et à un rythme opportun en fonction des besoins paradoxaux de ce dernier. Tantôt permettre à G1 de se retirer du contact, tantôt le défier de prendre contact dans le moment présent en lui posant des questions du genre : Est-ce que tu me vois? Qu'est-ce que tu vois de moi? Comme s'il permettait à G1 de répondre à son besoin de se retirer mais tout autant à celui de revenir. Cette invitation est perçue par G1 à travers le langage non-verbal du psychologue, dont il se souvient encore : son ton de voix, son regard, un contact visuel constant, une distance plutôt proche et sa posture l'invitant chaleureusement à garder contact avec lui.

Moi, je suis apparu pas mal vulnérable devant lui... Oui. C'est comme s'il m'a permis d'associer, mais il m'a permis aussi... Il m'a challengé à revenir dans le moment présent aussi. Est-ce que tu m'as vu? Est-ce que tu me regardes? Qu'est-ce que tu as vu? Comme tranquillement... J'ai bien apprécié sur le coup. C'est un peu dérangentant [...].

Utilisation appropriée de l'espace par le psychologue. Le psychologue utilise judicieusement l'espace entre lui et G1. À titre d'exemple, en demandant à G1 de se rapprocher, G1 a senti que le psychologue était prêt à l'accueillir et que c'était ici et maintenant le bon moment d'établir un contact.

[...] la position. Je me souviens que [mon psychologue] m'a demandé de me rapprocher un peu et que là, on était plus en angle... L'angle favorisait... en tout cas, pour moi, la prise de risques... par rapport à ma peur, là, c'est comme si... Ça se fait assez vite, admettons... Ce face-à-face et... la posture qu'il prend... Je l'ai saisi assez vite qu'il était prêt puis que : *time is now*.

Transmission efficiente de connaissances par le psychologue. G1 fait preuve d'une bonne intégration des concepts gestaltistes, non seulement au plan théorique mais aussi dans son vécu expérientiel en psychothérapie. Il est entre autres question d'un ajustement créateur et d'une réparation de ses schémas relationnels nocifs.

[...] l'autre lien avec la PGRO... l'ajustement créateur, ça a été d'oser apparaître vulnérable devant la figure d'autorité et de ne pas me sentir *cheap*... sentir que j'avais pas besoin de me justifier. Il y a... Donc, pour moi, là, à ce niveau-là, ça, c'était... un bel ajustement qui n'était que le début de d'autres ajustements.

C'était vraiment la gestalt... c'est quelque chose ... que j'ai parlé puis que là, elle est expérimentée... Donc, c'est vraiment un processus... [un] mouvement. Sachant bien qu'à chaque fois, je le saisis un peu plus vite. Je m'ajuste d'une façon un petit peu plus créative... dans le sens de... J'essaie des affaires. Je vais prendre le risque d'y aller vers la personne. Je vais prendre le risque si elle est importante pour moi, de dire, « oups » ... quand je dis un « oups », pour moi, le « oups », c'est un témoignage de la

réparation. « Oups », l'autre existe. « Oups », [je] ne reste pas dans mes vieilles cochonneries [dans ses schémas relationnels nocifs].

Moment solennel entre le client et son psychologue. G1 fait référence à sa séance de psychothérapie comme d'un moment solennel, « à l'intérieur d'un dôme où il y trouve synchronicité et résonance ». G1 considère être demeuré digne même s'il est apparu vulnérable et qu'il a exprimé ses émotions (peur, peine) face à son psychologue qui, pour sa part, le valide en cela : « [un moment] plutôt enveloppant... sacré et solennel, effectivement... moi, je retiens ça... après, j'étais comme reconnaissant que ça avait été solennel et que je l'avais bien apprécié. »

Moment intense entre le client et son psychologue. L'intensité du contact entre le psychologue et G1 semble être le véhicule privilégié par lequel G1 surmonte sa honte et sa gêne. Il apprend à être vulnérable et digne tout à la fois, au risque de provoquer ce qui par ailleurs le rend si inconfortable : une relation validante pour lui. Son psychologue a su moduler le contact d'une manière à ce que G1 reçoive une réponse gratifiante à sa demande, une réponse qui le rendait parfois même inconfortable, n'osant pas encore y croire apparemment.

[...] j'ai senti que cette fois-là, je me suis donné suffisamment d'importance pour lui demander ça et j'ai senti que... j'ai toujours eu cette petite gêne. C'est comme si j'étais tanné de l'admirer, de l'idéaliser... je voulais, là, dans d'autres choses que sa grandiosité, là... parce que ça, c'était ma représentation à moi. Donc, le fait que je lui demande une question comme ça, on n'est pas trop longtemps dans le cognitif. Alors, ça m'a permis de descendre, de vivre tout l'inconfort du contact puis de me sentir validé dans cette expérience-là. Puis comme d'avoir de quoi de suffisamment positif pour vouloir continuer à travailler ça... Mais c'est comme si... j'ai ressenti... bien... « Tu es déjà assez pour moi, tu es déjà correct pour moi. »

... je ressentais un « Bien, voyons donc. », mais pas dans le sens critique...
 « Je pense que tu t'es assez fait mal avec ça, là. » ... Et que, moi, je ne sente pas le besoin, là, de pédaler pour être à la *fucking top* [à la hauteur]. C'est comme : il n'y a pas d'hauteur, là. On est déjà à terre, là, puis... ce n'est pas qu'il ne l'a pas fait avant, mais c'est que là, moi, j'étais plus prêt, je pense, ... Je n'étais pas à la même place... Je n'ai pas à l'impressionner... c'est... une grosse... *unfinished business* [situation inachevée] qui était amenée [...].

Fierté d'avoir pris des risques. Dans son expérience, G1 est fier d'être tout de même apparu vulnérable devant le psychologue, qu'il considère comme une figure d'autorité et qu'il idéalise, sans nul besoin de se justifier ni de se sentir « *cheap* » (honteux). G1 a fait preuve de détermination et de persévérance qui, au bout du compte, l'ont servi grandement puisqu'il a créé un contact avec son psychologue particulièrement satisfaisant, voire inconfortablement bon, malgré son ambivalence du départ. G1 saisissait tout de même que ces demandes visaient à ce qu'il se sente validé par son psychologue. Il y avait suffisamment de positif entre eux pour vouloir continuer à travailler avec ce dernier, car il se devait de rester dans le senti [l'émotion] et dans sa vulnérabilité.

[...] Inconfortable par bouts. Inconfortable parce que... Pour moi, je parle, là, inconfortable parce qu'il ne suscitait pas la réflexion. On restait plus dans le senti, dans la vulnérabilité, sentir, dans cette expérience... il y avait un inconfort. Je pense que c'est de là mon besoin de... dissocier, mais on est restés là [dans le contact].

Sans aucune idée de là où cela le mènerait, G1 se montre fier d'avoir pris le risque de demander au psychologue d'avoir un tête-à-tête avec lui dans un moment de grande vulnérabilité et d'y être parvenu.

C'est tout sauf banal comme expérience... Il y a deux choses. D'abord, j'ai osé apparaître dans [ma] vulnérabilité en lui demandant de me voir, en ayant

de la difficulté à être vu et en étant ramené tranquillement dans mon besoin, celui d'être vu par quelqu'un... [Que tu idéalisais]... Oui... [Puis en même temps, tu as été vu]... Oui. Vu... il n'y a pas eu beaucoup de mots entre nous dans cette expérience-là, mais il y a eu beaucoup de contacts... [Visuels]... Oui. Comme s'il permettait ce besoin de... sortir, de revenir, mais tout le temps, tu reviens.

Sentiment d'avoir été validé dans son être par son psychologue. Une thématique émergente dans son travail en psychothérapie continue de faire son chemin dans le milieu de vie actuel de G1. Il a conscientisé l'importance de s'allouer le droit d'être qui il est et de s'affirmer en cela. En ce sens, il n'a plus à faire des efforts démesurés (« c'est assez ») pour se sentir validé dans sa valeur personnelle, sentiment renforcé du fait d'avoir été validé en cela par son psychologue.

Et maintenant, je peux commenter la notion de « c'est assez » qui m'a été donnée. C'est comme si je disais : maintenant, c'est assez, là, tu as le droit d'être ce que tu es. Tu peux commencer. Continue à t'affirmer tel que tu es. Vas-y... Qui peut être reproduit, mais ajusté.

[...] Tu as toute... la notion de vulnérabilité... pour la personne qui a une dynamique de honte. C'est un beau concept, là, mais... [Mais de la vivre, ça, ça amène ailleurs]... Oui. Là... Mais c'est le début selon moi de la guérison... d'apparaître vulnérable devant la figure d'autorité sans te sentir défectueux et démuné... Reconnu. Comme validé dans mon droit d'être.

Modification de ses patterns relationnels. G1 est satisfait de ne pas avoir reproduit son pattern relationnel habituel, qui aurait été de fuir le contact. Cela l'aurait entraîné dans un pattern qu'il connaît bien mais combien insatisfaisant : ne pas prendre ce risque, s'en vouloir de ça, continuer à idéaliser le psychologue et finir par se dévaloriser en se verbalisant qu'il n'a pas été à la hauteur et terminer dans le ressentiment face au psychologue.

Je me *coache* plus vite. Ayant vécu l'acquisition de certaines habiletés affectives en thérapie... je dirais que plus il y a de « oups » dans ma vie, plus je suis en contact avec l'empathie, moi et l'autre. Donc, ... même s'il y a une reproduction, il y a comme une quête... d'ajustement, là, plus différente d'avant. C'est que là, je me repose... de quoi est-ce que je suis responsable là-dedans, moi? ... Puis est-ce que j'ai le goût? Et puis si oui, comment? Alors, des fois, oui, des fois, ça va... Ça va s'arrêter là. Je vais... je vais plutôt dire : non, merci. Donc, on dirait que je suis plus conscient... de ce qui se passe en dedans de moi. Plus de respect... [quand] je me retire, il y a quelque chose qui se passe. Et là, je décide si je reviens, comment est-ce que je reviens ou si je quitte.

Sentiment d'avoir microréparé son sentiment de honte. G1 s'est senti validé dans son droit d'être qui il est et de s'affirmer tel qu'il est, du fait : 1) de s'être donné assez d'importance pour faire sa demande, quoiqu'avec une certaine gêne; et 2) d'expérimenter et de vivre intensément son sentiment de honte, en se rendant vulnérable devant le psychologue, sans se sentir défectueux et démuné. G1 a ressenti que le regard empathique et brillant du psychologue a pu microréparer une part de son sentiment de honte, grâce au fait d'être suffisamment resté en contact avec son psychologue : « [...] Je comprends encore plus, là, toute la notion du regard dans la honte. Comme s'il y avait quelque chose de réparateur dans l'importance de regarder l'autre. ».

[...] je suis vivant... c'était plutôt... libérateur. Quelque chose qui se libère... Et c'est comme si je me retrouvais dans une belle énergie. Je me sentais bien avec moi... Bien, l'énergie d'être ce que je suis... Oui. Et d'être vu... Et d'être vu dans ça. Et de sentir, là, quand tu as cette résonance, là, de sentir... Dans cet espace de libération-là, oui. Oui. Vas-y... Tu es à la bonne place... C'était à la bonne place. Reste là [...].

Recherche constante de sens. Cette expérience fut significative pour G1 car il est toujours à la recherche de sens en lien avec son processus thérapeutique. De fait, il tente

de mieux définir la signification de l'expression « c'est assez ». G1 a maintenant la conviction d'en avoir déjà assez fait pour les autres, voire trop, aussi il peut se permettre d'être qui il est et de s'affirmer tel qu'il est, sans avoir à se justifier de quelque façon.

[...] cette expérience-là est significative parce que... je la travaille encore. Et la signification de « qu'est-ce qui est assez... ». Je dirais qu'elle est plus en devenir qu'au moment où je l'ai vécu... J'ai senti... qu'il me l'avait fait vivre... le « c'est assez » ... Je l'ai pris comme quelque chose que j'avais besoin d'aller. Qu'est-ce que ça veut dire « c'est assez »? Alors, j'ai continué le travail. Là, maintenant [...].

Meilleure conscientisation de ses besoins au plan relationnel. G1 réalise l'importance de bien définir ses besoins s'il ne veut pas se perdre de vue dans ses relations interpersonnelles.

[...] surtout, quand je suis dans le « trop », de prendre un peu de recul. Puis de redéfinir : wow, c'est quoi là que... c'est quoi mon besoin, là? ... Est-ce que c'est mon besoin pour moi, ça, ou je suis en train de satisfaire le besoin de l'autre? C'est... Il est où mon besoin dans cette demande-là? ... Effectivement, comment utiliser le retrait à meilleur escient pour être plus en contact avec mon besoin. Et s'il y a lieu, comment je reviens... Comment je tiens compte de mon besoin et d'accueillir là, que l'autre pourrait être déçu. Que moi, ça ne m'enlève pas de valeur... De ne pas perdre de vue ma valeur même dans le conflit... Je peux être ébranlé, ... avoir besoin de prendre un petit peu de recul, mais de reconnecter quel est mon besoin, quel est son besoin et moi, ce n'est pas parce que l'autre est... est comme ça que, moi, je perds de la valeur. Et là, ça me... ça me permet de me *regrounder* [s'enraciner]. De dire : bien, OK.

Ajustement créatif dans ses relations interpersonnelles. G1 semble davantage faire preuve d'ajustement créateur dans ses relations interpersonnelles : 1) se permettre d'aller plus vers les gens; 2) se montrer vulnérable; 3) tempérer ses enjeux narcissiques (p. ex., faire face à des moments où il commence à se sentir « défectueux ») en cessant de dissimuler son besoin d'être reconnu; 4) ralentir, ressentir et rester en contact avec ses

besoins; 5) tenir compte de l'autre dans une posture plus empathique; 6) s'affirmer tel qu'il est même si l'autre n'est pas d'accord, et ce, sans chercher à acheter la paix au préalable et agir autrement que dans le « tout ou rien »; 7) moins paniquer lorsqu'il se sent inadéquat dans une relation et ne pas se dévaloriser, tout en maintenant le lien avec les autres; et 8) se retirer d'un contact ou revenir avec élégance et dignité quand c'est important pour lui, sans vivre un sentiment de honte.

Meilleur départage des responsabilités de chacun. Dans une situation de conflit interpersonnel, G1 a tendance à tout prendre en charge, comme si tout relevait de sa seule responsabilité. Il finit par être déçu et frustré dans ses relations et il envenime alors davantage le conflit. Actuellement, G1 prend plus de temps pour déterminer : 1) la part de responsabilité de chacun dans la relation; 2) s'il doit se retirer ou pas du conflit; et 3) s'il rétablit le contact ou pas et, si oui, à quelles conditions. Il comprend mieux maintenant que même en situation de conflit, il peut rester lui-même et s'affirmer sans perdre de sa valeur personnelle.

Mais là, moi, j'ai moins peur de regarder le conflit. Alors qu'avant, je me sentais responsable. J'étais toujours en périphérie. Je rentre. Je sors. Je rentre. Je sors. Là, maintenant, je me sens plus apte, plus équipé... Je dirais ça comme ça. Quelle est ma part de responsabilité dans ce qui se passe ou ce qui ne se passe pas entre nous? Je suis plus porté à explorer plutôt que prendre tout ça en charge puis être déçu parce que ça ne marche pas. Puis là, devenir fâché. Puis là, l'autre ne le prend pas. C'est... je suis un peu tanné de ce mouvement-là.

Acquisition du droit d'être soi-même et de s'affirmer en cela. Plutôt que de chercher à fuir ses sentiments et ne jamais se montrer vulnérable face aux autres, G1

réalise l'importance d'agir autrement s'il veut créer des relations interpersonnelles qui répondent adéquatement à ses besoins d'intimité. Pour ce faire, il se doit d'éviter de s'activer dans un discours verbal accéléré et ainsi se laisser peu de chance de ressentir quelques émotions en présence d'autrui.

[...] deux droits que je continue à développer. J'en suis pleinement conscient, là. Le droit d'être ce que je suis et tranquillement pas vite, maintenant, je suis rendu plus dans le deuxième droit, le droit de m'affirmer tel que je suis. Je suis... je dirais là que ça se chevauche à partir de cette expérience-là. Ça se chevauche entre : oui, j'ai le droit d'être ce que je suis. C'est comme si c'est ça que j'avais été validé par mon psychologue plusieurs fois... Et tout le chemin qui a été fait depuis ce temps-là, ... Ce n'est pas qu'il n'y en a pas eu, là, mais qui continue à se faire, c'est : oui tu as... maintenant, tu as le droit non seulement d'être qui tu es, mais de t'affirmer tel que tu es même si l'autre n'est pas d'accord.

Environnement physique thérapeutique de peu d'influence. L'environnement physique, dans lequel se déroule la séance thérapeutique, semble avoir peu d'impact sur le processus thérapeutique de G1 : « Pour moi, ça n'a pas eu d'impact négatif. Est-ce que ça a eu un impact positif? Comme je te le décris, je pense que moi, j'ai... j'ai créé ma bulle. J'ai créé ma bulle avec [mon psychologue]. »

Notion de rythme. Le psychologue de G1 a maintenu un rythme opportun de contact en fonction des besoins paradoxaux de ce dernier : 1) en maintenant une présence constante sans qu'il y ait beaucoup de mots; 2) en évitant ainsi que G1 se réfugie dans les mots pour ne pas trop ressentir et se protéger de sa vulnérabilité et de son vécu émotionnel; 3) en permettant à G1 de prendre contact par bribes avec son vécu émotionnel et son psychologue simultanément; et 4) en sollicitant un contact visuel au

rythme de G1 sans pression qu'il le fasse contre son gré (« Il m'a *challengé* à revenir dans le moment présent aussi. »).

Et le travail, c'était : fait ça, là. Ça avait... c'est fait alentours de ce thème... de lenteur pour que je le voie parce que c'était ça ma demande. Est-ce que je peux être petit devant toi et me sentir accueilli?

C'est toute la notion du temps, là. Qu'il m'eût donné du temps, mais en même temps, regarde-moi. Puis il avait pris le temps de prendre le temps, que je prenne mon temps pour le regarder.

Synchronisme. G1 souligne la justesse de perception de son psychologue pour jauger adéquatement quand c'est le moment d'accepter que G1 rompe le contact et celui de l'inviter à recréer le contact avec lui.

Oui. Je n'avais pas à performer. D'ailleurs, ce n'était pas... le but du tout, là. C'était tout sauf ça... C'est comme s'il avait emphatiquement soutenu ma dissociation, sachant bien qu'à un moment... parce qu'il me regardait tout le temps... c'était comme le temps de me ramener... et je revenais.

Continuité dans le temps. L'expérience significative vécue par G1 en psychothérapie a d'autant plus de valeur qu'elle se poursuit dans son milieu de vie actuel. De fait, d'une situation inachevée amenée tranquillement à la conscience, G1 est engagé dans une recherche de sens continue en lien avec son processus thérapeutique : 1) « [...] depuis ce temps-là, cela a fait son chemin, je continue ce travail-là... de me responsabiliser davantage plutôt que de me sentir responsable. »; et 2) « [...] le thème, là... d'une expérience significative, parce que ce que je constate en t'en parlant, c'est encore *on going*... je revis la même chose, mais je me sens... apte à y faire face. »

Prédisposition propice. G1 décrit fort bien son état d'esprit lors de sa séance, qui le prédisposait à vivre une expérience significative (p. ex., « puis moi, je suis un peu dans... C'est un peu dans l'urgence du temps. »).

[...] puis on a un temps limité, moi, ça m'a servi. Je l'ai pris comme quelque chose que j'avais besoin d'aller... C'est comme s'il y avait plus qu'un besoin, celui... de vraiment contacter [mon psychologue] ... comme moi je voulais... avant que moi je quitte.

G1 traduit son état ainsi : 1) « dans l'énergie d'être ce que je suis et d'être vu dans ça », et ce, malgré une certaine gêne à se dévoiler face à quelqu'un qu'il idéalise; 2) « plutôt vivant, pas un *high*, pas un *down* »; 3) bien avec lui-même; et 4) un espace de libération et une résonance dans lesquels il se sent à la bonne place.

[...] mais c'est que là, moi, j'étais plus prêt... C'est un peu dans l'urgence du temps. Alors... Oui. Alors, je pense que ma contribution, c'était le risque. Le risque de l'expérientiel... En tout cas, ce que je suis fier, c'est d'avoir pris le risque de... Parce que je n'avais aucune maudite idée d'où cela allait aller... on n'est pas trop longtemps dans le cognitif. Alors, ça m'a permis de descendre, de vivre tout l'inconfort du contact puis de me sentir validé dans cette expérience-là. Puis comme d'avoir de quoi de suffisamment positif pour vouloir continuer à travailler ça.

