

## LA GESTALT-THERAPIE ET SON APPLICATION AUPRES DES PERSONNES DEFICIENTES INTELLECTUELLES

André Lessard

Depuis environ 5 ans, des expériences de psychothérapie individuelle appliquées auprès de personnes adultes déficientes intellectuelles ont été effectuées en tentant d'appliquer l'approche de la Gestalt-thérapie à l'intérieur d'un service de réadaptation offert par un centre de réadaptation de la région de Québec. De ces expériences, il y en a trois qui ont inspiré de façon particulière des suggestions d'interventions visant un travail thérapeutique d'après une lecture offerte par la Gestalt-thérapie, en tenant compte des implications possibles de certaines caractéristiques des personnes déficientes intellectuelles. Les caractéristiques abordées sont: 1° les problèmes de communication; 2° les difficultés "d'insight"; 3° les connaissances limitées; 4° les déficiences physiques et/ou sensorielles souvent associées; 5° une possibilité de concept de soi négatif et de dépendance dans des expériences de vie souvent limitées à un réseau familial et d'intervenants; et 6° l'usage parfois important de la médication. Les suggestions d'interventions invitent le lecteur à explorer davantage les possibilités d'appliquer la Gestalt-thérapie pour une clientèle n'ayant que très peu accès à l'aide psychothérapeutique, malgré une incidence de problèmes d'ordre émotionnel plus grande que dans la population dite "normale" et compte tenu de l'absence observée de publications portant sur l'application de cette approche pour la population visée.

### INTRODUCTION

La psychothérapie individuelle auprès des personnes déficientes intellectuelles diffère du support psychologique souvent offert dans les services de réadaptation.

La nécessité d'une aide psychothérapeutique semble

toutefois évidente selon plusieurs auteurs, dont Stavrakaki (1986), Des Noyers Hurley (1989) et Matson (1984), d'autant plus que l'incidence de problèmes d'ordre émotionnel chez les personnes déficientes intellectuelles serait plus élevé que chez les personnes non déficientes, selon les recherches rapportées par ces mêmes auteurs et par Caron (1991).

Mais selon Stavrakaki (1986), cette forme d'aide reste trop peu accessible pour des raisons souvent reliées au manque d'enthousiasme ou d'initiative et à l'orientation philosophique des professionnels. Matson (1984) note même une diminution de cette forme d'aide depuis des années.

Tout en mentionnant différentes méthodes psychothérapeutiques appliquées à ce jour, Ionescu S. *et al.* (1987) soulignent le peu de publications

---

André Lessard, M.Ps. psychologue, Etablissements regroupés  
Pavillon St-Charles-de-Limoilou/CADIQ (Services Barbara-  
Rourke), 730- Be Avenue, QUEBEC (Québec), G1J 3L7.

L'auteur tient à remercier l'appui de son employeur, plus particulièrement Madame Agathe Allaire, dans l'application d'une aide psychothérapeutique à des personnes en difficulté à l'intérieur des services de réadaptation, de même que Monsieur Luc Duval (auteur de l'article cité en référence), Monsieur Oscar Hamel et Monsieur John P. Kennedy (formateurs au Centre de formation en Gestalt-thérapie de Québec), qui ont bien voulu collaborer à ce texte par leurs avis judicieux.

portant sur l'application d'approches de type existentiel pour les personnes déficientes intellectuelles et ne rapportent aucune application de la Gestalt-thérapie plus spécifiquement. Matson (1984) avait déjà noté l'absence de recherches empiriques auprès de ces personnes sur l'application de la Gestalt-thérapie, reconnue comme une approche d'orientation Existentielle/Humaniste (Corporation Professionnelle des Psychologues du Québec, 1989). Une autre recherche bibliographique menée récemment n'a pas permis de découvrir davantage de publications dans l'application de cette approche chez les personnes concernées.