Ambivalence dans le contact. Toutefois, il arrive que G1 se montre ambivalent dans son contact avec le psychologue (« J'apparais dans quelque chose de simple. Mais comment... comment difficile pour moi... d'être vulnérable devant l'autre »). G1 se souvient par bribes des moments de contact et de ruptures de contact plutôt que de ressentir une expérience de plein contact (une ouverture pleine et entière aux plans corporel, émotionnel, cognitif et interactif). Par moments, G1 rompt de lui-même le contact avec le psychologue (p. ex., dans des moments de « dissociation », dit-

il). Quoiqu'il soit conscient de faire une demande de contact avec le psychologue, il n'a pas toujours le courage d'aller plus loin (« [...] il m'a envoyé un commentaire et je ne l'ai pas entendu. J'ai comme dissocié. Comme s'il m'avait dit quelque chose de bon et là, ça me revient... les mots me reviennent »). À d'autres moments, il apprécie que le psychologue vienne le chercher pour rétablir le contact même si c'est « un petit peu obligeant pour lui d'y revenir ». Il craint d'avoir à le faire même s'il n'en a pas le goût ou de ne pas savoir comment s'y prendre sans avoir l'impression de perdre la face.

Engagement du psychologue. L'engagement du psychologue de G1 se fait sentir sur plusieurs plans : 1) assurer une belle présence; 2) suivre G1 à son rythme pour prendre ou rompre le contact; 3) être capable de regarder G1 et que ce dernier se sente validé dans sa légitimité d'être qui il est et celle de s'affirmer en cela; et 4) maintenir le contact (par son regard, son ton de voix, sa posture).

Je l'ai saisi assez vite qu'il était prêt puis que : *time is now*... une force tranquille. Un *hypercontenant* où je pouvais m'affoler, me retirer, ça restait ouvert et disponible. Et quand j'étais trop dans le retrait, le contenant revenait puis m'invitait... à réapparaître [...].

[...] j'ai senti un grand inconfort, un split, un split dans le sens qu'il a répondu adéquatement... plus qu'adéquatement... à ma demande [d'être validé pour ce qu'il est et de s'affirmer en cela]... mais un grand inconfort à recevoir, de lui.

Bilan de l'expérience significative

D'abord, j'ai osé apparaître dans ma vulnérabilité en lui demandant de me voir, en ayant de la difficulté à être vu et en étant ramené tranquillement dans mon besoin, celui d'être vu par quelqu'un.

G1 identifie clairement sa contribution en ces termes : 1) prise de risques à se montrer vulnérable face à son psychologue; 2) vivre tout l'inconfort du contact et y trouver suffisamment de positif; 3) habité par un sentiment « d'urgence »; 4) activation optimale pour sa séance de psychothérapie; et 5) suivre une trame de fond significative en psychothérapie et dans son milieu de vie (p. ex., s'interroger sur l'expression de l'expression qui l'a marqué : « c'est assez »).

Mais moi, j'ai besoin... C'est comme s'il n'y avait pas de mots... les mots justes pour décrire : il faut que j'y aille là. C'est comme si, là, maintenant, je peux avoir plus de mots. Mais à ce moment-là, puisque la question, c'est : quelle est ma contribution. C'est... je pense que c'est... mon désir de... pas mon désir de comprendre... c'est clair... ça m'a amené tranquillement à... c'est plus mon désir d'expérimenter, de prendre le risque d'être vulnérable. Plutôt que de juste le comprendre.

Comme s'il n'y avait pas de mots justes pour le décrire dans un premier temps, G1 cherche à répondre sur le champ à un besoin d'abord implicite, qui devient de plus en plus explicite : plutôt qu'un désir de comprendre, c'est un besoin de prendre des risques, de se montrer vulnérable face à son psychologue, de se sentir reconnu et validé par lui dans son droit d'être qui il est et dans celui de s'affirmer tel qu'il est qui prend de la place.

G1 souligne l'apport majeur de son psychologue, particulièrement dans ses compétences relationnelles : 1) ses sollicitations et ses relances dans le but de rétablir le contact entre eux; 2) son utilisation de l'espace; 3) son accueil adéquat de G1; 4) sa présence constante; et 5) sa capacité de transmettre ses connaissances. Ce dernier a su valider G1 dans son être de par ses habiletés à réguler le contact entre eux de manière

magistrale, telles que : 1) fluidité dans les prises et les ruptures de contact (p. ex., solliciter, relancer, accepter que G1 se retire); 2) langage verbal et non-verbal (p. ex., regard validant et réparateur) accueillant sans faire de pression sur G1; et 3) attitude digne et solennelle du psychologue, perçue par G1 comme une validation réparatrice de son sentiment initial de honte.

[...] une posture très empathique [chez son psychologue]. Moi, le mot qui me vient, c'est... « dignité » ... Il n'a même pas besoin de le dire. La façon... la posture qu'il avait, c'était... je ne sais pas, là, de... j'ai pas senti qu'il était un maître... Je n'avais pas à performer. D'ailleurs... ce n'était pas le but du tout, là. C'était tout sauf ça. Mais, ça aurait été facile de me perdre, puis de commencer à... Et je me souviens de son ton de voix et de son regard... la façon qu'il était assis.

Enfin, G1 mentionne que son expérience a encore des impacts dans son milieu de vie, ce qui la rend encore plus significative à ses yeux. Un des impacts majeurs pour G1 est de mieux gérer ses contacts et ses ruptures de contact : 1) en apaisant ses peurs du contact; 2) en tenant compte de ses besoins et de ceux des autres sans perdre de sa valeur personnelle en cas de différends; et 3) en rétablissant le contact avec dignité parce que c'est important et qu'il ne veut pas rester seul.

Dans mon quotidien... le mot qui me revient, c'est le mot « revenir ». Comment je reviens? ... Il y a des fois, selon l'intensité puis avec qui, ... il y a un décalage affectif, émotionnel, ... ne pas... paniquer avec ça... peut-être comment je pourrais revenir sans perdre la face. Sans avoir honte. Comment revenir à la dignité... j'accepte de vibrer, d'accueillir sans me dévaloriser... et quand je fais ça, la tempête, là, elle devient assez rapidement tolérable... C'est comme si je désintoxique... le cerveau... en tout cas, il y a une mentalisation... qui est certainement différente dans ces moments-là... Avant, c'était plus polarisé... je dirais que je suis... plus conscient de prendre le risque... de rester avec l'expérience que je vis.

À partir de cette expérience-là, et d'autres qui ont suivi après, de prendre le risque. Je prends plus le risque de... rester avec l'expérience que je vis. Puis

quitte à aller... la travailler par la suite avec l'autre, là, si l'autre est significatif, la relation est significative... [Tu es capable de revenir dans la relation]... Avec dignité.

Entrevue avec la cliente G2

Unités de sens

Réactivation d'enjeux personnels et relationnels du passé

Sentiment d'être indigne. G2 mentionne un fort sentiment de se sentir indigne, tout particulièrement dans les yeux de son père, ce qui a eu comme répercussion de ne pas se sentir fière d'être avec et parmi les autres notamment : « [...] dans les parties de moi qui étaient... qui se sentaient indignes ... et le regard du père. Ah ! Ça été fort pour moi, là. »

Vision paradoxale de soi. De ce sentiment d'indignité, il en résulte une vision de soi paradoxale. D'une part, elle se perçoit comme étant extrêmement timide et maladroite, au point de ne pas croire en elle et de ressentir un profond sentiment de honte [voire une honte d'exister]. D'autre part, elle se décrit comme étant très orgueilleuse et légitimée de l'être, comme pour rééquilibrer sa vision négative d'elle-même. G2 mentionne aussi son sentiment ambivalent du fait de ne pas être comme les autres : être fière d'être différente et en même temps en souffrir. Ce sentiment d'être différente l'a entraînée dans un mouvement marginal ou alternatif, un peu à côté ou dans ce qui n'est pas fréquent, tout en ayant peur de cela.

C'est comme se sentir différente au départ et avoir l'attitude de dire je vais le rester tout en manquant d'être avec... Puis en... en pensant qu'être différente, c'est parce que je ne suis pas digne d'être avec les autres...

D'être parmi les autres. Puis en même temps, en étant fière d'être différente. Les deux... C'est comme... comme compenser... narcissiquement, en étant fière d'être différente, mais en même temps, souffrir de... de me croire indigne d'être avec les gens.

Authenticité et intégrité du psychologue. G2 trouve extrêmement puissant l'authenticité et l'intégrité de son psychologue, ce qui a suscité chez elle beaucoup d'estime pour lui : 1) « [...] il est intègre et authentique... dans la relation et il m'apprend ça. C'est... c'est celui qui m'a appris ça le plus, je trouve. »; et 2) « J'avais sa présence et son authenticité. Donc, sa transparence. C'est ça... il est là dans la rencontre, là... c'est ce qui fait que je l'ai apprécié puis que... que j'ai appris tant de lui. »

De la confiance, de l'estime... la confiance en la... en la vérité, en l'authenticité je pense. C'est la confiance qu'il est authentique devant moi. Il m'apprend l'authenticité. C'est ça que je veux dire... je sais que je vais avoir l'heure juste. Que s'il ne se sent pas bien avec quelque chose que je dis, il va vérifier... il va aller au bout... il peut me confronter. Je le sais que je vais avoir exactement l'heure juste, où il est en tout cas par rapport à ce que moi j'apporte. Puis même... de ses incertitudes, puis de ses doutes... il est même authentique face... à lui-même là.

Habilité du psychologue de créer un climat propice. Le psychologue de G2 a su créer un climat propice à l'exploration de soi chez cette dernière (« [...] Puis... d'être accueillie... fait qu'il m'accompagnait aussi à tolérer ça en moi... Ou y toucher ou l'effleurer puis s'en aller... C'est de la présence. Il a beaucoup travaillé dans une présence... à l'expérience, là. »). Le rythme de son psychologue (p. ex., son silence, sa voix et son attitude un peu contemplative) permet à G2 de ralentir et d'éviter de discourir avant d'être vraiment en contact avec son expérience émotionnelle. Par la suite, les mots utilisés par son psychologue prennent un sens graduellement et restent

toujours en lien direct avec son expérientiel. L'accueil bienveillant de son psychologue permet à G2 d'explorer des zones intimes et « sacrées ». Les nombreux encouragements et les autorisations répétées du psychologue envers G2 lui ont effectivement appris à prendre plus de risques et à s'affirmer en prenant davantage sa place.

[...] c'est sûr qu'il a une attitude... un peu contemplative... C'est comme si sa voix... c'est comme s'il ralentit. Il m'amène à ralentir... Il m'offre du silence... il ne met pas beaucoup de mots... après ça, on peut discourir, une fois que l'expérience est rencontrée, les mots sortent puis tout ça. Mais avant, avant tout ça, c'est comme... c'est plus silencieux... C'est comme si on change de climat. C'est comme... [Te donner le temps de déposer dans quelque chose... après, on discourt.] Oui.

Techniques d'intervention appropriées utilisées par le psychologue. Le psychologue de G2 fait un choix judicieux de techniques d'intervention. Les jeux de rôle utilisés par le psychologue ont grandement aidé G2 à saisir et à exprimer ses enjeux et ses conflits intérieurs, remettant en circulation ce qui était figé. L'imagerie bien dirigée et l'accompagnement fort apprécié de son psychologue a permis à G2 de faire émerger des choses bien importantes pour elle, lui permettant d'explorer le très souffrant (p. ex., l'indignité) et le très beau (p. ex., la nature). G2 mentionne que cette façon de travailler est compatible avec elle et, de surplus, la comble, « il y a une compatibilité... face à cette forme de travail, c'est compatible avec moi... c'est un chemin qui m'intéresse... Qui me comble. ».

Bien, il y a souvent eu... des jeux de rôle... qui m'aidaient à saisir... les enjeux intérieurs... Tu vois souvent... qui extériorisaient mes enjeux intérieurs, mes conflits... mes tentatives de négociation qu'importe... de rencontrer l'enfant, de lui parler, de... bon qu'importe, là, toutes sortes d'affaires... mais parce que c'était bien accompagné aussi. Ça... ç'a toujours été aidant... ça remettait en circulation ce qui était figé là.

Bien l'imagerie, l'utilisation de l'imagerie... ça aussi, c'est puissant quand c'est bien dirigé, là. Des fois, ç'a fait... des moments... d'imagerie guidée... qui amenaient des choses importantes, là. Bien je me rappelle de quelques fois, là, qui étaient... plus importantes que d'autres, là. Plus intenses, oui.

Sentiment d'être validée par son psychologue. Le psychologue de G2 s'est montré disponible, en attribuant une grande importance à son expérience à elle. Il lui a accordé une présence soutenue et répétitive qui a fini par résorber les doutes de G2 face à sa valeur personnelle appréciable aux yeux des autres. Cela a eu pour effet d'encourager G2 à se dévoiler davantage et avoir accès à l'innommable.

[...] d'abord d'être reçue... d'être rassurée... à chaque fois. Donc, de façon répétitive, que j'étais recevable. Donc, il n'y avait pas d'espace... où le doute... pouvait arriver... en tout cas, pas de façon importante... je pouvais toujours vérifier que je pouvais être reçue.

Relation de confiance avec son psychologue. G2 a la nette impression d'avoir réussi à explorer son vécu émotionnel grâce au type d'accompagnement que lui offrait son psychologue : 1) accepter de prendre tout le temps requis pour que G2 puisse rencontrer l'intolérable, y toucher ou l'effleurer et se permettre de s'en aller; 2) ne pas « raconter son histoire » mais plutôt l'inviter à rester en contact avec son expérience émotionnelle puis en contact avec son psychologue; et 3) l'inviter à entendre tout ce que ses émotions ont à dire de son histoire présente et passée et ainsi pouvoir les reconnaître et les accepter en présence de son psychologue (p. ex., des choses intolérables comme sa souffrance). La bonne écoute de son psychologue, ses reflets et sa compréhension auront permis à G2 d'organiser ses images, ses mots et ses émotions aux fins d'avoir de plus en plus accès à son monde interne (« [...] il ne me dit pas des choses n'importe comment,

là. Il me dit des choses de façon métabolisée... transparente... dans l'intention puis... dans ce qu'il vit... Mais il va le faire... de façon professionnelle. »).

Sentiment d'exister pour soi et pour l'autre. De par les répétitions des rencontres de psychothérapie, G2 a amplement et fréquemment pu s'affirmer en ayant la conviction d'être à chaque fois validée dans son être. Ainsi, elle a remplacé son sentiment d'indignité par celui d'être recevable et celui d'exister pour les autres. G2 a la nette impression de goûter davantage à la vie, de revenir à la vie, en ayant extirpé plein de contraintes qui l'empêchaient d'être présente à soi et à l'autre dans son milieu de vie.

[...] c'est... comme il n'y a rien de plus précieux pour moi, là. Il n'y a rien de plus précieux que de s'accoucher de soi-même... de s'offrir la vie dans le fond... de goûter, c'est beaucoup plus... oui, je peux goûter davantage à la vie... ou moins... de contraintes intérieures à goûter à la vie. C'est un beau cadeau, là. C'est de la présence. C'est une capacité de présence à ma vie, ici et maintenant, à l'autre et... à la nature, à ce qui est... Donc, à la beauté, à d'autres choses.

Acceptation de son identité tout en s'affirmant davantage. G2 accepte mieux maintenant qu'elle ne soit pas une personne charismatique, qui prend beaucoup de place, mais plutôt une personne discrète. Cependant, elle a moins le goût de disparaître quand elle est quelque part et elle étouffe moins ses élans à s'exprimer en groupe. Elle peut même devenir très animée et prendre de la place quand il s'agit de sujets qui l'intéressent vraiment, tels la politique ou les aspects énergétiques, s'affichant alors plus ouvertement qu'auparavant.

[...] je me sens moins le goût de disparaître quand je suis quelque part... Donc, je peux un peu plus me rendre... accepter que je ne sois pas quelqu'un... qui est très charismatique, qui prend toute la place... Dans les

grands groupes et puis tout ça... je suis quelqu'un de discret. Bon, j'accepte mon identité... mon style puis... mes caractéristiques d'être quelqu'un de discret. Mais je n'ai pas besoin... quand il y a des élans de m'exprimer... je les étouffe moins. Puis là où je suis animée, je peux prendre la place... Plus prendre la place quand je le suis. Par exemple, ... si je suis une des seules qui est touchée par... un aspect politique dans mon milieu de travail... ou un aspect énergétique dans mon milieu de travail, ces deux aspects que je cachais de moi, deux dimensions que je cachais de moi.

Acquisition d'une vision plus juste d'elle-même. De se sentir validée par son psychologue dans son être a fait en sorte que G2 a transformé sa vision d'elle-même de manière positive et plus intégrée.

[...] Bien sûr... j'étais quelqu'un moi... d'extrêmement timide, qui ne croyait pas beaucoup en moi. Avec... avec l'inverse, il y avait beaucoup d'orgueil par ailleurs, là... comme compensation, là. Puis... dans le fond, c'est de la légitimité. C'est ça. C'est de la légitimité pour rééquilibrer, là, comme une vision plus juste de moi... Parce que c'est comme être... c'était comme trop petit ou trop grand... Fait que quelque chose de plus vrai, de plus... qui inclut le petit et le grand, mais dans un registre plus juste. Mais tout ça, il fallait qu'il y ait une légitimité dans le petit... Puis éventuellement dans le grand... et c'est ça qui m'a amené une vision plus juste de moi [...].

De plus, G2 ne cherche plus à prétendre d'être fière de sa différence avec les autres et simultanément se sentir indigne d'être avec eux en sourdine. Elle conscientise qu'elle peut être différente et pareille aux autres sans en souffrir comme auparavant.

[...] reconnaître... que je suis pareille et différente... moi, c'était ça qui était... le chemin, là. [Si on peut dire, comment je peux faire partie de la gang tout en étant différente des gens.] Oui. C'est ça. Ça a été ça dans le fond... le processus. C'est d'aller vers ça. C'était ça mon chemin. Que... c'était ça qui était blessé ou qui était mal articulé à l'intérieur de moi, là.

Capacité à sortir de ses clivages internes et externes. G2 a conscientisé qu'elle avait tendance à cliver les parties bonnes des parties mauvaises, autant en elle-même que

dans sa perception des autres. Graduellement, elle s'approprié ces deux parties en elle et elle croit maintenant qu'il en est ainsi pour les autres également. Son psychologue lui a aussi permis de s'extirper quelque peu de son clivage, entre « bon/méchant, sauveuse/bourreau », et d'assumer qu'elle peut parfois contribuer à la souffrance d'autrui bien malgré elle.

[...] une autre expérience que ça fait, c'est... moins de clivages intérieurs. Ça fait aussi moins de clivages à l'extérieur... oui, je suis un peu horrifiée de certaines décisions politiques, mais je ne le vois pas comme « il y a eux, il y a moi »... ce n'est plus clivé comme avant, là... C'est OK. Ça, c'est notre humanité puis partout, la guerre et tout, c'est notre humanité. Je peux le prendre un peu plus inclusivement. Je peux prendre ça plus inclusif... ce n'est pas les bons [d'un côté] et les méchants [de l'autre].

Actualisation de son pouvoir interne dans ses relations interpersonnelles. G2 réalise qu'elle a un pouvoir de décision sur ce qu'elle veut entreprendre et qu'elle n'a qu'à moins se laisser influencer par les gens quand il est question de prendre sa place, si tel est son désir. À ce propos, c'est ce qu'elle s'est autorisée à faire en psychothérapie et c'est ce qui lui sert dorénavant dans son milieu de vie (p. ex., à son travail).

[Prendre sa place] ... bien en fait, je le vois plus que ça dépend de moi... Ça dépend plus de moi que des autres. Si... le contexte est favorable évidemment, mais... et que ce n'est pas... que c'est plus moi qui décide si je veux la prendre la place ou pas [...].

Réparation de l'impact de son père. Le psychologue a su réparer les parties d'elle qui la faisaient se sentir indigné, qui l'obligeaient à se cacher ou à ramper, et sentir qu'elle était recevable comme femme et regardable aux yeux des autres. G2 considère que son psychologue a réparé la vision que son père projetait sur elle sous un angle très dévalorisant.

Dans le processus, là, il y a un moment... il a réparé le père... Mon père intériorisé, là... il a réparé. Il a accepté de faire ça. Il a accepté de voir que c'était ça qu'il faisait. Puis il l'a accepté... de porter ça. Puis ça s'est transformé [...].

[...] très rassurant [son psychologue]. Très, très structurant... c'est la réparation de... la partie en moi... qui se cachait... qui rampait... qui s'est relevée... puis qui a relevé la tête et qui a appris que j'étais recevable comme femme puis que j'étais regardable... j'ai pu me présenter dans les parties de moi qui étaient... qui se sentaient indignes... le regard du père. Ah! Ça a été fort pour moi... Parce que j'ai eu un père satisfaisant à d'autres égards, mais pas dans les parties blessées... Il [son psychologue] a contribué à cette réparation-là... Puis l'étape s'est traversée à un moment donné... ce n'est pas resté ça. C'est devenu. Bien, j'avais grandi.

Capacité à ressentir ses souffrances mais aussi le beau en elle. G2 a expérimenté que lors d'émergences intenses, elle pouvait aussi bien vivre certaines souffrances que découvrir ce qui est beau en elle. Cela lui donne une image d'elle plus entière par l'intégration en elle de cette polarité : souffrance et beauté.

[...] je me rappelle de quelques fois, [des émergences] qui étaient... plus importantes que d'autres... Plus intenses. Les choses qui étaient intéressantes aussi, c'était d'aborder autant... le très souffrant du très beau en soi qui était aussi difficile à accepter... dans le fond... les parties... intenses, belles ou des valeurs de fond... [C'est comme si tu dis ton attention n'était plus juste le souci de souffrance ou de soigner des souffrances, mais aussi de voir ce qui est beau... Et que ce n'est pas inné ça.] Oui... Mais... j'ai l'impression que si je me restreins d'un côté, je me restreins de l'autre... Ça fait que si je m'ouvrais d'un côté, ça me donnait de la place à m'ouvrir de l'autre.

Modification de ses schémas relationnels. G2 modifie ses schémas relationnels de multiples façons. G2 mentionne qu'elle s'est souvent cantonnée dans un rôle de sauveuse. Sa hantise semble être de se percevoir ou d'être perçue comme une actrice

dans la souffrance des autres (bourreau) alors qu'elle souhaiterait être omnipotente et pouvoir soigner la souffrance de tout le monde (sauveuse).

[...] d'intervenir et c'est possible d'agir sans me retrouver dans ça... le trio victime, bourreau et sauveuse... Et c'est plus confortable que d'être dans... le rôle de victime ou dans celle du bourreau ou... qui se met à vouloir sauver, mais de façon enragée... C'est ça. Alors que, oui, je peux assumer mes côtés où je mets des lunettes. Je peux assumer... une même action à quelque niveau que ce soit, mais... de façon plus intégrée, moins « je suis dans un camp » ... [Tu n'es pas envers et contre tous.] Tu es avec les autres dans... dans le mieux que tu peux être. Tout en prenant position. Mais c'est... quelque chose de plus mature, je pense, là. C'est que... je suis convaincue que ce que je vois... à l'extérieur existe à l'intérieur aussi de moi... Fait que... c'est moins coupé si tu veux, là... Dans mon humanité, je ne suis pas juste bonne et gentille. Je peux avoir... d'autres aspects de moi... Et c'est ça là... dans toute la honte, il y avait ça à rencontrer dans des parties sombres. Maladroites et sombres, les deux. [Sombre, on parle de rage. On parle de violence.] ... bien de haine aussi. De désirer et d'être vue. De mépris... de destruction... donc, il y a des mécanismes de survie là.

[...] me voir une... une actrice dans la souffrance de l'autre... Et ça, c'était pour moi être un bourreau... Alors que oui, je peux être l'actrice dans la souffrance des gens puis ça va en être un puis bon, et ça va faire partie de ce que je vais donner dans le temps, des limites de ma... de ma vie. Je ne serai jamais... je ne suis pas... c'est un peu renoncer à l'omnipotence aussi... En tout cas, c'est tout ça, là, que je rencontrais, là. [Tu ne peux pas sauver tout le monde.] ... C'est ça. C'est ça. [Mais d'être témoin de la souffrance de l'autre est difficile.] ... d'être témoin et de... contribuer à sa souffrance.

Transfert de ses acquis dans son milieu de vie. Les acquis de G2 en psychothérapie ont été transférables dans son milieu de vie : « [...] comme si j'ai eu besoin de beaucoup d'autorisations pour effectivement prendre ma place... l'acquisition, c'est que c'est pas juste en thérapie que je peux le faire. C'est... partout dans mon milieu de vie où je peux me permettre ça. »

Environnement physique thérapeutique adéquat. Lorsque G2 parle de l'environnement physique, dans lequel se déroulait la psychothérapie, elle considère qu'il a toujours été pertinent, agréable, beau et suffisant. Par ailleurs, elle se dit peu observatrice de ces choses-là et elle y accorde peu d'importance.

[...] puis c'était un contexte que j'appréciais... ç'a toujours été pertinent, agréable, suffisant... Mais ç'a toujours été... des beaux endroits, là... il n'y a aucun endroit qui n'était pas pertinent, là. Je ne sais pas. Je ne vois pas beaucoup moi. Je ne... je ne suis pas beaucoup observatrice.

Répétitions. La répétition d'une expérience significative pour G2, celle d'être reçue et validée dans son être par son psychologue, a rendu significative son expérience en psychothérapie : 1) « [J'ai consulté durant] plusieurs périodes dans ma vie parce que ça... ça permettait l'intégration... de ce que j'avais acquis de « je suis recevable ». Je continue à exister. J'existe toujours chez l'autre. »; 2) « [...] et c'est vraiment... le fait que ç'a été fait... à répétition... sur du long terme. Ça pour moi, ç'a été important [...] »; et 3) « Plusieurs périodes dans ma vie [en psychothérapie] parce que ça... permettait l'intégration de... j'ai de la valeur. Et on se rappelle de moi. Ça aussi. ».

Notion de rythme. Le rythme de son psychologue, en évitant de trop discourir notamment, a permis à G2 d'être en contact avec son expérience émotionnelle. Ce dernier a pris tout le temps requis pour que G2 puisse rencontrer l'intolérable, lui permettant ainsi d'y toucher, de l'effleurer et d'apprendre à mieux réguler ses affects.

Chronologie. La notion d'un certain rythme est décrite également en terme chronologique : un temps d'appivoisement, un temps d'ouverture, un temps de silence, un temps d'émergence, un temps pour discourir. G2 évolue à un rythme qui lui convient et par lequel elle a la conviction d'aller quelque part d'important, voire même de puissant.

De... m'avoir comme... orientée vers l'émotion qui était l'intolérable pour moi, là. Et... et d'avoir demandé... d'avoir mis du silence sur ça. C'est-à-dire que, lui, c'est... il m'a juste demandé de rester là, d'avoir accompagné mon silence, accompagné le temps d'écoute... sans m'envahir. Juste en me... manifestant sa présence là, et en prenant... et en acceptant tout le temps que ça me prenait pour aller rencontrer ça. Puis ensuite, c'est... son écoute... qui organisait l'information aussi, qui m'aidait à organiser mon information parce que... je pouvais avoir des images-là... juste me refléter... mettre quelques mots pour vérifier si ça donnait du sens... mais à partir de l'émotion puis à partir des images... qui permettait... la rencontre... plus profonde à l'intérieur... il était... il était comme un contenant... il m'aidait à... il était un contenant pendant que j'allais à l'intérieur... comme je n'avais pas besoin de m'occuper de me contenir. Il me contenait... Je sais que je vais être accueillie, soutenue quoi que je rencontre.

Prises de risques importantes. G2 a su faire preuve de courage même si cela s'est avéré difficile. Entre autres, elle a accueilli les émergences du sacré et des espaces intimes et touchants qui la surprenaient. Elle a aussi accepté de ressentir ce qui émergeait intensément au plan émotionnel : 1) tolérer l'émotion, l'intolérable et la souffrance, et accueillir ce qu'ils racontent de son histoire (« [...] l'émotion est là, bien oui... comment ça m'a amenée sur certaines choses intolérables sur le plan existentiel, la souffrance. »); et 2) identifier ses enjeux relationnels.

[...] c'était aussi difficile... ça demandait autant d'attention d'accueillir... les émergences... du sacré par exemple en soi ou des espaces intimes qui

sont des surprises pour soi... c'est tellement intime, là. Tellement touchant... Que ça aussi, ça demande de ne pas se sauver.

[...] en voyant mes... enjeux qui se répétaient chez moi [s'identifier au sauveur]... qui est si je m'identifie ... à ceux que je dénonce [les bourreaux]... Si je me retrouve dans le rôle de ceux que je dénonce, comment ça devenait [difficile à contenir]... donc, c'était la rencontre avec un des enjeux puis une... une de mes identités dans le fond... de pouvoir assumer en moi... des espaces où je ne suis pas juste celle... qui est la sauveuse, là puis de pouvoir assumer que je vais aussi mettre des limites et que je vais aussi faire mal même. Faire mal parce que c'est ma limite à moi... et d'assumer ça sans perdre... sans me perdre non plus, hein? C'est en... en étant pas juste clivée dans un rôle ou l'autre, là... c'est un peu renoncer à l'omnipotence aussi... Fait que juste d'assumer ça, de le porter en présence de cette personne-là, qui pouvait recevoir cette partie-là de moi. Bon, ça m'aidait. Bon, c'est... c'est un exemple... du processus, là.

G2 a su confronter son sentiment d'être indigne et oser apparaître en présence de son psychologue en s'affirmant davantage.

Donner un espace plus juste comme je le dis. Plus dans la réalité, plus... dans mon corps... plus portée dans le quotidien et tout ça. Bon, fait que... tout ça passe à travers l'expression de soi, à travers l'affirmation de moi, à travers... me montrer davantage... c'est ça. Prendre la parole... ç'a été... ç'a été long l'approvisionnement, mais ç'a été tout ça.

Engagement du psychologue. La manière dont G2 définit l'investissement de son psychologue est de souligner les points suivants : 1) afficher une présence et des caractéristiques hors du commun (« Mais par la présence de l'autre, à travers la présence de l'autre... pas envahissante. De façon disponible, de façon intéressée... et en donnant de l'importance à mon expérience... »); 2) offrir un encadrement et un rythme appropriés (« À vivre ces émotions-là comme tu dis, quand tu es encadrée à un rythme qui te convient, tu acceptes de prendre ce risque-là, d'explorer ce qui se passe à l'intérieur... »); et 3) adopter un langage que G2 peut très bien assimiler.

[Il n'y a pas de faux-fuyant dans ce qu'il dit... C'est ce qu'il pense vraiment.] C'est... pour moi, c'est... c'est une grande puissance ça. C'est extrêmement puissant ça. Cette authenticité, mais en respectant puis en s'adaptant à qui je suis, là. Pour moi, c'est extrêmement puissant. [Dirais-tu que c'est le moteur principal?] Oui.

Bilan de l'expérience significative

C'est justement de m'avoir aidée à faire le contact avec l'expérience nommée... Pas juste discourir... qu'on m'ait stoppée pour accueillir et pour être dans l'expérience, dans l'expérience émotionnelle... on me demandait de rester présente à l'émotion et de pouvoir à partir de là être en contact avec moi, puis en contact avec le thérapeute... Ça, ç'a été les moments... importants... À plusieurs reprises, là.

Son courage et son implication ont permis à G2 de prendre le risque de vivre l'émergence de choses importantes, intenses et difficiles à accepter, qui soulevaient autant le très souffrant que le très beau.

[...] il y a une compatibilité face à cette façon de... dans cette forme de travail, là, tu... C'est un chemin qui m'intéresse... Qui me comble... j'étais accompagnée... saisir où est-ce qu'il voulait m'amener. Comment je collabore? Mais en acceptant ce chemin-là. Bien d'abord en me présentant, en étant présente... en acceptant ce chemin-là... en acceptant d'explorer [ce qui se passe à l'intérieur]... de nommer... d'éprouver.

Les choses qui étaient intéressantes aussi, c'était d'aborder autant... le très souffrant du très beau en soi qui était aussi difficile à accepter... d'y accorder autant d'importance... à des souffrances puis aux... aux laideurs puis à quelque chose d'indigne. Et de... et de voir que c'est aussi difficile... j'ai l'impression que si je me restreins d'un côté, je me restreins de l'autre.

G2 attribue beaucoup de mérite à son psychologue pour les raisons suivantes :

1) présence non envahissante, contemplative, dans le sens que lui-même ralentit (« l'accompagner dans son silence en acceptant tout le temps que ça me prenait pour aller rencontrer ça [son vécu] »); 2) disponible et intéressé (donner de l'importance à

l'expérience de G2); 3) authentique et transparent; 4) exercer une certaine directionnalité vers l'émotion au lieu de discourir à ce propos; 5) aider G2 à organiser l'information, sur la base de ses émotions ou images, par des reflets pour vérifier si cela avait du sens; 6) agir auprès de G2 en tant que « contenant » et ainsi lui permettre d'aller à l'intérieur de soi (« Je sais que je vais être accueillie, soutenue quoi que je rencontre »); et 7) ses compétences professionnelles.

Ce qui semble également avoir été fort significatif pour G2, c'est de s'être constamment sentie reçue, rassurée, soutenue et validée à chaque fois qu'elle a consulté son psychologue. En dévoilant de plus en plus l'innommable ou le caché, elle a acquis la certitude d'être toujours recevable auprès de lui d'une fois à l'autre.

[...] ce qui avait été le plus utile. Je pense que ç'a été la répétition des rencontres. Dans des contextes de réaffirmation que je pouvais être acceptée dans tous les aspects que je présentais... de façon répétitive, que c'était recevable...qu'on pouvait m'aider à tolérer ce que je nommais moi-même. Donc, pour pouvoir en dévoiler de plus en plus... que même l'innommable ou le caché pouvait tranquillement s'ouvrir... recevoir la même sorte d'accueil... et c'est vraiment... le fait que ç'a été fait sur du long... à répétition... sur du long terme. Ça pour moi, ç'a été important pour... Et on se rappelle de moi. Ça aussi. Je continue à exister c'est ça. J'existe toujours chez l'autre.

La relation thérapeutique a joué un rôle clé dans le cheminement de G2. Cette dernière décrit leur relation comme étant une relation de confiance, empreinte d'authenticité, d'intégrité et de transparence.

[...] de façon professionnelle... c'est comme il s'assure que de sa façon de le dire... Est assimilable, oui... il vérifie l'impact que ça peut avoir sur toi... Soucieux de ça aussi. Il y a aussi l'impact qu'il pourrait avoir dans sa façon de te dire les choses. C'est... pour moi... c'est une grande puissance

ça. C'est extrêmement puissant ça. Cette authenticité, mais en respectant puis en s'adaptant à qui je suis, là. Pour moi, c'est extrêmement puissant... [Dirais-tu que c'est le moteur principal?] ... Oui.

Les résultats obtenus en psychothérapie ont été généralisés par G2 dans son milieu de vie. À titre d'exemples : 1) prendre sa place en groupe et s'animer pour certains sujets sans chercher à être charismatique; 2) actualiser son pouvoir interne (« bien en fait, je le vois plus que ça dépend de moi... Ça dépend plus de moi que des autres. »); et 3) modifier ses schémas relationnels, tels contrecarrer ses clivages internes et se réapproprier son humanité, dans ses côtés beaux et sombres (p.ex., bonté et gentillesse; honte et haine).

G2 dit que son expérience en psychothérapie est précieuse.

[...] comme il n'y a rien de plus précieux pour moi, là. Il n'y a rien de plus précieux que de s'accoucher de soi-même... de s'offrir la vie dans le fond. Oui, je peux goûter davantage à la vie... ou moins... de contraintes intérieures à goûter à la vie. C'est un beau cadeau... C'est un cadeau de la vie... C'est de la présence... C'est une capacité de présence à ma vie ici et maintenant.

Analyse des résultats

De regrouper les unités de sens sous les cinq catégories retenues dans le contexte théorique s'est avéré justifié : Clients, Psychothérapeutes, Relations thérapeutiques, Environnements et Impacts. De plus, l'analyse des résultats fait émerger deux nouvelles catégories de facteurs déterminants : le Temps et l'Investissement des clients et des

psychothérapeutes. Conséquemment, chaque catégorie de facteurs déterminants fait ici l'objet d'une interprétation plus approfondie à partir des données issues des quatre entrevues.

Clients. Certaines caractéristiques personnelles des clients sont identifiées comme étant des facteurs déterminants par les participants eux-mêmes : 1) leur histoire personnelle se rejoue en psychothérapie (p. ex., sentiment de honte, représentation négative de soi, schémas relationnels dysfonctionnels); 2) leur attitude constructive de départ face au processus thérapeutique; 3) leurs capacités réflexives; 4) leur courage; 5) leur intuition; et 6) leur détermination (p. ex., prendre des risques en se rendant vulnérable face à leur psychothérapeute).

D'autres caractéristiques des clients émergent de leurs témoignages, selon la perspective du chercheur, et peuvent être considérées comme des facteurs déterminants : 1) leur sensibilité face à ce qui se passe en eux et dans la relation à l'autre; 2) leur intelligence et leur curiosité afin de comprendre leurs enjeux personnels et interpersonnels; 3) leur sens des responsabilités dans un souci bien évident d'obtenir des résultats positifs (p. ex., tenir son engagement de ne pas terminer sa psychothérapie avant d'en avoir parlé préalablement avec son psychothérapeute, dans le cas d'AB1); et 4) leur faculté d'adaptation à leur psychothérapeute et à son approche thérapeutique.

Psychothérapeutes. Les participants soulignent que leur psychothérapeute est indéniablement responsable d'une bonne part du déroulement de leurs expériences significatives en psychothérapie. Leurs caractéristiques personnelles nombreuses furent identifiées par les clients comme étant des facteurs déterminants : imaginatif, créatif, polyvalent, respectueux, attentionné, sensible, compréhensif, perspicace, authentique et intègre. Il est aussi question de leurs habiletés relationnelles, telles que : accueil adéquat, capacités de jouer différents rôles, aptitudes à sécuriser leur client, présence constante et de qualité, habileté à créer et maintenir le contact interpersonnel.

Au plan des habiletés thérapeutiques, les caractéristiques suivantes émergent :

- 1) offrir un accompagnement hors pair;
- 2) assurer un cadre thérapeutique modulé en fonction des besoins des clients;
- 3) adopter une approche psychocorporelle et globale;
- 4) utiliser le contact physique à des fins thérapeutiques;
- 5) favoriser chez le client une ouverture à sa propre expérience et au dévoilement de soi en créant un climat propice à cela;
- 6) utiliser sciemment l'espace physique;
- 7) bien maîtriser son approche thérapeutique et les techniques d'interventions qui lui sont associées;
- 8) faire preuve de polyvalence éclectique;
- et 9) transmettre efficacement ses connaissances.

L'approche thérapeutique du psychothérapeute n'est soulignée explicitement que par les participantes en analyse bioénergétique. Pour AB1 et AB2, l'AB intègre davantage les aspects corporels et émotionnels que d'autres psychothérapies. C'est ce pourquoi elles lui attribuent un grand pouvoir à des fins thérapeutiques : « Ça casse la

pensée, ... ça te met ailleurs. », dit AB2. Les participants en PGRO ne font pas directement mention de l'approche, sinon de dire qu'elle leur convenait parfaitement. Ainsi, G2 évalue que son psychothérapeute a su utiliser différentes techniques d'intervention qui se sont avérées fort efficaces. Elles lui ont entre autres permis de toucher les zones sombres et sacrées de son être en psychothérapie. Elle dit que cette approche lui est compatible et la comble.

Relations thérapeutiques. Les relations thérapeutiques répondent à une autre partie du comment en arriver à vivre une expérience significative en psychothérapie. Dans tous les cas, il est question d'une relation de confiance bien établie entre les clients et leur psychothérapeute. Celle-ci est un amalgame de la contribution des clients, des psychologues et du psychothérapeute. C'est le médium par lequel l'expérience thérapeutique se développe et prend une tournure particulièrement significative. Quoique celle-ci se soit développée de façon progressive, à la suite d'un apprivoisement graduel, elle fut significative dans tous les cas, et ce, pour diverses raisons : expérimenter des moments intenses ou solennels, un cadre thérapeutique bien établi, un contexte favorisant le dévoilement de soi et le sentiment d'être validé par son psychothérapeute.

Environnements physiques thérapeutiques. En ce qui concerne le facteur Environnements, il est principalement ici question des environnements physiques thérapeutiques. Les éléments culturels, ethniques, religieux ou autres n'ont pas été

abordés car cela aurait entraîné un investissement hors proportion dans le cadre de ce doctorat.

Cet espace physique thérapeutique semble ne pas avoir joué un rôle déterminant pour chacun des participants. Deux hypothèses plausibles peuvent expliquer ce résultat : soit que les conditions favorables étaient mises en place pour tous (p. ex., confidentialité), soit que ce facteur a peu d'impact sur un processus thérapeutique à plus ou moins long terme.

Impacts. Les clients s'engagent dans une psychothérapie avec l'espoir de provoquer des changements majeurs dans leur vie. Il est évident que c'est le cas pour les quatre participants à cette étude et ils sont de nature très variée, tels que : 1) régulation affective plus efficiente (p. ex., une meilleure gestion de sa colère, ressentir et apprivoiser ses peurs); 2) confiance en soi plus grande (p. ex., acceptation et affirmation de son identité et en cela se légitimer et en être fier, actualisation de son pouvoir interne); 3) acquisition de meilleures habiletés relationnelles (p. ex., ajustement créatif, départage des responsabilités de chacun dans les relations interpersonnelles, expression de soi plus spontanée, améliorations de ses patterns relationnels, authenticité et spontanéité); 4) prises de conscience à propos de soi (p. ex., conscientisation de ses besoins et une aptitude améliorée de s'occuper adéquatement de ceux-ci, capacités plus grandes de ressentir ses souffrances et ce qui est beau en eux, recherche de sens constante, clivages internes et externes moins accentués, vision plus juste de soi); 5)

validation de soi dans son être par le psychothérapeute et par soi (p. ex., sentiment d'exister pour soi et pour l'autre); 6) microréparations de ses blessures du passé (p. ex., de l'impact du père dans son développement ou d'un sentiment de honte); 7) transfert de ses acquis en psychothérapie dans son milieu de vie.