Cet article vise donc à décrire sommairement l'approche psychothérapique de type Gestalt-thérapie et à stimuler des réflexions sur la possibilité d'appliquer cette approche, par des suggestions d'interventions dans un contexte de thérapie individuelle auprès de personnes adultes déficientes intellectuelles. Ces suggestions sont faites à partir de l'implication possible de certaines caractéristiques des personnes déficientes intellectuelles dans le travail thérapeutique à effectuer d'après une lecture offerte par la Gestalt-thérapie.

Il n'est cependant pas question de prétendre suggérer ici un ensemble exhaustif de moyens pour appliquer cette approche compte tenu entre autres de la grande complexité des problèmes parfois rencontrés chez ces personnes, et de l'aspect exploratoire des expériences psychothérapiques ayant permis ces suggestions.

### QUELQUES CONCEPTS DE BASE SUR L'APPROCHE DE LA GESTALT-THERAPIE

La Gestalt-thérapie ne considère pas la personne selon un modèle médical. Elle ne cherche pas à "guérir" des malades mais plutôt à aider des gens à croître. Et c'est en ces termes que Perls *et al.* (1977) parlent de la Gestalt-thérapie:

*"Cette thérapie est flexible et en elle-même une aventure vitale. Le travail ne consiste pas comme on le croit trop souvent, pour le médecin à "découvrir" ce qui ne va pas chez le patient puis à le "lui dire". On n'a pas cessé de "lui dire" toute sa vie ce qu'il fallait faire et, dans la mesure où il a accepté ce qu'on lui avait dit, il n'a cessé de "se le dire" à lui-même. Qu'on lui "dise" une fois de plus, même si cela vient d'un médecin auréolé de toute son autorité, ne produira pas de miracle. Ce qui est essentiel, ce n'est pas que le thérapeute apprenne quelque chose sur le patient pour le lui enseigner après, mais que le thérapeute enseigne au patient comment faire pour apprendre quelque chose sur lui-même. Cela implique qu'il devienne directement conscient de la manière dont en tant qu'organisme vivant, il fonctionne vraiment sur la base d'expériences qui sont elles-mêmes non verbales." (p.34)*

Cela ne signifie pas cependant que la Gestalt n'aborde pas la psychopathologie telle que décrite dans la nomenclature psychiatrique, mais elle l'aborde sous l'angle d'un processus, en s'interrogeant sur la façon qu'un trouble ou une dysfonction se manifeste et sur le "comment" il est maintenu.

Cette approche s'appuie sur deux principes fondamentaux. Le premier principe veut que les gens agissent ou s'utilisent dans le moment présent. Le deuxième principe veut que l'être humain soit perçu comme un système en équilibre, et qu'il ressent l'état de déséquilibre comme un besoin à combler. Il s'agit là d'un processus d'homéostasie par lequel l'organisme interagit avec l'environnement dans le but de stabiliser ses divers éléments constituants.

A son tour, le besoin est satisfait selon un processus de satisfaction des besoins appelé "cycle de l'expérience". C'est en référence à ce processus que Denes-Radomisli (1976) parle de Perls.:

*"Thus, according to him (Perls), the phenomenal*

*world of a person is always organized by his most pressing need, which becomes figure-until the need is satisfied and recedes into the background to give way to another organizing need." (p.31)*