L'analyse des résultats fait émerger deux autres catégories potentielles de facteurs déterminants, à savoir le Temps et l'Investissement des clients et des psychothérapeutes.

Temps. Plusieurs propos des participants à cette étude font référence à la notion de temps, et ce, de façons fort diversifiées. C'est ce pourquoi une attention particulière lui est accordée dans cette étude. Les notions de durée, rythme, synchronisme et répétitions soulèvent un intérêt certain pour le facteur temps. Elles ont toutes un rôle important à jouer en psychothérapie, comme le soulignent à leur manière chacun des participants à cette étude. Pour ceux-ci, il est question d'une psychothérapie qui s'est échelonnée sur plusieurs années. Cela leur a permis, entre autres, de s'approprier progressivement à leur psychothérapeute, pour ensuite aborder graduellement des thèmes de plus en plus intimes et personnels.

La question du rythme revient souvent sous diverses formes dans le discours des participants : 1) une lenteur qui leur permet de ressentir un certain vécu émotionnel pour ensuite lui attribuer un sens approprié; 2) l'importance de ne pas finir une séance trop rapidement, assurant un « atterrissage en douceur »; 3) des séquences de prise de contact

et de rupture adroitement orchestrées par les psychologues et le psychothérapeute; et 4) le synchronisme des psychologues et du psychothérapeute (p. ex., poser le bon geste au bon moment).

Ce qui fut important pour AB1, c'est d'avoir pu suivre sa psychothérapie à un rythme qui lui convenait, sans se sentir jugée en cela. C'est ce qui lui a permis de s'approprier très progressivement au contact avec son psychothérapeute. Pour G2, ce fut la répétition d'une fois à l'autre d'une expérience de validation de sa valeur personnelle profondément ressentie qui a créé le plus d'impacts. Le moment de la consultation est parfois un incitatif important. C'est effectivement le cas de G1 qui mentionne un état d'urgence, avec l'impression que cela doit nécessairement se dérouler ici et maintenant. AB2 mentionne que, selon le moment où elle consultait en psychothérapie, elle abordait son processus fort différemment.

Investissement. La catégorie Investissements s'appuie sur différents propos tenus par les participants, soulignant leur plein engagement dans le processus thérapeutique ainsi que celui de leur psychothérapeute tels que : du courage; un plein engagement aux plans mental, physique et émotionnel; un investissement de longue durée en psychothérapie. Tout l'investissement dont ils font preuve, en vue d'obtenir des résultats positifs, répond en partie à la question suivante : Comment en arriver à vivre une expérience significative en psychothérapie? Tel qu'élaboré théoriquement et confirmé de façon empirique selon diverses méthodes de recherche (Timulak, 2007), l'engagement

des clients et des psychothérapeutes a des répercussions visibles et majeures lors d'évènements significatifs en psychothérapie.

Le Tableau 2 illustre la synthèse des résultats obtenus suite à une analyse approfondie des quatre entrevues.

Tableau 2

Cumulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue sommaire des entrevues

Catégories	Facteurs déterminants	Données des entrevues	
Clients	Sensibilité	Sensibilité d'AB1 aux sons	
	Vivre des émotions intenses	Courage de la part d'AB1 de vivre une expérience émotionnelle intense et en présence de son psychothérapeute	
	Attitudes initiales	Attitude de départ d'AB2 en psychothérapie	
	Capacités réflexives	Capacités réflexives d'AB1	
	Intuition	Intuition d'AB2	
	Apprivoisement du contact	Apprivoisement progressif du contact par AB1	
	Confiance	Confiance graduelle d'AB1 envers son psychothérapeute	
	Réactivation de ses enjeux		Réactivation en psychothérapie d'enjeux personnels et relationnels issus du passé d'AB1 (poliomyélite, milieu familial dysfonctionnel, retrait social, schémas relationnels déficients)
			Réactivation en psychothérapie d'enjeux personnels et relationnels issus du passé d'AB2 (sentiment d'existence, un manque aux plans affectif et relationnel avec son père, mère d'AB2 ayant peu d'aptitude parentale au plan affectif du moins, manque de reconnaissance d'AB2 de la part de ses parents, dévalorisation des enfants aux yeux des adultes de l'entourage d'AB2, résilience de la part d'AB2)
		Réactivation en psychothérapie d'enjeux personnels et relationnels issus du passé de G1 (blessures au plan narcissique persistantes, schémas relationnels contreproductifs)	
	Réactivation en psychothérapie d'enjeux personnels et relationnels issus du passé de G2 (sentiment d'être indigne, vision paradoxale de soi)		

Tableau 2

Cumulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue sommaire des entrevues (suite)

Catégories	Facteurs déterminants	Données des entrevues	
Psychothérapeutes	Bien dans sa peau	Psychothérapeute d'AB1 perçu comme étant bien dans sa peau	
	Contacts justes	Contacts physiques à des fins thérapeutiques (AB1)	
	Créativité	Créativité de la part du psychothérapeute d'AB1	
	Perspécacité	La psychologue d'AB2 se montre perspicace selon AB2	
	Polyvalence	Polyvalence éclectique du psychothérapeute d'AB1	
	Transmission	Transmission efficace de ses connaissances de la part du psychologue de G1	
	Caractéristiques personnelles		Authenticité et intégrité du psychologue de G2
			Capacités du psychothérapeute de sécuriser AB1
	Habilités relationnelles		Accompagnement hors pair d'AB1 par son psychothérapeute
			Accueil adéquat de G1 de la part de son psychologue
			Approvisionnement progressif du contact par AB1 facilité par son psychothérapeute
			Encadrement modulé du psychothérapeute selon les besoins d'AB1
			Habilité du psychologue de G1 de créer et maintenir le contact entre eux
		Habilités relationnelles optimales de la psychologue d'AB2 (sensible, attentionnée, rassurante, disponible, stimulante, non « jugeante », etc.)	
	Présence constante auprès de G1 de la part de son psychologue		
	Utilisation appropriée de l'espace par le psychologue de G1		

Tableau 2

Cumulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue sommaire des entrevues (suite)

Catégories	Facteurs déterminants	Données des entrevues
Psychothérapeutes (suite)	Aptitude parentale	Capacités du psychothérapeute d'AB1 de jouer différents rôles parentaux
	Compétences professionnelles	<p>AB2 apprivoise sa peur du lâcher-prise à l'aide de sa psychologue</p> <p>Approche psychocorporelle au service du développement chez AB1</p> <p>Approche psychocorporelle du psychothérapeute éveillant graduellement chez AB1 le sentiment d'exister et celui d'habiter son corps</p> <p>Habilité du psychologue de G2 de créer un climat propice en psychothérapie</p> <p>La psychologue d'AB2 intègre tous les aspects relationnels dans son approche</p> <p>La psychologue favorise chez AB2 une ouverture face à sa propre expérience</p> <p>Techniques d'intervention appropriées utilisées par le psychologue de G2</p>

Tableau 2

Cumulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue sommaire des entrevues (suite)

Catégories	Facteurs déterminants	Données des recherches répertoriées
Relations thérapeutiques	Fierté	G1 est fier d'avoir pris des risques
	Intensité	Moment intense entre G1 et son psychologue
	Solennité	Moment solennel entre G1 et son psychologue
	Validation	G1 a le sentiment d'avoir été validé dans son être par son psychologue Sentiment de G2 d'être validée par son psychologue
	Relation de confiance	Relation de confiance bien établie (AB1) Relation de confiance entre G2 et son psychologue
	Respect du cadre	Respect du cadre thérapeutique de la part d'AB1
	Favoriser le dévoilement de soi	Une relation qui favorise le dévoilement de soi de la part d'AB2
	Environnements	Adéquacité du bureau
Bureau de peu d'influence		Environnement physique thérapeutique de peu d'influence Environnement physique thérapeutique peu influent (AB2)

Tableau 2

Cumulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue sommaire des entrevues (suite)

Catégories	Facteurs déterminants	Données des recherches répertoriées
Impacts	Mieux-être	AB1 et AB2 mentionnent directement une amélioration au plan physique
	Microréparation avec son père	G2 répare l'impact que son père a eu sur elle
	Microréparation de sa honte	G1 a le sentiment d'avoir microréparé son sentiment de honte
	Régulation affective	AB1 ressent et apprivoise ses peurs AB2 gère mieux sa colère Meilleure autorégulation chez AB2 Régulation affective plus efficace pour AB1
	Ressentir ses émotions	G2 parvient à ressentir ses souffrances mais aussi le beau en elle
	Conscientisation de ses besoins	G1 conscientise davantage ses besoins au plan relationnel
	Recherche de sens constante	Recherche constante de sens pour G1
	Sortir de ses clivages	G2 sort de ses clivages internes (avec soi) et externes (avec les autres)
	Vision de soi plus juste	G2 acquiert une vision plus juste d'elle-même

Tableau 2

Cumulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue sommaire des entrevues (suite)

Catégories	Facteurs déterminants	Données des recherches répertoriées
Impacts (suite)	Actualisation de son pouvoir	G2 actualise son pouvoir interne dans ses relations interpersonnelles
	Ajustement créatif dans ses relations	G1 fait preuve d'ajustement créatif dans ses relations interpersonnelles
	Amélioration dans ses relations	Amélioration chez AB1 de ses contacts interpersonnels
	Authenticité	AB2 est plus authentique dans ses réponses aux autres
	Départager les responsabilités de chacun	G1 parvient à mieux départager les responsabilités de chacun dans ses relations interpersonnelles
	Expression plus immédiate	AB2 s'exprime davantage dans l'immédiateté
	Modification de ses patterns	G2 modifie ses schémas relationnels
	Modification de ses patterns relationnels	Modification de ses patterns relationnels pour G1
	Acceptation et affirmation de soi	G2 accepte maintenant son identité tout en s'affirmant davantage
	Être bon parent pour elle	AB1 devient un bon parent pour elle-même AB2 sait mieux prendre soin d'elle et se faire plaisir
	Droit d'être lui-même	G1 a le sentiment d'avoir acquis le droit d'être qui il est et celui de s'affirmer en cela
	Généralisation de ses acquis	G2 transfère ses acquis en psychothérapie dans son milieu de vie

Tableau 2

Cumulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue sommaire des entretiens (suite)

Catégories	Facteurs déterminants	Données des recherches répertoriées	
Temps	Apprivoisement graduel	Apprivoisement graduel d'AB2 du processus thérapeutique	
	Choix en fonction des étapes de vie	Choix d'une psychothérapie en fonction des étapes de vie (AB1)	
	Chronologie	Chronologie (G2)	
	Continuité	Continuité dans le temps (G1)	
	Durée	Notion de durée (AB1)	
	Prendre son temps	Importance pour AB2 de pouvoir prendre son temps	
	Répétitions	Répétitions	
	Rythme		Notion de rythme (AB1)
			Notion de rythme (G1)
			Notion de rythme (G2)
	Synchronisme		Synchronisme (AB1)
		Synchronisme (G1)	

Tableau 2

Cumulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie : Revue sommaire des entrevues (suite)

Catégories	Facteurs déterminants	Données des recherches répertoriées
Investissements	Ambivalence	Ambivalence dans le contact de G1
	Prédisposition propice	Prédisposition propice (G1)
	Continuité	Continuité dans le temps dans sa recherche de sens (G1)
	Engagement du psychologue	Engagement du psychologue de G1 (présence, regard, contact) Engagement du psychologue de G2 (présence, caractéristiques hors du commun, encadrement et rythme appropriés, langage assimilable par G2)
	Contribution en dehors de la psychothérapie	Travail thérapeutique en dehors du bureau du psychothérapeute par AB1
	Engagement optimal	Plein engagement de la part d'AB2 (s'abandonner profondément à ses sanglots, prendre des risques à toucher ce qui n'est pas évident, vivre l'expérience physiquement et pas seulement intellectualiser, etc.)
	Prises de risque	Prises de risques importantes (G2)

Discussion

Cette section donne des assises à l'interprétation des résultats en regard des questions posées et des inférences jugées appropriées. L'apport de nombreux auteurs et praticiens cliniques contribue à consolider les résultats obtenus dans cette étude.

La multitude de recherches empiriques en contexte thérapeutique et la prolifération d'approches cliniques laissent entrevoir que la psychothérapie est un phénomène complexe à aborder dans sa globalité. D'une part, les recherches affichent une multitude de données contradictoires, ce qui procure une vision partielle et confuse du phénomène à l'étude. D'autre part, les nombreuses approches thérapeutiques offrent une telle panoplie de concepts et de services qu'il est difficile de se faire une opinion éclairée de ce qui est approprié pour chacun d'entre nous (clients, psychothérapeutes, chercheurs et lecteurs).

Aux fins d'apporter quelques éclairages à ce sujet, cette étude investigate la perspective des clients concernant ce qu'ils considèrent comme étant une expérience significative en psychothérapie. L'analyse des résultats permet d'organiser les unités de sens issues de cette recherche de trois façons : 1) regrouper les unités de sens, en tant que facteurs déterminants d'une expérience significative, sous sept catégories, dont celles retenues dans notre revue de littérature, et quatre sous-catégories; 2) relever les

invariants des facteurs déterminants et des différences pour chacune des catégories de facteurs déterminants; et 3) construire une représentation synthétique et structurée des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie.

Sur la base des bilans des expériences des participants à cette recherche, sept catégories de facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie ont été identifiées (Clients, Psychothérapeutes, Relations thérapeutiques, Environnements, Impacts, Temps et Investissements).

En se référant à divers auteurs précédemment cités et avec les résultats obtenus dans cette étude, il est ici proposé d'émettre l'hypothèse de quatre sous-catégories (SC) de facteurs déterminants, à savoir : Corporelle (SCCor), Émotionnelle (SCÉ), Cognitive (SCCog), Interactive (SCI). Dans certains cas, deux sous-catégories ou plus sont présentes pour l'un des facteurs déterminants et, lorsque les quatre sous-catégories sont présentes, c'est indiqué de la façon suivante : 4SC. Ces dernières procurent une vision encore plus élaborée des facteurs déterminants. Bien que ces sous-catégories soient indissociables, jamais vraiment séparées l'une de l'autre, de les subdiviser ainsi apporte certains éclairages intéressants.

Cette façon de faire trouve écho chez de nombreux auteurs. Castonguay (1986) mentionne que le thérapeute utilise sa force sociale pour faciliter, chez le client, un contrôle de ses réactions émotives (SCÉ), cognitives (SCCog) et comportementales

(SCCor). Cette influence a pour but de permettre au client d'acquérir un sens de maîtrise et donc de devenir plus autonome, y compris par rapport au psychothérapeute (Strupp, 1973).

Ces sous-catégories rejoignent également les propos de Chambon et Marie-Cardine (1999), qui postulent que toute psychothérapie agit sur l'une des cinq cibles suivantes : les comportements et les sensations (SCCor), les affects et les émotions (SCÉ), les cognitions (SCCog) et le contexte social et interpersonnel (SCI). Même si l'efficacité des psychothérapies s'explique par leur action privilégiée sur l'un de ces aspects, chacun de ces aspects est en interaction dynamique avec les autres. De plus, chaque type de psychothérapie, en agissant initialement sur un seul de ces facteurs, agit finalement sur l'ensemble de ceux-ci.

Hubert (1993) identifie les cibles thérapeutiques préférentielles initiales de cinq approches thérapeutiques qui ressemblent aux sous-catégories de cette étude-ci : cognition (SCCog), affect (SCÉ), comportement et sensation (SCCor) et contexte (SCI et Environnements).

MacLean (1985) élabore le concept du cerveau trinitaire dans lequel on retrouve : 1) le cerveau reptilien (régulation des activités physiques, telles que les pulsions reproductrices et les instincts : SCCor); 2) le cerveau limbique (régulation du processus

émotionnel et de certaines conduites sociales : SCÉ, SCI); et 3) le néocortex (régulation du processus cognitif : SCCog).

Wilber (1996) propose un modèle fonctionnel du processus hiérarchisé de l'information : 1) sensorimoteur (connaissance comportementale, cerveau reptilien : SCCor); 2) émotionnel (connaissance affective, cerveau limbique : SCÉ); et 3) cognitif (connaissance déclarative, pensée logique et raisonnement, néocortex : SCCog). Ces trois éléments sont interdépendants et fonctionnent comme un tout, le degré d'intégration de chaque élément affectant l'efficacité des autres (Damasio, 1999; Ledoux, 1996; Schore, 1994).

Tonella (2007), quant à lui, mentionne cinq fonctions du soi : 1) énergétique (Investissements); 2) sensorielle (SCCor); 3) tonique ou musculaire (SCCor); 4) émotionnelle (SCÉ); et 5) représentative et cognitive (SCCog). Les connexions entre les différentes fonctions conduisent à l'intégration du Soi.

Delisle (1993) définit la personnalité comme une façon relativement stable et particulière que nous avons d'organiser les éléments : 1) corporels, tels que les comportements sensorimoteurs (SCCor); 2) affectifs, tels que les émotions et les affects (SCÉ); et 3) cognitifs, tels que le sens attribué aux événements (SCCog). En Gestalt-thérapie, il est souvent question du self, qui renvoie aux aspects suivants : comportements et sensations (SCCor), émotions (SCÉ), cognitions (SCCog). Le fait de

maximiser la conscience de ces aspects du self accentue la maturation et la santé psychologiques.

Les dimensions incontournables de la condition humaine mentionnées par Ginger (1994) rejoignent nos sous-catégories : corporelle (SCCor), affective (SCÉ), cognitive (SCCog), sociale (contact avec les gens; SCI) et spirituelle (contact avec l'environnement universel; SCI). La Gestalt-thérapie mobilise la conscience dans le présent simultanément aux plans corporel, affectif et mental; trois plans indissociables et jamais séparés les uns des autres (Masquelier & Masquelier, 2012). Largier (2008) regroupe ces trois mêmes termes lorsqu'il se réfère aux sentiments : ils sont la perception d'un certain état du corps (SCCor), d'un certain état émotionnel (SCÉ) ainsi que d'un certain mode de pensée (SCCog). Selon Cozolino (2012), l'intégration des circuits neuronaux responsables de chacune de ces fonctions (corporelle, affective et cognitive) assure un fonctionnement global optimal chez un individu.

Cette sous-catégorisation rejoint les initiatives de certains auteurs, tels que Frank (1981) ainsi que Frank et Frank (1991). Ces derniers décrivent six facteurs communs à toute forme de psychothérapie. Ils peuvent être inclus dans l'une ou l'autre des catégories et sous-catégories de facteurs déterminants de cette étude : 1) la force de la relation thérapeutique (Relation thérapeutique; SCI); 2) les méthodes qui accroissent la motivation et les attentes d'aide chez le client (Clients, Psychothérapeutes, Investissements; SCCog); 3) l'augmentation de la maîtrise et de l'efficacité personnelles,

de l'estime de soi (Clients, Impacts; SCCog); 4) l'affrontement ou l'exposition à de nouvelles expériences d'apprentissage (Clients, Investissements; 4SC); 5) la réduction ou l'accroissement de l'activation émotionnelle (Clients, Investissements; SCÉ); et 6) la possibilité de pratiquer de nouveaux comportements (Clients, Impacts; SCCor). La figure 1 laisse entrevoir une vision plus holistique et structurée de la psychothérapie, mentionnant des catégories (p. ex., Environnements et Temps) et des sous-catégories de facteurs déterminants que Frank et Frank ne mentionnent pas explicitement.

Voici quelques exemples tirés des auteurs précités qui justifient également une telle classification. Il est possible d'observer des changements au plan corporel (SCCor), tels que de défier ses anciennes croyances et ses vieux schémas au plan comportemental (Giorgi, 2009). Il est aussi question de changements au plan cognitif ou réflexif (SCCog), tels que : 1) acquérir de nouvelles perspectives (Timulak, 2010); 2) corriger de vieilles croyances dysfonctionnelles (Binder et al., 2009); 3) défier ses vieux schémas au plan perceptif (Giorgi, 2009); et 4) intégrer de nouveaux insights cognitifs (Hodgetts & Wright, 2007). D'autres auteurs soulèvent des changements au plan expérientiel ou émotionnel (SCÉ), tels que : 1) vivre des expériences émotionnelles d'une manière plus rafraîchissante (Timulak 2010); 2) défier ses anciennes croyances et ses vieux schémas au plan émotionnel (Giorgi, 2011); et 3) éprouver un sentiment de soulagement face à ses difficultés (Hodgetts & Wright, 2007). Finalement, des changements au plan interactif (SCI) sont également rapportés, tels que : 1) vivre l'expérience d'une

validation interpersonnelle (Timulak, 2010); et 2) entretenir de meilleurs contacts interpersonnels (Hodgetts & Wright, 2007).

À titre d'exemple dans cette étude, l'unité de sens « Réactivation en psychothérapie d'enjeux personnels et relationnels issus du passé d'AB1 » est accompagnée du sigle : 4SC. Cela revient à dire que cette réactivation comporte pour AB1 des éléments corporels (p. ex., des troubles de santé physique dans son enfance et des états de régression en psychothérapie), émotionnels (p. ex., un sentiment de honte), cognitifs (p. ex., une représentation de soi négative, se considérant comme un imposteur) et interactifs (p. ex., isolement social de peur d'être jugée et rejetée par ses pairs).

Identification des catégories de facteurs déterminants

Voyons plus en détails chacune de ces catégories et sous-catégories de facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie.

Clients

L'apport des clients est qualitativement nuancé par les quatre sous-catégories citées précédemment. Un premier constat est l'apport majeur de la dimension corporelle en psychothérapie, tel que mentionné par AB1 et AB2. Quoiqu'une mobilisation corporelle directe et intensive ne soit pas incontournable pour vivre une expérience significative en psychothérapie, elle n'en demeure pas moins essentielle dans une

approche psychocorporelle. Peu de recherches, à notre connaissance, abordent cette dimension et cela pourrait s'avérer riche d'informations de s'y attarder plus longuement.

Au plan émotionnel, tant dans la littérature que dans cette étude, il est évident que les émotions occupent une place privilégiée dans un processus thérapeutique. À titre d'exemple, Bonsmann (2010) souligne le potentiel des émotions fortes et chaque participant à cette étude soulève des moments forts au plan émotionnel.

Les recherches énoncent beaucoup de données à propos des clients au plan cognitif : 1) leurs capacités réflexives, telles que l'introspection (Elliott, 2008); 2) leurs attitudes, telles qu'une réticence à parler de certains sujets (Manthei, 2007); 3) leurs espoirs ou croyances, telles que leur représentation de soi et leurs relations interpersonnelles (Binder et al., 2009); 4) leurs intentions (Elliott & James, 1989); 5) leurs préoccupations, telles que la nature et la gravité de leurs problématiques (Elliott & James, 1989; Gros-Louis, 2003); et 6) leur pouvoir d'autoguérison (Rodgers, 2002). Dans cette étude, certains éléments sont mentionnés, tels que leurs attitudes de départ en psychothérapie (p. ex., un état d'urgence pour G1) et leurs capacités réflexives (p. ex., l'intuition d'AB2, la polyvalence d'AB1 et l'intégration de l'approche gestaltiste pour G2 qui lui est compatible).

Au plan interactif, il est fait mention des schémas relationnels (Elliott & James, 1989) et des façons d'établir des relations (Lietaer, 1992) notamment. Dans cette étude,

il est question d'apprivoisement du contact, d'une capacité de faire confiance à leur psychothérapeute, de créer et maintenir un contact personnel et intime de la part des clients.

Facteurs déterminants. Le facteur le plus déterminant dans la catégorie Clients est sans nul doute la « réactivation en psychothérapie d'enjeux personnels et relationnels issus du passé des clients » pour les quatre participants. Une constatation qui rejoint celle de Binder et al. (2009), qui parlent d'expériences réussies en psychothérapie dans des circonstances telles que la remémoration d'évènements marquants de leur passé. La psychothérapie leur a permis de « microréparer » leurs blessures et ils en tirent maintenant des bénéfices fort appréciables dans leur milieu de vie.

L'histoire personnelle de chacun d'entre eux s'avère étroitement liée à leurs expériences significatives en psychothérapie, et ce, au niveau des quatre sous-catégories de cette étude. Brillon (2011) donne une explication sommaire du phénomène :

[...] aujourd'hui, l'on considère le transfert non plus comme la simple projection sur le thérapeute d'un conflit infantile, mais comme une modalité relationnelle inconsciente constamment à l'œuvre dans toute relation. Celle-ci s'est développée à partir des expériences relationnelles et émotionnelles vécues durant l'enfance avec les premières figures d'attachement. Les traces inconscientes laissées par ces dernières sont réveillées par toute situation qui les rappelle de près ou de loin et la personne y réagit de la même manière que durant l'enfance. La relation thérapeutique est particulièrement susceptible de réveiller cette modalité relationnelle inconsciente en raison de ses particularités et de ses buts qui visent justement à modifier ces apprentissages inconscients. (p. 23)

Un autre élément commun aux quatre participants est d'avoir eu le courage de vivre des émotions intenses en présence de leur psychothérapeute respectif. Pour les participants en AB, cela impliquait une mobilisation corporelle plus engagée qu'en PGRO : 1) exercices physiques (p. ex., respiration accentuée); 2) adopter différentes postures physiques (p. ex., position couchée pour AB1, qui lui a fait expérimenter un état de régression); et 3) exécuter certains gestes (p. ex., varier la position de sa tête pour AB2, qui l'a menée à vivre un lâcher-prise significatif). En PGRO, l'expérience des participants n'en est pas moins intense mais vécue différemment, sans mobilisation directe de leur corps, à l'exception du langage non-verbal (p. ex., le regard).

Au plan cognitif, tous les participants ont donné et donnent encore un sens à leur expérience respective (p. ex., se sentir validé par leur psychothérapeute dans leur être). Ils soulignent également leurs capacités réflexives directement (polyvalence chez AB1 et intuition pour AB2) ou indirectement (p. ex., l'utilisation d'un vocabulaire gestaltiste bien intégré chez G1 et G2). Au plan interactif, ils mentionnent tous qu'ils ont pris un certain temps pour s'appivoiser à leur psychothérapeute. Ils ont pris contact d'une manière de plus en plus personnelle et intime, développant ainsi une relation de confiance thérapeutique qui ne s'est jamais démentie.

Psychothérapeutes

Plusieurs caractéristiques personnelles des psychothérapeutes sont soulignées dans la littérature comme étant déterminantes pour engager un processus thérapeutique

efficace : crédibilité, confiance en soi, pouvoir d'attraction, éthique, etc. (Bonsmann, 2010; Orlinsky et al., 1994; Rodgers, 2002). Dans cette étude, il en est de même : 1) être bien dans sa peau et ainsi pouvoir utiliser le contact physique à des fins thérapeutiques (SCCor); 2) afficher des qualités personnelles qui favorisent un climat de confiance avec leur client et offrir une résonance affective qui entraîne un dévoilement de soi chez le client (SÉ); 3) démontrer de bonnes capacités cognitives (p. ex., créativité, perspicacité, polyvalence et transmission des connaissances; SCCog).

Les compétences interactives des psychothérapeutes (SCI) jouent également un rôle important (p. ex., leur aptitude à composer avec des expériences variées, difficiles et intenses émotionnellement; Binder et al., 2009). Dans cette étude, les compétences interactives des psychothérapeutes favorisent une relation de confiance avec leur client (p. ex., accueil adéquat et progressif, encadrement modulé au client, créer et maintenir un contact optimal).

La littérature ne tarit pas de références sur les compétences professionnelles des psychothérapeutes, telles que leurs approches théoriques et cliniques ou leurs techniques d'intervention. Ces compétences jouent un rôle important dans le processus thérapeutique des quatre participants à cette recherche (p. ex., techniques d'intervention appropriées, capacités de jouer différents rôles auprès de leur client, approche thérapeutique adaptée au client).

Cette étude souligne l'importance pour un psychothérapeute de posséder un bon bagage expérientiel. Ce dernier se traduit par diverses compétences, qui peuvent être mises en lien avec les sous-catégories de cette étude : 1) corporelles (p. ex., langage non-verbal cohérent avec le contenu verbal abordé en psychothérapie; SCCor); 2) affectives (p. ex., sensibilité émotionnelle, autorégulation affective; SCÉ); 3) cognitives (p. ex., compréhension et verbalisations judicieuses; SCCog); et 4) interactives (p. ex., habiletés relationnelles, telles que l'empathie et la capacité de confronter le client dans ses dilemmes, en actualisant ainsi une présence optimale durant la psychothérapie; SCI). Idéalement, un psychothérapeute doit pouvoir habiliter le client à développer ces mêmes compétences. Il assure ainsi un impact significatif pour le client dans son milieu de vie en y transférant les acquis obtenus en psychothérapie.

Facteurs déterminants. Les facteurs déterminants concernant les psychothérapeutes s'évaluent aisément à partir des sous-catégories identifiées dans cette étude. Au plan corporel, AB1 et AB2 relèvent à plusieurs reprises à quel point leur psychothérapeute a su utiliser la dimension corporelle en psychothérapie avec justesse et grande efficacité. En PGRO, il est surtout question de créer un contact entre les clients et leur psychologue en tenant compte du langage verbal et non-verbal, sans toutefois intervenir, ni directement ni intentionnellement, sur le corps du client. Ainsi, pour G1, le regard validant et réparateur de son psychologue est un élément crucial dans son processus thérapeutique.

Au plan émotionnel, la présence de qualité des psychologues et du psychothérapeute (p. ex., attentifs, respectueux, disponibles, sécurisants) et le fait d'offrir une belle résonance affective favorisent des émergences intenses physiquement et émotionnellement chez leur client.

Au plan cognitif, les psychologues et le psychothérapeute font preuve d'un accompagnement hors pair (p. ex., un suivi consciencieux du processus interne des clients et un encadrement modulé au client) et savent transmettre habilement leurs connaissances de façon assimilable pour leur client (p. ex., notion d'ajustement créateur en PGRO).

Au plan interactif, les psychologues et le psychothérapeute se montrent habiles à :

- 1) créer et garder le contact avec leur client à un rythme ajusté à celui-ci;
- 2) créer un climat propice à l'exploration de soi de la part du client;
- 3) offrir et maintenir un cadre thérapeutique efficient;
- et 4) choisir judicieusement une approche thérapeutique et des techniques d'intervention efficaces.

Trois facteurs semblent les plus déterminants dans la catégorie Psychothérapeutes. Le premier a trait aux caractéristiques personnelles des psychologues et du psychothérapeute qui inspirent confiance aux clients et les incitent à s'activer dans le processus thérapeutique (p. ex., imagination, authenticité). Le deuxième concerne leurs habiletés à créer un contact et à le maintenir à un niveau bien souvent optimal. Le

troisième est qu'il semble indiqué que l'approche thérapeutique convienne aux clients pour qu'elle soit jugée pertinente et efficace.

Relations thérapeutiques

La relation thérapeutique fait l'objet d'une multitude de recherches trop abondantes pour prétendre rendre compte de l'ensemble des résultats obtenus. Cependant, il est facile de conclure qu'elle joue un rôle primordial dans le processus thérapeutique, et ce, à bien des niveaux : 1) établir un climat de confiance et sécurisant pour le client (Binder et al., 2009); 2) développer un contact personnel qui invite le client à se dévoiler de plus en plus et vivre des expériences émotionnellement intenses (Elliott, 1985; Oliveira et al., 2012); 3) relever les moments aidants en psychothérapie et en tirer les principes de changements positifs (Levitt et al., 2006); et 4) établir des conditions de base pour parvenir à créer une relation thérapeutique optimale (p. ex., la transparence entre le client et le psychothérapeute; Rodgers, 2002).

Les participants à cette recherche sont unanimes au sujet de leur relation avec leur psychothérapeute. Celle-ci fut incontestablement une relation de confiance dans laquelle ils y ont trouvé beaucoup de positif : 1) éprouver un contact physique rassurant et apaisant, qui rend vraie l'empathie de son psychothérapeute pour AB1 notamment; 2) vivre des moments intenses émotionnellement en présence de leur psychothérapeute (p. ex., un moment qualifié de solennel pour G1; 3) ressentir une validation dans sa recevabilité pour G2; et 4) expérimenter une contribution complémentaire de soi et du

psychothérapeute au processus thérapeutique (p. ex., prendre le risque de lâcher prise et se sentir soutenue par sa psychologue pour AB2).

Facteurs déterminants. Les sous-catégories permettent de nuancer l'apport majeur de la relation thérapeutique lors d'une expérience significative en psychothérapie. Au plan corporel, plusieurs références sont faites par les participants en AB à l'effet que le contact physique avec leur psychothérapeute s'est avéré d'une grande valeur à leurs yeux. Pour AB1, ce contact rendait véridique l'empathie et la compassion de son psychothérapeute à son égard. Pour AB2, ce contact lui a permis de vivre intensément sa tristesse dans un profond lâcher-prise.

Au plan émotionnel, la relation thérapeutique a permis à tous de vivre intensément quelques expériences : 1) AB1 se sent sécurisée par son psychothérapeute dans un moment de régression; 2) AB2 se sent réconfortée par sa psychologue lorsqu'elle s'abandonne à ses pleurs; 3) G1 éprouve intensément un moment de grande fierté lorsque son psychologue le valide d'une manière solennelle; et 4) G2 a pu rencontrer l'intolérable du fait d'être bien accompagnée affectivement par son psychologue.

Au plan cognitif, les expériences des clients sont diversifiées : 1) confrontation face à ses engagements en psychothérapie pour AB1; 2) conscientisation de ses enjeux relationnels et dévoilement de soi pour AB2; 3) sentiment d'être légitimé dans son droit

d'être qui il est et de s'affirmer en cela pour G1; et 4) clivages internes et externes beaucoup moins prononcés pour G2.

Au plan interactif, différents apprentissages ont eu lieu pour tous : 1) prise de contact graduelle et de plus en plus intime pour AB1; 2) sentiment de pouvoir compter sur quelqu'un dans un état de grande vulnérabilité pour AB2; et 3) validation dans son être pour G1 et dans sa recevabilité pour G2.

Environnements

La littérature aborde l'influence de l'environnement de nombreuses façons qu'il a été impossible d'inclure dans cette étude (p. ex., ethnie, contexte social et culturel, etc.). Dans cette étude, il est exclusivement question du bureau du psychothérapeute. Une psychothérapie nécessite d'emblée un environnement thérapeutique identifié comme un lieu de guérison, de protection et de stimulation pour le client (Frank, 1961; Torrey, 1972; Tseng & McDermott, 1979). Les clients peuvent s'attendre à ce que le bureau du psychothérapeute offre un cadre intime et sécurisant (Castonguay, 1986). Un tel environnement l'incite à explorer librement, à exprimer ses émotions et à tenter toutes les expériences que lui prescrivent les méthodes thérapeutiques à suivre (Castonguay, 1986). Les indices qu'on y retrouve concernant les compétences des psychothérapeutes (p. ex., des diplômes) constituent plusieurs symboles de guérison permettant d'augmenter l'espoir des clients d'être aidés (Frank, 1961; Orinsky & Howard, 1978; Shapiro & Morris, 1978). Dans la mesure où il s'est avéré adéquat (p. ex., confortable,

confidentiel, accessible), l'environnement physique thérapeutique semble avoir été un facteur peu déterminant dans l'évolution du processus thérapeutique des participants à cette étude.

Impacts

Les impacts d'une psychothérapie pour les clients sont abondamment documentés dans la littérature. En consultant le contexte théorique de cette étude, il est aisé d'en réaliser toute l'ampleur. Les participants à cette étude citent également beaucoup d'impacts suscités par leur cheminement en psychothérapie. Celle-ci fut de longue durée pour tous et explique assurément ce pourquoi ils mentionnent aisément beaucoup de ces impacts en entrevue. Citons brièvement ceux qui semblent les plus prégnants de leur point de vue : 1) un mieux-être physique signalé par les gens en AB (SCCor) et pour G1; 2) autorégulation affective et microréparation de blessures affectives (SCÉ); 3) acquisition de nouvelles perspectives, restructuration cognitive, telle qu'une représentation de soi plus ajustée, des changements dans leurs croyances de base et une meilleure conscientisation de leurs besoins (SCCog); 4) ajustements créatifs dans leurs relations interpersonnelles et authenticité (SCI); 5) acceptation et affirmation de soi; 6) être « bon parent envers soi » (SCCog); 7) sentiment d'exister pour soi et l'autre (4SC); et 8) généralisation des acquis (4SC).

Facteurs déterminants. Les clientes en AB mentionnent des impacts au plan corporel, à savoir : 1) le sentiment d'habiter davantage son corps pour AB1; et 2) le

souci d'aligner sa tête avec le reste du corps et un sentiment de liberté pour AB2. Pour sa part, G1 fait allusion à quelques sensations physiques : il se sent libéré, vivant, avec l'énergie d'être qui il est et d'être vu comme ça. On pourrait imaginer d'autres types d'impacts au plan corporel (p. ex., une respiration plus profonde), mais il n'en est pas fait mention dans cette recherche. Cependant, ce constat ne permet pas pour autant de conclure que ce type d'impact n'existe pas pour d'autres approches thérapeutiques.

Au plan émotionnel, il est question notamment de régulation affective. Ainsi, AB1 ressent et apprivoise ses peurs. G1 vit un moment solennel du fait d'accepter de se montrer vulnérable face à son psychologue et de se sentir validé dans son être. AB2 fait preuve d'une plus grande ouverture à l'expérience (p. ex., ressentir davantage son vécu émotionnel et éprouver un sentiment de grande liberté). G2 a maintenant accès à ses souffrances et à ce qui est beau en elle.

Au plan cognitif, les impacts sont divers : 1) développer de bonnes habiletés parentales à son propre égard pour AB1; 2) porter un nouveau regard sur soi dans le cas d'AB2 (p. ex., contacter simultanément la petite fille et la partie adulte en elle); 3) être conscient de son besoin de se légitimer à être qui il est et s'affirmer en cela en présence d'autrui pour G1; et 4) avoir une vision plus ajustée d'elle-même pour G2 (p. ex., prendre sa place dans un groupe sans nécessairement chercher à être charismatique).

Au plan interactif, les participants font mention de plusieurs améliorations dans leurs relations interpersonnelles : 1) être davantage capable de s'affirmer face à autrui, en étant moins vulnérable, quoique pas encore très à l'aise dans le cas d'AB1; 2) être plus authentique dans ses réponses aux autres pour AB2; 3) départager les responsabilités de chacun dans ses relations pour G1; et 4) actualiser son pouvoir interne pour G2 (p. ex., réaliser qu'elle a un pouvoir de décision sur ce qu'elle veut entreprendre).

Les impacts majeurs suite à une psychothérapie rendent celle-ci particulièrement significative selon la perspective des clients. Ils sont nombreux pour les quatre participants à cette recherche et de nature fort diversifiée. À titre d'exemple, comme il y a une réactivation des enjeux issus du passé des clients, celle-ci semble se conclure pour tous sur ce que la PGRO dénomme des « microréparations ». Les blessures du passé ne font plus aussi mal (« la cicatrice ne disparaît jamais, mais la douleur peut partir », comme le mentionne AB1). Ces microréparations se répercutent aux différents niveaux identifiés dans les sous-catégories de facteurs déterminants.

Temps

La catégorie Temps fait appel à des notions de durée, de rythme, de synchronisme, de chronologie, de répétition et de continuité. Ce sont tous des éléments clés qui amplifient l'impact d'une psychothérapie. De fait, l'organisation du temps fait partie des arrangements pratiques nécessaires au bon déroulement d'une expérience thérapeutique (Castonguay, 1989). La dimension temporelle réfère à ce sur quoi on met l'accent : les

contextes, le processus thérapeutique particulier en soi, ou les impacts. Pris globalement, ces trois sujets d'étude procurent une structure narrative de base (passé, présent et futur; Elliott, 2008).

Un changement en psychothérapie est souvent associé à une progression qui demande du temps, d'une durée variable, en fonction des motifs de consultation du client ou de l'influence des politiques sociales ou de celle des tiers payeurs notamment. Finalement, l'évolution du processus thérapeutique ne peut se faire qu'à un certain rythme, n'obtenant pas nécessairement des changements significatifs instantanés et définitifs en psychothérapie.

Howard et Orlinsky (1972), Wolberg (1977) parlent d'arrangements pratiques devant guider l'établissement et le déroulement de la psychothérapie. Parmi ceux-ci, on retrouve une certaine organisation du temps : le nombre de rencontres par semaine, l'heure des rendez-vous, la durée des rencontres et du traitement. Pour des auteurs tels que Brammer (1979), Egan (1975) et Strong (1968), le processus thérapeutique est divisé, entre son début et sa fin, en plusieurs strates. Il s'agit cependant d'un sujet controversé :

« Leur diversité et le manque d'études pour confirmer la validité de leur catégorisation empêchent d'adopter un schème développemental unique pour déterminer le déroulement séquentiel de toutes les formes d'interventions [...] Néanmoins, dans la mesure où elles régissent implicitement l'établissement et le développement des traitements, ces structures essentielles doivent demeurer des éléments potentiellement significatifs du cadre de l'interaction thérapeutique. » (Castonguay, 1986, p. 39)

Hubert (1993) compare différentes approches thérapeutiques selon cinq critères, dont celui de la perspective temporelle. Il s'agit alors de la compréhension du présent à partir : 1) du passé (psychanalyse); 2) de l'histoire d'apprentissage (thérapie cognitivo-comportementale); 3) de l'expérience vécue présente (psychothérapie humaniste); 4) du vécu corporel et mental « ici et maintenant » (psychothérapie psychocorporelle); et 5) de la communication présente (psychothérapie systémique).