### Le cycle de l'expérience

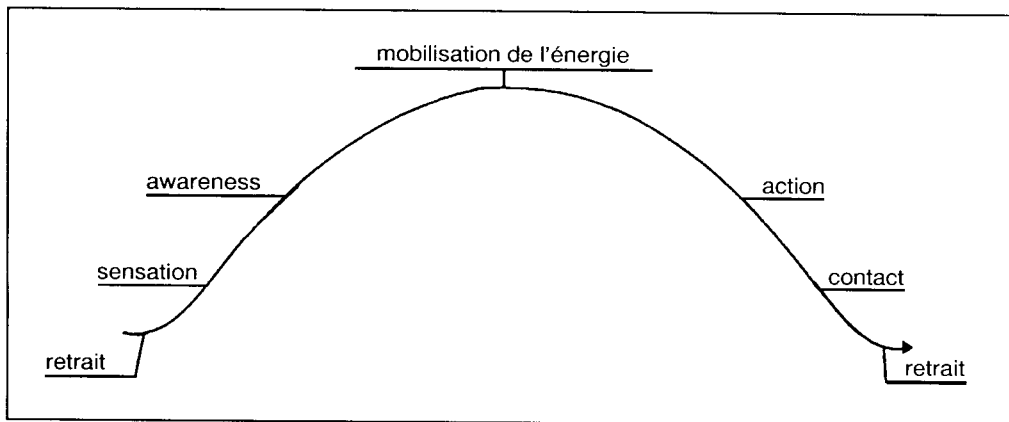
Le cycle de l'expérience est une séquence organique que l'on peut repérer à chaque moment de notre vie et à laquelle est étroitement liée la notion d'awareness. Zinker (1981) parlera plutôt de "prise de conscience", ou encore d'émergence

d'un besoin qui prend forme de façon plus ou moins claire. Plus l'awareness est clair et plus le cycle de l'expérience a des chances d'être vécu de façon satisfaisante pour le besoin identifié à ce niveau et ainsi faire place à l'émergence d'un autre besoin.

Ce cycle est divisé en un certain nombre de phases. Ces phases (fig.1) sont indiquées dans l'ordre suivant: retrait - sensation - awareness - mobilisation de l'énergie - action - contact - retrait.

**Figure 1**

**Schéma décrit par Delisle (1991)**



*Le retrait:* C'est lorsque l'organisme est au repos, disponible à l'émergence d'un événement, d'une sensation.

*La sensation:* L'organisme vit un dérangement perceptible sur les plans sensoriels, kinesthésiques, émotifs ou symboliques, mais ce dérangement n'est pas organisé en figure ou précisé en besoin.

*L'awareness (prise de conscience):* Le dérangement perçu à la phase antérieure s'organise en une figure ou en besoin plus ou moins clair.

*Mobilisation de l'énergie:* Je me mobilise et vise à identifier les différents éléments internes ou externes sur lesquels je suis susceptible d'exercer une action qui puisse rétablir mon état d'équilibre (ou satisfaire mon besoin déjà identifié).

*L'action:* Je pose un ou des gestes nécessaires à entrer en "contact" avec le(s) objet(s) pouvant m'aider à satisfaire mon besoin. Il n'y a pas encore de contact avec l'objet, mais plutôt un déplacement dans l'espace, un mouvement vers.

*Le contact:* J'entre en contact avec le(s) objet(s) susceptible(s) de satisfaire mon besoin et ainsi rétablir mon état d'équilibre. Mon organisme peut dès lors se satisfaire du changement déjà opéré ou de l'attente du changement à venir.

*Le retrait:* Je me désintéresse graduellement du besoin satisfait et je redeviens disponible à autre chose, à la formation d'une autre figure dans un nouveau cycle. Ce cycle-ci est maintenant complété.

Nous pouvons utiliser l'exemple que Zinker (1977 p.132-133) utilise pour illustrer ce cycle en fonction du besoin de la faim. L'exemple peut se résumer ainsi:

*Retrait:* L'organisme est au repos, disponible à l'émergence de sensations multiples.

*Sensations:* L'organisme éprouve des sensations

physiques de faim, mais celles-ci ne sont pas organisées en besoin précis.

*Awareness:* Le besoin "faim" devient figural à la conscience de la personne.

*Mobilisation de l'énergie:* La personne décide de se lever après avoir identifié le réfrigérateur comme réserve de nourriture.

*Action:* La personne marche jusqu'au réfrigérateur et ouvre la porte afin d'y examiner le contenu.

*Contact:* La personne saisit un morceau de fromage, le mâche, le déguste et l'avale.

*Retrait:* Se sentant rassasiée, elle s'en retourne et devient disponible à la formation d'une autre "figure" dans un nouveau cycle.