Une autre question qui est utile de se poser, en lien avec la notion de temps, est d'évaluer comment progresse une psychothérapie. À titre d'exemple, Lambert (2007) effectue une recherche auprès de huit participants en début de processus thérapeutique, recrutés sur une base volontaire dans des services de psychologie universitaires. Son objectif premier est d'investiguer comment les perceptions que les clients ont du counseling changent avant, pendant et après une séance de psychothérapie. Il utilise une méthode de recherche herméneutique interprétative basée sur une analyse des verbatim d'entrevues. Il obtient les résultats suivants : 1) avant la première rencontre, les clients n'ont pas d'opinion bien précise sur la nature du counseling et ce à quoi ils peuvent s'attendre; 2) pendant le counseling, un certain changement positif émerge ainsi que des divergences de perceptions entre les clients et les psychothérapeutes sur des problématiques théoriques, telles que l'approche du psychothérapeute et l'exploration des émotions; et 3) après la séance, un changement positif est rapporté ainsi que des modalités pratiques à résoudre (p. ex., la formation des psychothérapeutes, la préparation

des clients à leur psychothérapie et l'élaboration d'hypothèses concernant l'influence culturelle sur la théorie et la pratique).

La notion de temps évoquée dans cette recherche pourrait être débattue de façon plus détaillée sous forme de questions comme : À quelle fréquence doit se dérouler une psychothérapie? Quel est le meilleur moment pour exécuter une intervention particulière et sous quelles considérations? Est-ce qu'une psychothérapie de courte durée peut entraîner une expérience tout aussi significative qu'une psychothérapie de longue durée? À titre d'exemple, la recherche d'Ankuta et Abeles (1993) répond partiellement à cette dernière question. Ces auteurs démontrent que l'intimité réciproque (un contact personnel) entre un client et son psychothérapeute affiche la plus haute corrélation avec l'efficacité d'une psychothérapie à court terme. Il serait donc envisageable d'obtenir des résultats probants même à court terme.

Facteurs déterminants. Le passé des participants émerge, entre autres, lorsqu'ils revisitent des souvenirs marquants en séance thérapeutique (p. ex., perception d'AB1 que sa mère était dangereuse). Les clients et les psychothérapeutes arrivent en psychothérapie avec un bagage, issu de leurs expériences passées, qui est déterminant dans le processus thérapeutique. Ainsi, chaque participant soulève des moments de son passé qui l'ont fortement marqué dans son enfance : 1) la poliomyélite à 3 ans pour AB1 et le déni de la part de sa mère envers cette lourde réalité; 2) le milieu familial ne faisant que peu de place aux enfants, avec très peu de contacts affectifs entre les membres pour

AB2; 3) les blessures narcissiques pour G1; et 4) le sentiment d'être indigne, particulièrement dans le regard de son père pour G2.

La séance de psychothérapie choisie par les participants, le « moment présent », souligne l'apport des clients, des psychothérapeutes et de la relation thérapeutique lors d'une expérience significative. Le « futur » fait référence aux impacts mentionnés par les participants et qui se sont avérés fort nombreux et pertinents. De plus, après une séance de psychothérapie significative, tous les participants soulèvent que le travail n'est pas terminé car il se poursuit bien après les séances. L'expérience est d'autant plus importante s'il leur est possible de généraliser leurs acquis dans leur milieu de vie.

Investissements

La catégorie Investissements soulève l'idée maîtresse que sans un engagement soutenu et intense, de la part des clients et des psychothérapeutes, le processus thérapeutique aurait peu ou pas d'impacts. Il est ici question de différents facteurs, tels que : 1) mobilisation active au plan corporel (SCCor); 2) courage d'affronter des expériences émotionnellement éprouvantes et bienfaitantes (SCÉ); 3) une recherche de sens continue (SCCog); 4) implication au plan personnel et intime dans la relation thérapeutique (SCI); et 5) contribution du client à tous les niveaux en dehors du cadre thérapeutique (4SC).

Différents thèmes sont associés au facteur Investissements : engagement (Giorgi, 2011; Rodgers, 2002), motivation (Giorgi, 2011), contribution et prises de risque (Manthei, 2007), réceptivité et transparence (Rodgers, 2002), etc. Pour leur part, Beutler (1983), Gomes-Schwartz, Hadley et Strupp (1978) considèrent que l'implication du client demeure la variable thérapeutique qui prédit le mieux les résultats du traitement. Cette implication entraîne l'expérience immédiate et directe des émotions auxquelles sont fortement liés le développement de la conscience et de la compréhension de soi, ainsi qu'une nouvelle conception de soi et des autres chez le client. Selon Orlinsky et Howard (1978), un investissement intense et efficace d'énergie de la part des clients est en grande partie responsable de l'impact de toute forme de psychothérapie. Cet investissement se manifeste à travers l'implication expérientielle, multidimensionnelle et comportementale des clients.

Les diverses façons d'évaluer l'investissement en psychothérapie de la part des clients et des psychothérapeutes pourraient expliquer certains faits concernant le déroulement d'une psychothérapie. Citons quelques exemples de recherche qui vont en ce sens. L'intégration « d'expériences correctrices » renvoie à un principe clinique qui vise une réorganisation cognitive et émotionnelle du client. Cette réorganisation subjective nécessite un engagement expérientiel intense du client (Castonguay, 1986).

Une analyse empirique d'Orlinsky et Howard (1978) a permis d'identifier, dans une perspective transthéorique, deux types d'implication des participants : 1)

expérientielle (p. ex., l'expérience immédiate et les expressions directes des émotions, SCÉ; le développement de la conscience ou de la compréhension de soi, SCCog); et 2) comportementale (p. ex., collaboration active et positive avec leur psychothérapeute; SCI). Concernant l'engagement des psychothérapeutes, ces mêmes auteurs considèrent que s'ils sont bons, ils établissent une relation intime et émotionnellement engageante avec leur client. Ces psychothérapeutes sont perçus comme des intervenants compétents, confiants et capables d'encourager l'assertion et l'indépendance de leurs clients. Ils en ont conclu qu'un changement thérapeutique exigerait : 1) un investissement intense et efficace d'énergie (p. ex., une implication multidimensionnelle des participants); 2) un bon contact personnel; et 3) une affirmation mutuelle des participants permettant un contrôle de soi et donc une nouvelle autonomie du client.

Par ailleurs, il est possible d'observer, dès les premières minutes d'une séance de psychothérapie, le climat représentatif de l'état énergétique des deux partenaires de la démarche thérapeutique : stress ou détente, apathie ou dynamisme, être sur la défensive ou avoir des échanges ouverts et spontanés, rythme lent ou rythme effréné, etc. (Largier, 2008). L'entretien motivationnel a pour objectif de déterminer les stratégies à mettre en place pour mobiliser le client dans sa démarche thérapeutique (Miller & Rollnick, 2013). Ce type d'entrevue se révélerait fort utile pour qualifier l'investissement des clients en psychothérapie. Les psychothérapeutes servent de circuits externes de régulation qui aident les clients à faire circuler l'énergie et l'information de façon optimale (Cozolino, 2012). Il serait intéressant de systématiser de quelles façons les psychothérapeutes

s'investissent pour accomplir ces tâches, en se référant à des ouvrages sur la régulation affective par exemple (Schoore, 1994).

Facteurs déterminants. Cet engagement des clients et des psychothérapeutes se traduit par des niveaux d'activation associés aux quatre sous-catégories de cette étude.

En premier lieu, les participants à cette recherche s'engagent au plan corporel, quoique différemment d'une approche à l'autre (p. ex., se mobiliser physiquement dans un exercice en AB ou s'en tenir au langage non-verbal, tel qu'en PGRO).

En deuxième lieu, ils disent avoir vécu des expériences intensivement chargées émotionnellement. Ceci démontre de leur part une ouverture à l'expérience, puisqu'ils acceptent de ressentir et d'exprimer devant leur psychothérapeute ce qui les bouleverse terriblement ou les réjouit passablement (p. ex., peur de l'effondrement et sentiment de liberté dans le cas d'AB2).

En troisième lieu, chacun des participants s'active au plan cognitif pour donner un sens à leur propre expérience (p. ex., la notion du « c'est assez » chez G1). Ils cherchent également à créer des liens entre leur expérience en psychothérapie et leur histoire passée. Cette compréhension leur sert à transférer leurs acquis dans leur milieu de vie actuel (p. ex., sentiment de G2 d'être recevable comme personne aux yeux des gens de son entourage, suite au fait d'avoir été validée à répétition en ce sens par son psychologue).

En quatrième lieu, tous les participants se mobilisent activement pour créer un lien significatif avec leur psychothérapeute et ce, de différentes manières : 1) psychothérapie à long terme; 2) appréciation très positive de leur psychothérapeute; 3) ouverture et fluidité à suivre les recommandations de leur psychothérapeute; 4) sensibilité des clients face à la présence de qualité de leur psychothérapeute; et 5) désir de prendre contact sous différentes formes et à leur rythme (p. ex., écouter la voix de son psychothérapeute sur sa boîte vocale, dans le cas d'AB1; prendre la liberté de regarder ou pas son psychologue dans le cas de G1).

Certaines caractéristiques des psychologues et du psychothérapeute vont dans le même sens. Leurs caractéristiques personnelles et leurs compétences professionnelles entraînent inévitablement chez les clients un désir de s'engager pleinement dans le processus thérapeutique. Il est tout particulièrement question de leur grande capacité à établir et à préserver le contact avec leur client, et ce, même dans des moments de grande intensité émotionnelle. Tous parlent d'une présence de qualité de leur psychothérapeute qui, cependant, se traduit différemment d'un participant à l'autre : 1) habileté à suivre consciencieusement le processus interne de la cliente et à garder le contact avec AB1; 2) une psychologue qui fait preuve d'une expertise professionnelle indéniable pour AB2; et 3) la capacité de leur psychologue de ralentir le discours verbal et permettre une exploration en profondeur de leurs émotions pour G1 et G2.

Implications empiriques et cliniques

En psychothérapie, il va de soi que l'on ne peut pas toujours intervenir constamment et simultanément sur toutes ces catégories et sous-catégories de facteurs déterminants d'une expérience significative. Le concept de figure/fond en Gestalt-thérapie permet de visualiser le processus thérapeutique comme une alternance de l'influence des différents facteurs apparaissant en avant-plan ou en arrière-plan. Le processus thérapeutique est un processus relationnel vivant, constamment en mouvance, créateur et en partie inconscient. Il doit laisser place à l'improvisation et aux émergences, sans que l'on perde de vue les objectifs visés par une telle démarche. C'est comme se laisser pousser par le vent lorsqu'on navigue en catamaran tout en ayant quelqu'un pour en assurer la direction, sans prétendre contrôler le vent.

À moyen ou à long terme, il est réaliste de penser à dégager pour chacun des clients des informations pertinentes sur chacune des catégories et sous-catégories des facteurs déterminants. En fonction des informations ainsi recueillies, il est alors possible de déterminer les objectifs et les types d'interventions à privilégier, entre autres en fonction des motifs de consultation et des évaluations diagnostiques des clients, tels que : 1) suggérer une psychothérapie individuelle, de couple ou familiale; 2) prioriser une intervention sur la régulation affective, la mentalisation ou une certaine mobilisation physique pour revitaliser le corps du client et son niveau d'énergie; 3) opter pour une psychothérapie à court ou à long terme; et 4) déterminer à quel rythme doivent avoir lieu les séances de psychothérapie.

Un autre commentaire concerne les différentes approches thérapeutiques. Les catégories et sous-catégories de facteurs déterminants identifiées dans la présente étude jouent un rôle important dans le processus thérapeutique. Pour chaque approche, les psychothérapeutes interviennent sur certaines catégories de facteurs mais probablement pas consciemment sur chacune d'entre elles, ni simultanément. À titre d'exemples : 1) la psychanalyse intervient principalement sur les phénomènes intrapsychiques (Clients); 2) l'approche systémique s'intéresse davantage aux systèmes comme le couple et la famille (Environnements); 3) la thérapie des schémas décrit différents types de scénarios interpersonnels qu'entretiennent les individus avec les autres, tels que l'abnégation (Relation thérapeutique); et 4) la thérapie motivationnelle aborde directement l'engagement des partenaires en psychothérapie (Investissements). Des études approfondies à ce sujet pourraient s'avérer fort pertinentes, tant pour les chercheurs que pour les psychothérapeutes.

Quelques-unes de ces catégories de facteurs déterminants apparaissent plus importantes que d'autres, sans pouvoir leur attribuer un pourcentage d'efficacité jusqu'à présent. Les catégories Clients, Psychothérapeutes et Relations thérapeutiques forment le noyau central du processus thérapeutique. Elles font l'objet d'études majeures en contexte thérapeutique (p. ex., les recherches sur les facteurs communs et les données probantes). Partant du point de vue que toutes les formes de psychothérapies sont équivalentes (Lambert, 1992; Wampold, 2001), ce résultat rejoint celui d'autres chercheurs qui souscrivent à l'idée que les variables relationnelles (Relations

thérapeutiques) et les variables individuelles (Clients et Psychothérapeutes) sont les premières responsables de l'évolution (*growth*) et des changements thérapeutiques (Bohart, 2006; Norcross, 2002; Wampold, 2001).

Dans le cadre de cette étude, les quatre autres catégories de facteurs ciblés ont tout de même un certain impact. Si le moteur d'une automobile en constitue la partie principale, il serait d'aucune utilité sans les autres parties (p. ex., les roues et la transmission). Les nombreux impacts relevés par les participants de cette étude procurent une valeur ajoutée à leur expérience significative en psychothérapie. L'environnement physique thérapeutique peut influencer les clients, mais il ne semble pas avoir un impact marqué dans cette étude. La notion de temps fait ressortir des éléments clés du processus thérapeutique (p. ex., la pertinence d'une intervention effectuée au bon moment). Le degré d'investissement du client et du psychothérapeute tout au long d'une psychothérapie bonifie la qualité des résultats obtenus.

Les sous-catégories nuancent pertinemment bien les catégories de facteurs déterminants d'une expérience significative. D'un point de vue clinique, ces sous-catégories permettent notamment d'identifier des différences majeures entre les nombreuses approches thérapeutiques, notamment à propos des cibles d'intervention qu'elles privilégient, telles que : les psychothérapies corporelles (p. ex., une mobilisation corporelle et l'expression de contenus émotionnels; SCCor, SCÉ), les psychothérapies cognitivo-comportementales (p. ex., une meilleure compréhension des expériences

vécues en psychothérapie et des objectifs de changements au plan comportemental; SCCor. SCCog), la psychanalyse (p. ex., une meilleure compréhension des enjeux inconscients des clients; SCCog) et l'approche systémique ou la thérapie des schémas (p. ex., une analyse des schémas relationnels; SCI).

Chacune de ces approches a ses forces et ses limites. Par exemple en AB, bien que le rétablissement du réflexe orgasmique puisse être agréable à vivre et porteur d'un éventuel changement significatif, il ne résout pas à lui seul tous les conflits d'un individu. Ou encore, une meilleure compréhension de la part du client de sa problématique lui permet de mieux saisir ses schémas de comportements et ses attitudes, mais cela ne résorbe pas automatiquement ses difficultés personnelles ou relationnelles.

Le cadre de référence proposé ici établit des critères qui permettent d'identifier ce sur quoi intervient chaque recherche ou approche thérapeutique et ce qu'elles auront tendance à privilégier ou à négliger. Cette démarche permet aux clients de cibler la forme de psychothérapie qui répond le mieux à leurs objectifs. Elle offre aux psychothérapeutes l'occasion de prendre conscience de leurs limites et de développer une perspective plus holistique du processus thérapeutique.

Représentation synthétique et structurée des facteurs déterminants

En ce qui concerne spécifiquement les facteurs déterminants d'une psychothérapie issus de l'analyse des quatre entrevues, le Tableau 3 les classifie en lien avec les catégories et les sous-catégories retenues.

Tableau 3

Récapitulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie

Catégories	Sous-catégories	Facteurs déterminants
Clients	Corporel	Contacts physiques thérapeutiques en AB
		Langage non-verbal riche d'informations
		Mobilisation du corps en AB
	Émotionnel	Fierté et moments solennels
		Microréparation d'un sentiment de honte
		Régulation affective
		Vivre une expérience émotionnelle intense qui laisse une empreinte indélébile
	Cognitif	Attitude de départ en psychothérapie
		Capacités réflexives
		Intuition
	Interactif	Apprivoisement du contact
		Capacité de faire confiance à leur psychothérapeute
		Créer et maintenir un contact personnel et intime
4SC	Réactivation en psychothérapie de leurs enjeux personnels et relationnels issus de leur passé et microréparations de ceux-ci	

Tableau 3

Récapitulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie (suite)

Catégories	Sous-catégories	Facteurs déterminants
Psychothérapeutes	Corporel	Être bien dans sa peau et ainsi pouvoir utiliser le contact physique à des fins thérapeutiques
	Émotionnel	Afficher des qualités personnelles qui favorisent un climat de confiance avec leur client (p. ex., sensible, attentionné, rassurant, etc.) Offrir une résonance affective qui entraîne un dévoilement de soi chez le client
	Cognitif	Créativité
		Perspicacité
	Polyvalence	Transmission des connaissances
Interactif	Afficher des compétences interactives qui favorisent une relation de confiance avec leur client (p. ex., accueil adéquat et progressif, encadrement modulé au client, créer et maintenir un contact optimal)	
4SC	Posséder des compétences professionnelles qui enclenchent un processus thérapeutique optimal (p. ex., techniques d'intervention appropriées, capacités de jouer différents rôles auprès de leur client, approche thérapeutique adaptée au client)	
Relations thérapeutiques	Corporel	Contacts physiques à des fins thérapeutiques
	Émotionnel	Vivre des moments intenses et solennels
	Cognitif	Validation de leur être par leur psychologue
	Interactif	Contribution complémentaire du client, des psychologues et du psychothérapeute au processus thérapeutique
	4SC	Relation de confiance jamais démentie
Environnements (bureau du psychothérapeute)		Accessibilité, sécurité et confidentialité
		Adéquacité du bureau (p. ex., agréable, beau, suffisamment meublé)

Tableau 3

Récapitulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie (suite)

Catégories	Sous-catégories	Facteurs déterminants
Impacts	Corporel	Ressentir un mieux-être corporellement (p. ex., sentiment de liberté)
	Émotionnel	Autorégulation affective (p. ex., apprivoiser ses peurs, mieux gérer sa colère)
		Microréparation de sentiments désagréables (p. ex., honte, mépris)
		Ressentir ses émotions quelles qu'elles soient
	Cognitif	Acquisition de nouvelles perspectives
		Changement dans les croyances de base (p. ex., place au plaisir dans son quotidien pour AB2)
		Conscientisation par les clients de leurs besoins
		Recherche de sens constante
		Représentation de soi et des autres plus ajustée
		Restructuration au plan cognitif (p. ex., ne plus faire de clivages dans ses relations pour G2)
		Interactif
	Authenticité (p. ex., réponses plus authentiques d'AB2 envers les gens)	
	Modifications de patterns relationnels	
	4SC	Acceptation et affirmation de soi
Apprendre à être un bon parent envers soi		
Droit d'être soi-même en présence d'autrui		
Généralisation des acquis en psychothérapie		
Sentiment d'exister pour soi et pour l'autre		

Tableau 3

Récapitulatif des facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie (suite)

Catégories	Sous-catégories	Facteurs déterminants
Temps		Diverses notions : durée, rythme, synchronisme, chronologie, répétition, continuité
Investissements	Corporel	Mobilisation corporelle active en AB
	Émotionnel	Courage d'affronter ses enjeux personnels (p. ex., ses émotions) et relationnels (p. ex., patterns relationnels dysfonctionnels)
		Prédisposition propice au processus thérapeutique (p. ex., sentiment d'urgence et d'immédiateté pour G1)
	Cognitif	Recherche de sens avant, pendant et après la psychothérapie
	Interactif	Engagement mutuel dans la relation thérapeutique
4SC	Contribution du client hors du contexte thérapeutique	
		Engagements et prises de risques globaux à tous les niveaux

Pour mieux saisir l'organisation des données proposées dans cette thèse, un parallèle peut être établi entre la psychothérapie et un club de hockey. D'une part, les clients peuvent être mis en lien avec les joueurs de hockey et le psychothérapeute comme l'entraîneur d'une équipe. Les deux partenaires, clients et psychothérapeutes ainsi que les joueurs et l'entraîneur, entament une relation de collaboration dans le but d'offrir une performance thérapeutique d'un côté et compétitive de l'autre. L'environnement physique est constitué du bureau du psychothérapeute d'une part et de l'aréna d'autre part. L'organisation du temps est structurée respectivement dans les deux cas : une heure d'entrevue thérapeutique et trois périodes de 20 minutes habituellement. Dans les deux cas, un investissement optimal des divers partenaires est essentiel pour assurer le bon déroulement de l'activité en cours. En termes d'impacts, chaque partenaire de la relation, thérapeutique ou sportive, vise à atteindre certains objectifs (p. ex., acquérir de nouveaux schémas relationnels pour les clients ou assurer un accompagnement hors pair pour les psychothérapeutes; gagner la partie pour le club de hockey).

En ce qui concerne les sous-catégories, il peut être question des éléments suivants pour les clients, les psychothérapeutes, les joueurs et l'entraîneur de hockey : leur état physique ou émotionnel (SCCor, SCÉ); leurs capacités réflexives en termes d'insight pour les clients et psychothérapeutes, de stratégies de jeux pour les joueurs de hockey et l'entraîneur (SCCog); leurs habiletés relationnelles avec leurs partenaires (SCI).

Les facteurs déterminants en psychothérapie sont abondamment documentés dans cette thèse. Lors d'une partie de hockey, ces facteurs déterminants sont entre autres soulevés par les commentateurs sportifs. Il peut alors être question de propos tels que : la forme physique et mentale exceptionnelle de certains joueurs (Clients, Psychothérapeutes; SCCor, SCÉ), la stratégie efficace des entraîneurs (psychothérapeutes; SCCog), l'esprit d'équipe des joueurs (SCI), la qualité de la glace (Environnement), le synchronisme entre les joueurs (Temps), la détermination de certains joueurs (Investissement), la victoire ou la défaite en bout de ligne (Impacts).

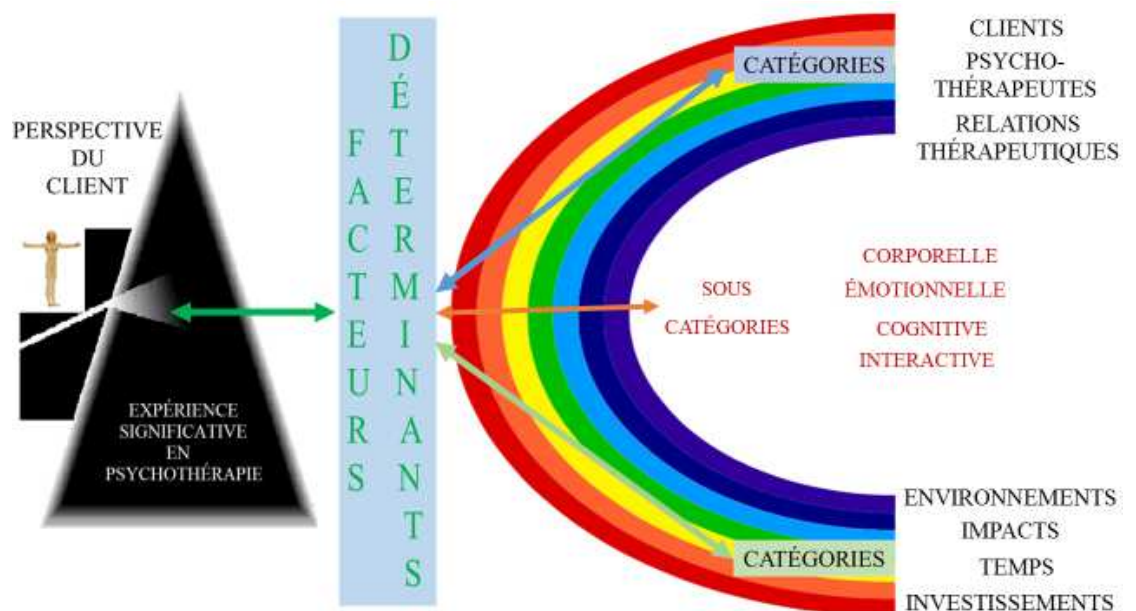


Figure 1. Représentation synthétique et structurée des facteurs déterminants.

L'« homme Universel » de Leonard De Vinci, en tant que concept, représente bien le client au centre de la psychothérapie, sans distinction d'éléments, tels que son ethnie ou sa culture. L'expérience significative en psychothérapie, tel un prisme décomposant la lumière, se subdivise en facteurs déterminants qui peuvent être regroupés sous : 1) sept catégories illustrées sous forme d'un arc-en-ciel (Clients, Psychothérapeutes, Relations thérapeutiques, Environnements, Impacts, Temps et Investissements); et 2) quatre sous-catégories permettant de nuancer judicieusement ces sept catégories (Corporelle, Émotionnelle, Cognitive et Interactive). Les facteurs déterminants sont identifiés clairement dans le tableau 3 qui précède.

Limites de la recherche

Échantillonnage. Le nombre restreint de participants à cette recherche nécessite une validation des résultats à l'aide de recherches supplémentaires. Il serait judicieux que ces recherches disposent d'un échantillon plus large de participants sur plusieurs critères de sélection, tels que : 1) l'âge; 2) la personnalité ou les troubles de la personnalité (p. ex., DSM-5 ou PDM); 3) les types d'attachement (p. ex. anxieux ou désorganisé; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 2015); 4) les schémas relationnels (Young, Klosko, & Weishaar, 2013); et 5) les motifs de consultation (p. ex., dépression majeure ou addictions). Le manque de recherches phénoménologiques descriptives avec le même nombre de participants concernant les expériences significatives entrave également la comparaison des résultats. Par ailleurs, Macran et al. (1999) proposent de

maximiser la contribution des clients en les impliquant davantage à toutes les étapes de la recherche.

Une autre limite de notre échantillonnage concerne les approches thérapeutiques. De fait, il y aurait lieu d'intégrer des études portant sur différentes approches thérapeutiques (p. ex., psychodynamique et thérapie de l'acceptation et de l'engagement ou ACT) autres que l'approche existentielle-humaniste. Cela permettrait, entre autres, de déterminer si la réactivation des éléments du passé des clients en psychothérapie est typique à ce type d'approche ou transférable à tout type d'approche. Il serait également pertinent de documenter davantage les facteurs déterminants, les catégories et les sous-catégories, à partir des résultats d'autres recherches (p. ex., recherches sur les facteurs communs et les données probantes). À titre d'exemple, les données de différentes recherches pourraient permettre d'étoffer davantage tous les processus en jeu pour en arriver à établir une relation de confiance entre les clients et les psychothérapeutes. Finalement, il y aurait lieu aussi d'inclure différentes modalités de psychothérapie (p. ex., familiale, de couple ou de groupe; dans un organisme gouvernemental et pas seulement en bureau privé).

Collecte des données. Étant donné l'échantillonnage restreint utilisé dans cette recherche, le chercheur de cette étude a lui-même procédé aux entrevues. Son expérience de clinicien de plus de 30 ans peut être un atout, mais elle a aussi pu causer certains biais dans son interprétation des résultats. Ainsi, les lecteurs n'ont accès qu'à

son impression et son interprétation des différents récits qu'il a récoltés. Ils doivent également s'en remettre aux catégories qu'il a subjectivement élaborées (Burnard, 1997; Hobart, 1982). Cependant, cette influence des biais du chercheur peut être contrée en exposant les résultats avec une grande transparence, tel que la méthode l'exige, et ainsi permettre à d'autres chercheurs de revoir l'étude étape par étape. Toutefois, ce qui est proposé dans cette thèse offre assurément l'occasion de découvrir de nouvelles perspectives et de mieux comprendre le phénomène à l'étude. Une investigation plus poussée effectuée par d'autres chercheurs et cliniciens permettrait d'évaluer plus à fond, d'un point de vue scientifique et clinique, la pertinence et la justesse des énoncés.

Dans cette étude, il est question de la perspective des clients comme source de données. Ce faisant, il faut tenir compte du fait que les clients n'ont pas un accès complet à leur expérience. Leur capacité d'être conscients (*aware*) et de se rappeler leurs expériences ou leur vie intérieure est intrinsèquement limitée (Polkinghorne, 2005; Denzin & Lincoln, 1994). Ces lacunes pourraient être comblées par l'utilisation de certaines méthodes, telles que : 1) des enregistrements audiovisuels suivis d'un visionnement de la séance après coup; 2) des études psychométriques; 3) des mesures post-traitement; 4) des rapports écrits remplis par les clients après les séances; et 5) après la psychothérapie, le recours simultané aux clients, aux psychothérapeutes, aux observateurs et aux chercheurs (Elliott & James, 1989).

D'autres éléments ont pu influencer les résultats de cette étude : 1) le désir des participants de plaire au chercheur; 2) les souvenirs rétrospectifs des clients conditionnés par les dynamiques de mémoire et de langage (Oliveira et al., 2012).

Environnements. La revue de littérature effectuée dans cette étude laisse entendre que certains facteurs environnementaux peuvent éventuellement influencer le déroulement d'une psychothérapie : 1) une psychothérapie individuelle comparativement à une psychothérapie de groupe; 2) la culture, la religion ou l'ethnie des clients et des psychothérapeutes; et 3) une psychothérapie en bureau privé, dans un service public (p. ex., CLSC ou Programme d'aide aux employés) ou en résidence dans un coin de villégiature enchanteur. Notre étude n'a pas permis d'en savoir plus à ce sujet et il serait pertinent de poursuivre l'investigation dans des milieux fort diversifiés (p. ex., en milieu rural et urbain).

Motifs de consultation. Dans cette étude, il n'a nullement été fait mention des motifs de consultation des clients, et ce, ni de la part des participants, ni de celle du chercheur. Toutefois, à la lumière des données recueillies dans cette étude, certains pourraient être induits après coup : 1) améliorer ses relations interpersonnelles pour AB1; 2) se confronter à son enjeu de contrôle versus son enjeu d'effondrement pour AB2; 3) chercher à être validé dans son être pour G1; et 4) se sentir recevable aux yeux des autres pour G2.

Selon Frank (1961), il semble possible de discriminer un dénominateur commun aux multiples motifs de consultation. Il s'agirait d'un état de démoralisation résultant d'un échec persistant à vivre avec des stress, produits intérieurement et extérieurement. Dans ce contexte, le client se présente en psychothérapie avec une volonté implicite d'y acquérir un sens de maîtrise et de contrôle, contrecarrant ainsi son sentiment d'échec, de désespoir et donc de démoralisation. Quoiqu'il en soit, les motifs de consultation pourraient éventuellement être ajoutés aux catégories Clients ou Investissements dans des recherches ultérieures. Il serait également judicieux de vérifier si les motifs de consultation sont liés aux impacts de la psychothérapie.

Transférabilité des données. À ce stade-ci, il est impossible de généraliser les résultats à toute forme de psychothérapie ou de pouvoir prétendre inclure toutes les recherches dans le domaine de la psychothérapie. À titre d'exemple, l'importance majeure accordée à la relation thérapeutique par les participants à cette recherche est-elle aussi déterminante pour toute forme de psychothérapie? Par ailleurs, la représentation synthétique et structurée proposée dans cette étude permettait-elle réellement de regrouper tous les résultats de recherche jusqu'à maintenant répertoriés dans la littérature? Seules des recherches futures, adhérant à ce qui est proposé dans cette étude, pourront déterminer le niveau de généralisation des résultats possible à toute forme de psychothérapie et pouvoir prétendre englober l'ensemble des recherches dans le domaine de la psychothérapie.

Conclusion

En conclusion, une référence explicite à la problématique soulevée dans l'introduction permet d'évaluer le chemin parcouru dans cette étude, en mettant l'accent sur : 1) ce qui a été démontré; 2) le bilan des principaux résultats obtenus; et 3) les enseignements à tirer de cette étude des points de vue empirique et clinique.

L'intérêt premier de cette thèse est d'identifier les facteurs déterminants d'une expérience significative en psychothérapie, selon la perspective des clients, et de les représenter d'une manière synthétique et structurée. L'expérience significative en psychothérapie se définit comme suit : une expérience qui laisse une empreinte, marque fortement le client et provoque un impact positif manifeste dans son cheminement en psychothérapie et dans son milieu de vie. Le choix stratégique de prioriser la perspective des clients se justifie de plusieurs façons, dont celle qu'ils sont les premiers concernés par une telle démarche.

Sur la base d'une revue de littérature et d'une analyse descriptive d'inspiration phénoménologique de quatre entrevues de clients, plusieurs facteurs s'avèrent déterminants lors d'une expérience significative en psychothérapie, tels que : 1) mobilisation corporelle en psychothérapie et bien-être physique et moral par la suite; 2) réactivation des enjeux du passé « microréparés » en psychothérapie; 3) acquisition de

nouvelles perspectives aux plans corporel, émotionnel, cognitif et interactif; 4) amélioration de leurs habiletés interpersonnelles; 5) validation de soi dans son être et sa recevabilité; 6) autorégulation affective; et 7) généralisation des acquis.

Cette étude ne présente pas une version exhaustive de tous les facteurs déterminants. Toutefois, une classification de ces facteurs en sept catégories et quatre sous-catégories permet de les représenter d'une façon synthétique et structurée. Les catégories sont : Clients, Psychothérapeutes, Relations thérapeutiques, Environnements, Impacts, Temps et Investissements. Les sous-catégories sont : Corporelle, Émotionnelle, Cognitive et Interactive. Il serait intéressant de vérifier si cette représentation synthétique et structurée peut s'appliquer à l'ensemble des recherches en psychothérapie et des données issues des pratiques cliniques en psychothérapie d'une manière cohérente et holistique.

Bref, les facteurs déterminants, ici regroupés en catégories et sous-catégories, sont des éléments fondamentaux en psychothérapie et pourraient s'avérer utiles pour l'ensemble des chercheurs et des praticiens en psychothérapie. Ils pourraient susciter une adhésion spontanée des intervenants en psychothérapie du fait qu'ils sont abondamment documentés, que ce soit empiriquement ou cliniquement. Ils pourraient également servir de guide pédagogique pour les futurs chercheurs et psychothérapeutes en leur offrant une façon d'appréhender la psychothérapie dans toute sa complexité et dans sa globalité.

Ils constituent des points d'ancrage pour différentes cibles de recherches spécifiques ou différents types d'approches ou d'interventions thérapeutiques.

Références

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hove, United Kingdom: Psychology Press.
- Allison, P. D., & Liker, J. K. (1982). Analysing sequential categorical data on dyadic interaction: A comment on Gottman. *Psychological Bulletin*, *91*, 393-403.
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2000). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Arneill, A., & Devlin, A. S. (2002). Perceived quality of care: The influence of the waiting room environment. *Journal of environmental Psychology*, *22*, 345-360.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: APA.
- Amira, S., & Abramowitz, S. I. (1979). Therapeutic attraction as a function of therapist attraction and office furnishings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 198-200.
- Ankuta, G. Y., & Abeles, N. (1993). Client satisfaction, clinical significance, and meaningful change in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*, 70-74.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. Dans A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Éds), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Backhaus, K. L. (2008). Client and therapist perspectives on the importance of the physical environment of the therapy room: A mixed methods study. *Dissertation Abstract International*, 3347055.
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of therapeutic alliance from client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*, 311-323.
- Beutler, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York, NY: Pergamon Press.

- Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielson, G. H. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counseling and Psychotherapy research, 9*, 250-256.
- Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielson, G. H. (2010). What is a « good outcome » in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research, 20*, 285-294.
- Bishop, Y., Fienberg, S., & Holland, P. (1975). *Discrete multivariate analysis*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bohart, A. C. (2006). Dans G. Stricker & J. Gold (Éds), *A casebook of psychotherapy integration* (pp. 214-251). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bonsmann, C. (2010). What do clients have to say about therapy? *Counseling Psychology Review, 25*, 31-45.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base, Clinical application of attachment theory*. London, England: Routledge.
- Brammer, L. M. (1979). *The helping relationship: Process and skill*. New York, NY: Prentice-Hall.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101.
- Brillon, M. (2011). L'alliance thérapeutique, un défi constant pour le thérapeute. *Psychologie Québec, 20*, 20-23.
- Burnard, P. (1997). Qualitative data analysis: A response to Lucas's article. *Social Sciences in Health, 3*, 254-258.
- Carey, T. A., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R. J., Murray, L. K., & Spratt, M. B. (2007). Psychological change from the inside looking out: A qualitative investigation. *Counseling and Psychotherapy Research, 7*, 178-187.
- Caskey, N. H., Barker, C., & Elliott, R. (1984). Dual perspective: Clients and therapists perceptions of therapist responses. *British Journal of clinical Psychology, 23*, 281-290.
- Castonguay, L. G. (1984). Perspective de rapprochement en psychothérapie. *Revue québécoise de psychologie, 5*, 26-39.

- Castonguay, L. G. (1986). Psychothérapie et counseling : étude des facteurs communs aux différentes approches thérapeutiques. *Canadian Journal of Counseling / Revue canadienne de counseling*, 20, 33-55.
- Castonguay, L. G. (1989, Août). *Is the logic of science also that of psychotherapy and life?* Présentation orale au 97^e congrès de l'American Psychological Association. New Orleans, LA.
- Castonguay, L.G. (2013). Psychotherapy outcome: A problem worth re-revisiting 50 years later. *Psychotherapy*, 50, 52-67.
- Chambon, O., & Marie-Cardine, M. (1999). *Les bases de la psychothérapie*. Paris, France: Dunod.
- Christensen, L. L., Russell, C. S., Miller, R. B., & Peterson, C. M. (1998). The process of change in couples therapy: A qualitative investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 177-188.
- Cooper, M. (2010). The challenge of counseling and psychotherapy research. *Counseling and Psychotherapy Research*, 10, 183-191.
- Cummings, A. L., Slemon, A. G., & Hallberg, E. T. (1993). Session evaluation and recall of important events as a function of counselor experience. *Journal of counseling psychology*, 40, 156-165.
- Cozolino, L. (2012). *La neuroscience de la psychothérapie*. Montréal, QC : Les Éditions du CIG.
- Damasio, A. (1999). *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*. Paris, France: Odile Jacob.
- Davy, J., & Hutchison, J. (2010). Guest Editorial. *Counselling Psychology Review*, 25, 1-5.
- De Bloganqueaux, S. R. D., & Lognon Sagbo, J. L. H. (2012). De l'usage des outils de la recherche qualitative en milieu rural ivoirien : une analyse de l'influence du groupe social sur la structure de l'entretien. *Recherches qualitatives*, 31, 6-28.
- Delisle, G. (1993). *Les troubles de la personnalité : perspective gestaltiste*. Montréal, QC : Les Éditions du Reflet.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). Introduction: Entering the field of qualitative research. Dans N. K. Denzin & P. Lincoln (Éds), *Handbook of qualitative research* (pp. 1-17). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche*. Montréal, QC : Guérin.

- Devlin, A. S., Donovan, S., Nicolov, A., Nold, O., Packard, A., & Zandan, G. (2009). Impressive? Credentials, family photographs, and the perception of therapist qualities. *Journal of Environmental Psychology, 29*, 503-512.
- Egan, G. (1975). *The skilled helper: A model for systematic helping and interpersonal relating*. California, CA: Brooks.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology, 32*, 307-322.
- Elliott, R. (1986). Interpersonal process recall (IPR) as a psychotherapy process research method. Dans L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Éds), *The psychotherapeutic process* (pp. 503-527). New-York, NY: Guilford Press.
- Elliott, R. (1989). Comprehensive Process Analysis: understanding the change process in significant therapy events. Dans M. Packer & R. B. Addison (Éds), *Entering the circle: Hermeneutic investigation in psychology* (pp. 165-184). Albany, NY: SUNY Press.
- Elliott, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research, 1*, 92-103.
- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: Introduction to special section. *Psychotherapy Research, 18*, 239-242.
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review, 9*, 443-467.
- Elliott, R., James, E., Reimschuessel, C., Cislo, D., & Sack, N. (1985). Significant events and the analysis of immediate therapeutic impacts. *Psychotherapy, 22*, 620-630.
- Elsbach, K. D. (2003). Relating physical environment to self-categorizations: Identity threat and affirmation in a non-territorial office space. *Administrative Science Quarterly, 48*, 622-654.
- Esterberg, K. G. (2002). *Qualitative methods in social research*. New York, NY: McGraw Hill.
- Fortin, M. F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, QC : Chenelière Éducation. (Ouvrage original publié en 2006).
- Fox, J. (1984). *Linear statistical models and related methods with applications to social research*. New York, NY: Wiley.

- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing*. New York, NY: The Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1976). Restoration of morale and behavior change. Dans A. Burton (Éd.), *What makes behavior change possible?* (pp. 73-95). New-York, NY: Brunner/Mazel.
- Frank, J. D. (1981). Therapeutic components shared by all psychotherapies. Dans J. H. Harvey & M. M. Parks (Éds), *Psychotherapy Research and Behavior Change* (pp. 49-79). Washington, DC: American Psychological Association.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and Healing*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Frick, W. B. (1981). Major lifes change: A criterion of success in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 325-328.
- Gadamer, H. G. (1989). *Truth and method*. London, England: Sheed & Ward.
- Gaddis, S. (2004). Repositioning traditional research: Centering clients' accounts in the construction of professional therapy knowledges. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2, 38-48.
- Garfield, S. L. (1980). *Psychotherapy: An eclectic approach*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Gassner, S., Sampson, H., Weiss, J., & Brumer, S. (1982). The emergence of warded-off contents. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 5, 55-75.
- Gergen, K. J. (1999). *An invitation to social construction*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ginger, S. (1994). *La Gestalt : une thérapie de contact*. Paris, France. Hommes et Groupes Éditeurs.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburgh, CA: Duquesne University Press.
- Giorgi, A., & Gallegos, N. (2005). Living through some positive experiences of psychotherapy. *Journal of Phenomenological Psychology*, 36, 195-218.
- Giorgi, B. (2005). Reflections on therapeutic practice guided by a Husserlian perspective. *Journal of Phenomenological Psychology*, 36, 141-194.
- Giorgi, B. (2011). A phenomenological analysis of the experience of pivotal moments in therapy as defined by clients. *Journal of Phenomenological Psychology*, 42, 61-106.
- Goldfried, M. R., & Padawer, W. (1982). Current status and future directions in psychotherapy. Dans M. R. Goldfried (Éd.), *Converging themes in psychotherapy:*

- Trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice* (pp. 3-49). New York, NY: Springer.
- Gomes-Schwartz, B., Hadley, S. W., & Strupp, H. H. (1978). Individual psychotherapy and behavior psychotherapy. *Annual Review of Psychology*, 29, 435-471.
- Gordon, N. S. (2000). Researching psychotherapy, the importance of the client's view: A methodological challenge. *The Qualitative Report*, 4, 1-20.
- Gosling, S. D., Ko, S. J., Mannarelli, T., & Morris, M. E. (2002). A room with a cue: Personality judgements based on offices and bedrooms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 379-398.
- Gottman, J. M., & Bakemen, R. (1979). The sequential analysis of observational data. Dans M. E. Lamb, S. I. Suomi & G. R. Stephenson (Éds), *Social interaction analysis: Methodological issues* (pp. 185-206). Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17, 622-627.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Grimes, W. R., & Murdock, N. L. (1989). Social influence revisited: Effects of counselor influence on outcome variables. *Psychotherapy*, 26, 469-474.
- Gros-Louis, Y. (2003, septembre). Sous le match nul entre les approches en psychothérapie : les facteurs communs. *Psychologie Québec*, 26-31.
- Gros-Louis, Y. (2011). Pour installer une forte alliance, rejoindre le monde du client. *Psychologie Québec*, 28, 33-35.
- Gurman, A. S. (1977). The patients' perception of the therapeutic relationship. Dans A. S. Gurman & A. M. Razin (Éds), *Effective Psychotherapy: A handbook of research* (pp. 503-543). New York, NY: Pergamon.
- Hardy, G. E., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., Rely, S., & Shapiro, D. A. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 36-53.
- Harper, R. (1974). *Psychoanalysis and psychotherapy*. New York, NY: Jason Aronson.
- Heller, M. (2008). *Psychothérapies corporelles*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Hendryx, M. S., Doebbeling, B. N., & Kearns, D. I. (1994). Mental health treatment in primary care: Physician treatment choices and psychiatric admission rates. *Family Practice Research Journal*, 14, 127-137.

- Henkelman, J., & Paulson, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counseling. *Counseling Psychology Quarterly*, *19*, 139-150.
- Henretty, J., Levitt, H.M., & Mathews, S. (2008). Clients' Experiences of Moments of Sadness in Psychotherapy: A Grounded Theory Analysis. *Psychotherapy Research*, *18*, 243-255.
- Hobart, M. (1982). Meaning or moaning? An ethnographic note on a little understood tribe. *Semantic anthropology and psychotherapy*, 39-63.
- Hodgetts, A., & Wright, J. (2007). Researching clients experiences: A review of qualitative studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *14*, 157-163.
- Horowitz, L., Sampson, H., Siegelman, E. Y., Wolfson, A., & Weiss, J. (1975). On the identification of warded off mental contents. *Journal of Abnormal Psychology*, *84*, 545-558.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*, 139-149.
- Howard, K. L., & Orlinsky, D. E. (1972). Psychotherapeutic processes. *Annual review of psychology*, *23*, 615-668.
- Howe, D. (1989). *The consumer's view of family therapy*. Aldershot, ON: Gower.
- Howe, D. (1993). *On being a client: Understanding the process of counselling and psychotherapy*. London, England: Sage.
- Howe, D. (1996). Client experiences of counseling and treatment interventions: A qualitative study of family views of family therapy. *British Journal of Guidance and Counseling*, *24*, 367-375.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hubert, W. (1993). *Les psychothérapies. Quelle thérapie pour quel patient*. Paris, France : Nathan Université.
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T., & Walther, W. (2008). Helpful and Unhelpful Experiences of LGBT Therapy Clients. *Psychotherapy Research*, *19*, 294-305.
- Jinks, G. H. (1999). Intentionality and awareness: Qualitative study of clients' perceptions of change during longer term counseling. *Counseling Psychology Quarterly*, *12*, 57-71.

- Joukamaa, A., Lehtinen, V., & Karlsson, H. (1995). The ability of general practitioners to detect mental disorders in primary care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *91*, 52-56.
- Kaschak, E. (1978). Therapist and client: Two views of the process and outcome of psychotherapy. *Professional Psychology*, *9*, 271-277.
- Kernberg, O. F. (1997). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris, France : Dunod.
- Klein, M. J., & Elliott, R. (2006). Client accounts of personal change in process-experiential psychotherapy: A methodologically pluralistic approach. *Psychotherapy Research*, *16*, 91-105.
- Kolb, D. L., Beutler, L., Davis, C. S., Crago, M., & Shanfield, S. B. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy*, *22*, 702-710.
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research. Dans J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Éds), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York, NY: Basic Books.
- Lambert, P. (2007). Client perspectives on counseling: Before, during and after. *Counseling and Psychotherapy Research*, *7*, 106-113.
- Largier, G. (2008). *Comprendre et appliquer les thérapies corporelles*. Paris, France : InterÉditions.
- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, *2*, 21-35.
- Lecomte, C. (1981). *Common factors in counselling*. Conférence présentée au 8^e congrès de la Société canadienne de consultation et d'orientation. Calgary.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, *25*, 73-102.
- Ledoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Levitt, H. M., & Piazza-Bonin, E. (2011). Therapists' and clients' significant experiences underlying psychotherapy discourse. *Psychotherapy research*, *21*, 70-85.
- Levitt, H. M., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling psychotherapy*, *53*, 314-324.

- Lietaer, G. (1992). Helping and hindering processes in client-centered-experimental psychology. Dans S. Toukmanian & D. Rennie (Éds), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 134-162). London, England: Sage.
- Lipkin, S. (1948). The client evaluates nondirective psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 12*, 137-146.
- London, P. (1964). *The modes and morals of psychotherapy*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- MacLean, P. D. (1985). Brain evolution, relating to family, play, and the separation call. *Archives of General Psychiatry, 42*, 405-417.
- Macran, S., Ross, H., Hardy, G. E., & Shapiro, A. (1999). The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research. *Journal of Mental Health, 8*, 325-337.
- Manthei, R. J. (2007). Clients talk about their experience of the process of counseling. *Counseling Psychology Quarterly, 20*, 1-26.
- Martin, J., & Stelmaczonek, K. (1988). Participants' identification and recall of important events in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 35*, 385-390.
- Masquelier, C., & Masquelier, G. (2012). *Le grand livre de la Gestalt*. Paris, France : Groupe Eyrolles.
- McElroy, J. C., Morrow, P. C., & Ackerman, R. J. (1983). Personality and interior office design: Exploring the accuracy of visitor attributions. *Journal of Applied Psychology, 68*, 541-544.
- Metcalf, L., & Thomas, F. N. (1994). Client and therapist perceptions of solution focused brief therapy: A qualitative analysis. *Journal of Family Psychotherapy, 5*, 49-66.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*. Paris, France : InterÉditions.
- Moertl, K., & von Wietersheim, J. (2008). Client experiences of helpful factors in a day treatment program: A qualitative approach. *Psychotherapy Research, 18*, 281-293.
- Nasar, J. L., & Devlin, A. S. (2011). Impressions of psychotherapists' offices. *Journal of Counseling Psychology, 58*, 310-320.

- Oliveira, A., Sousa, D., & Pires, A. P. (2012). Significant events in existential psychotherapy: The client's perspective. *Existential Analysis*, 23, 288-304.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcomes in psychotherapy: Noch einmal. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Éds), *Handbook of psychotherapy and Behavior Change* (4^e éd., 270-376). New York, NY: Wiley.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. Dans S. L. Garfield & A. E. Bergin (Éds), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 283-329). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Oughourlian, J. M. (2013). *Notre troisième cerveau*. Paris, France : Albin Michel.
- Paillé, P. (1996). Qualitative par théorisation (analyse de contenu). *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Panksepp, J., & Biven, L. (2011). *Archaeology of mind: The Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York, NY: Norton.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: Design and tactics. Dans C. M. Franks (Éd.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 29-62). New York, NY: McGraw-Hill.
- Paulson, B., Truscott, D., & Stuart, J. (1999). Clients' perceptions of helpful experiences in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 317-324.
- Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. (1951). *Gestalt-thérapie*. Montréal, QC : Stanké.
- Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, QC : G. Morin.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 137-145.
- Presley, J. H. (1987). The clinical dropout: A view from client's perspective. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 68, 603-608.
- Rennie, D. L. (1984). *Clients' tape-assisted recall of psychotherapy: A qualitative analysis*. Paper presented at meeting of Canadian Psychological Association, Ottawa, ON.
- Rennie, D. L. (1985). *Client deference in the psychotherapy relationship*. Paper presented at meeting of the Society for Psychotherapy Research. Evanston, IL.

- Rennie, D. L. (1994a). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of counseling Psychology, 41*, 427-437.
- Rennie, D. L. (1994b). Storytelling in psychotherapy: The client's subjective experience. *Psychotherapy, 31*, 234-243.
- Rennie, D. L. (2001). Clients as self-aware agents. *Counseling and Psychotherapy Research, 31*, 234-243.
- Rennie, D. L. (2004). Anglo-North American qualitative counseling and psychotherapy research. *Psychotherapy Research, 14*, 37-55.
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 473-483.
- Ribner, D. S., & Knei-Paz, C. (2002). Client's view of a successful helping relationship. *Social Work, 47*, 379-387.
- Ricoeur, P. (1991). The human experience of time and narrative. Dans M. Walde & A. Ricoeur (Éds), *Reflection and imagination* (pp. 88-116). New York, NY: Harvester Wheatsheaf.
- Rodgers, B. (2002). An investigation into client at the heart of therapy. *Counseling and Psychotherapy Research, 2*, 185-193.
- Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2003). Techniques to identify themes. *Field Methods, 15*, 85-109.
- Savoie-Zajc, L. (2003, novembre). *Les critères de rigueur de la recherche qualitative/interprétative : du discours à la pratique*. Communication présentée dans le cadre du colloque annuel de l'Association pour la recherche qualitative. Trois-Rivières.
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Shapiro, A. K., & Morris, L. A. (1978). The placebo effect in medical and psychological therapies. Dans S. L. Garfield & A. E. Bergin (Éds), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 369-409). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Towards a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford Press.
- Spinelli, E. (1997). *Tales of Un-Knowing: Eight stories of existential therapy*. New York, NY: New York University Press.

- Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 48*, 176-185.
- Strong, S. R. (1968). An interpersonal influence process. *Journal of counseling psychology, 15*, 215-224.
- Strupp, H. H. (1973). *Psychotherapy: Clinical research, and theoretical issues*. New York, NY: Jason Aronson.
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*, 421-447.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative metaanalysis. *Psychotherapy Research, 17*, 305-314.
- Timulak, L., & Lietaer, G. (2001). Moments of empowerment: A qualitative analysis of positively experiences episodes in brief person-centered counseling. *Counseling and Psychotherapy, 1*, 62-73.
- Tonella, G. (2007). Trauma et résilience : le corps convoqué. Dans J. Aïn (Éd.), *Résilience* (pp. 55-89). Toulouse, France : Eres.
- Tonella, G. (2010). L'engagement mutuel thérapeute/patient dans la régulation émotionnelle et la réparation du Soi. *Le corps et l'analyse : Revue des sociétés francophones d'analyse bioénergétique, 11*, 51-61.
- Torrey, E. F. (1972). What western psychotherapist can learn from witch-doctors? *American Journal of Orthopsychiatry, 42*, 69-76.
- Tseng, W. S., & McDermott, J. F. (1979). Psychotherapy: Historical roots, universal elements, and cultural variations. *American Journal of Psychiatry, 132*, 378-384.
- Valkonen, J., Hanninen, V., & Lindfors, O. (2011). Outcomes of psychotherapy from the perspective of the users. *Psychotherapy Research, 21*, 227-240.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Watson, J. C., & Rennie, D. L. (1994). Qualitative analysis of clients' subjective experience of significant moments during the exploration of problematics reactions. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 500-509.

- Whiston, J. E., & Sexton, T. L. (1993). An overview of psychotherapy outcome research: Implications for practice. *Professional Psychology: Research and practice*, 24, 45-51.
- Wilber, K. (1996). *A brief history of everything*. Boston, MA: Shambhala.
- Wilcox-Matthew, L., Ottens, A., & Minor, C. W. (1997). An analysis of significant events in counselling. *Journal of Counseling and Development*, 75, 283-291.
- Wiseman, H., & Rice, L. N. (1989). Sequential analyses of therapist-client interaction during change events: A task-focused approach. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 57, 281-286.
- Wolberg, L. R. (1977). *The technique of psychotherapy* (3^e éd.). New York: Grune and Stratton.
- Yardley, K. M. (1990). Psychotherapy process and research: Missing persons and missing values. *Counseling Psychology Quarterly*, 3, 46-55.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *La thérapie des schémas*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Appendice A

Feuille explicative donnée aux psychothérapeutes et aux clients

Étude sur votre perception d'une expérience significative en psychothérapie?

Une psychothérapie procure des résultats aussi variés que les individus qui consultent ou qui servent de consultants. Dans cette recherche, nous aimerions cibler ce qui rend une expérience en psychothérapie particulièrement significative pour les gens qui sont ou ont été engagés dans une psychothérapie gestaltiste (PGRO) ou en analyse bioénergétique. Avez-vous déjà vécu une expérience en psychothérapie dont vous êtes encore imprégné(e) et que vous vous sentiriez à l'aise de partager dans le cadre d'une recherche en psychologie aux fins d'une thèse de doctorat?

Cette étude vous engage pour une entrevue d'une durée approximative de 90-120 minutes. Une deuxième entrevue, d'une durée maximale de 60 minutes, pourrait s'avérer nécessaire pour préciser la teneur de votre témoignage. Les entrevues auront lieu dans un local de l'Université de Sherbrooke à Longueuil. Les seuls critères de sélection sont les suivants : être résident du Québec, francophone et d'âge adulte (18 ans et plus); être en mesure de s'exprimer clairement au sujet de votre expérience thérapeutique; absence de facteurs qui vous rendent inaptes à participer adéquatement à la recherche (p. ex., troubles sévères de personnalité); signer un formulaire de consentement libre et éclairé (participation volontaire). Cette recherche respecte en tous points les normes établies par le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke.

Pour de plus amples renseignements ou pour manifester votre intérêt pour cette recherche, vous pouvez :

Contactez le chercheur (**André Aubin**, psychothérapeute, M. PS.) en lui parlant directement au téléphone ou en lui laissant vos coordonnées par courriel

Appendice B
Déroulement des entrevues

Déroulement des entrevues

1. Dans un premier temps, nous prenons contact avec le participant afin de créer un climat propice à ce qu'il divulgue spontanément les renseignements utiles à cette recherche;
2. Par la suite, les renseignements suivants sont recueillis auprès du participant : âge, sexe, profession, expériences antérieures de psychothérapie (nombre, durée, approche clinique de ses psychothérapeutes);
3. Puis la question principale de recherche suivante lui est posée :
D'une façon la plus exhaustive possible, décrivez-nous une expérience en psychothérapie qui fut particulièrement significative dans votre cheminement personnel;
4. Les questions secondaires suivantes seront posées progressivement au client :
 - Quels furent les moments clés au cours du processus thérapeutique?
 - En quoi vos caractéristiques personnelles ont contribué à l'émergence de cette expérience significative en psychothérapie?
 - En quoi le psychothérapeute a été déterminant au regard de cette expérience significative?
 - Comment qualifieriez-vous votre relation avec votre psychothérapeute?
 - Comment décrieriez-vous votre environnement (social, culturel, économique, etc.)?
 - Quels furent les impacts de cette expérience dans votre milieu de vie?
 - Avez-vous quelque chose à rajouter avant de terminer l'entretien?
5. Remerciements d'usage pour leur participation à la recherche en cours.

Appendice C

Formulaire d'information et de consentement libre et éclairé

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité (e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Expériences significatives en psychothérapie : perspectives de clients adultes

Personnes responsables du projet

André Aubin (psychothérapeute, M.Ps.) est le chercheur responsable de ce projet. Cette étude est réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat, dans le programme 726-001-05-20123. Bernard Rivière (psychothérapeute, Ph. D.) agit en tant que directeur de thèse.

Financement du projet de recherche

Le chercheur ne reçoit aucune subvention pour mener à bien ce projet de recherche.

Objectifs du projet

L'objectif principal de cette étude est d'offrir une vision holistique de la psychothérapie. Ce faisant, nous visons à identifier les facteurs déterminants d'une expérience significative dans un tel contexte selon la perspective de clients adultes. À partir des résultats, nous escomptons pouvoir qualifier les interventions des psychothérapeutes, optimiser les impacts positifs de ce type de démarche personnelle entreprise par une multitude de gens et alimenter les sources de données pour la recherche.

Raison et nature de la participation

Votre participation à ce projet sera requise pour une entrevue d'environ 2 heures. Cette entrevue aura lieu dans un local de l'Université de Sherbrooke à Longueuil, selon vos disponibilités. Globalement, vous aurez à répondre à des questions sur votre processus en psychothérapie en décrivant, d'une façon la plus exhaustive possible, une

expérience particulièrement significative d'un point de vue personnel et subjectif. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audionumérique. Une deuxième entrevue, de plus courte durée, pourrait s'avérer nécessaire pour rendre plus explicite le contenu de la première rencontre et s'assurer d'être tout à fait fidèle à votre point de vue.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche contribuera à l'avancement des connaissances entourant les facteurs favorisant le déroulement d'une psychothérapie pour la rendre significative du point de vue des clients. À cela s'ajoute le fait qu'elle pourrait vous apporter une occasion de revitaliser une expérience significative en psychothérapie et d'en réaliser les impacts encore présents dans votre vie de tous les jours. Suite aux résultats de cette recherche, vous serez à même de voir de quelles façons votre expérience peut être unique ou semblable à celle des gens ayant participé également à une psychothérapie et à notre recherche. À cela s'ajoute le fait qu'elle contribuera à l'avancement des connaissances sur la psychothérapie.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients particuliers, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander, au besoin, de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra.

Il se pourrait, lors de l'entrevue, que le fait de parler de votre expérience vous amène à vivre une situation difficile. Dans ce cas, nous pourrions vous fournir le nom d'un professionnel qui pourra vous donner du support, si vous le souhaitez.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audios ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Initiales du participant : _____

Version [...] (1) datée du [...] (16 avril 2012)

Initiales du participant : _____
Version [...] (1) datée du [...] (16 avril 2012)

Compensations financières

Si vous acceptez de participer à cette étude, sachez qu'aucune compensation financière ne vous sera attribuée en guise de dédommagement étant donné l'absence de toute subvention pour mener à bien cette étude.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, origine ethnique, habitudes de vie et procédures que vous aurez à subir lors de ce projet, etc.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 5 ans. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Initiales du participant : _____

Version [...] (1) datée du [...] (16 avril 2012)

Enregistrement vidéo et/ou prise de photographies

Les entrevues seront enregistrées en audionumérique. Nous aimerions pouvoir utiliser ces enregistrements, avec votre permission, à des fins de formation et/ou de présentations scientifiques. Il n'est cependant pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer au présent projet. Si vous refusez, les enregistrements vous concernant seront détruits à la fin du projet, dans le respect de la confidentialité.

Nous autorisez-vous à utiliser vos enregistrements à des fins de formations ou de présentations scientifiques et à les conserver avec vos données de recherche?

Oui Non

Résultats de la recherche et publication

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche?

Oui Non

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportées au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **M. Olivier Laverdière**, président par intérim du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : XXX-XXX-XXXX poste XXX,

Initiales du participant : _____

Version [...] (1) datée du [...] (16 avril 2012)

ou par courriel à:

Initiales du participant : _____
Version [...] (1) datée du [...] (16 avril 2012)

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (*nom en caractères d'imprimerie*), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant

Fait à _____, le _____ 2014

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____ chercheur principal de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____, (psychothérapeute, M.Ps), certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

Fait à _____, le _____ 2014.

Initiales du participant : _____

Version [...] (1) datée du [...] (16 avril 2012)