Lorsque le besoin est satisfait, l'organisme retourne à l'état indifférencié du début du cycle jusqu'à l'émergence d'un nouveau besoin à satisfaire. Il est important de spécifier ici que la notion de besoin ne se limite pas aux besoins physiologiques, mais couvre l'ensemble des besoins chez tout individu.

Malheureusement, le cycle expérientiel peut ne pas toujours être complété et pratiquement, ceci peut dépendre de nombreuses interférences chez la personne, celles-ci pouvant être d'origine interne ou externe. Ce qui engendre des "situations inachevées" qui auront le potentiel de réapparaître tant que le besoin initial ne sera pas suffisamment satisfait. La mésadaptation devient alors consécutive à une suite de cycles interrompus et de besoins insuffisamment satisfaits.

Les interférences (ou mécanismes d'adaptation) pouvant être rencontrées à l'intérieur du cycle de l'expérience peuvent être décrites sommairement comme ceci:

- *la désensibilisation:* c'est l'incapacité d'avoir ou de ressentir des sensations. Il y a des

coups d'ordre physique (la personne aux prises avec des déficiences sensorielles par exemple) ou des coupures d'ordre psychologique, celles travaillées en thérapie (la personne qui se suractive, s'éparpille, celle qui vit un état psychotique, celle qui "s'enferme" dans son journal toute une soirée, celle qui fait un usage parfois exagéré d'alcool ou de tranquillisants...)

- *l'introjection*: la personne intériorise des normes, des croyances, sans vérifier à quoi elles tiennent. Les données de l'environnement sont prises sans transformation (elles n'ont pas été "mâchées", "agressées" ou remodelées dans un but d'accommodation). Ceci nuit à l'"awareness".
- *la projection*: c'est porter à l'extérieur de soi ce qui est en soi. La personne identifie quelque peu les sensations et émotions présentes sauf qu'elle les attribue à autrui. Elle n'assume pas la responsabilité de son ressenti. Elle n'est pas "aware" et ne reconnaît pas sien ce qu'elle projette.
- *la rétroflexion*: la personne est "aware" du besoin, sauf que deux forces s'expriment et s'opposent en même temps. Qu'elle ressente son énergie ou non, elle ne s'investit pas dans une action extérieure appropriée. Elle devient sa propre cible et peut souvent vivre cela sous la forme d'une introjection excessive accompagnée d'un sentiment de honte ou de culpabilité. La personne qui ne ressent pas son énergie se parle, se scrute et dépense ainsi son énergie de façon continue et sans but satisfaisant. A l'extrême, c'est l'individu qui déprime. Tant qu'à la personne qui ressent son énergie, celle-ci est tendue physiquement, elle se retient, elle est une candidate parfaite aux problèmes de somatisation. Les motifs de la rétroflexion sont souvent reliés à un besoin insatisfait parce qu'une opposition est perçue comme insurmontable.
- *la déflexion*: c'est une manoeuvre pour

désamorcer, amoindrir ou éviter le contact avec l'objet pouvant satisfaire le besoin de la personne (le "farceur continu", celui qui "tourne autour du pot", celui qui ne regarde pas dans les yeux...). En thérapie, celui qui défléchit peut tenter de neutraliser les manoeuvres du thérapeute pour ne pas ressentir sa souffrance par exemple.

- *la confluence*: c'est un contact effectué avec perte de "frontière" et une difficulté à laisser le contact. Il y a souvent une peur d'être seul, d'exister par soi-même (la personne "collante", victime, celle qui parle en "on" plutôt qu'en "je", celle qui laisse choisir les autres pour elle...). La qualité du contact comme du retrait est perturbée.

Situons maintenant ces mécanismes d'adaptation parmi les phases du cycle de l'expérience (fig.2).

### Le travail thérapeutique en Gestalt-thérapie

Le travail en Gestalt-thérapie s'effectue à trois niveaux principalement.

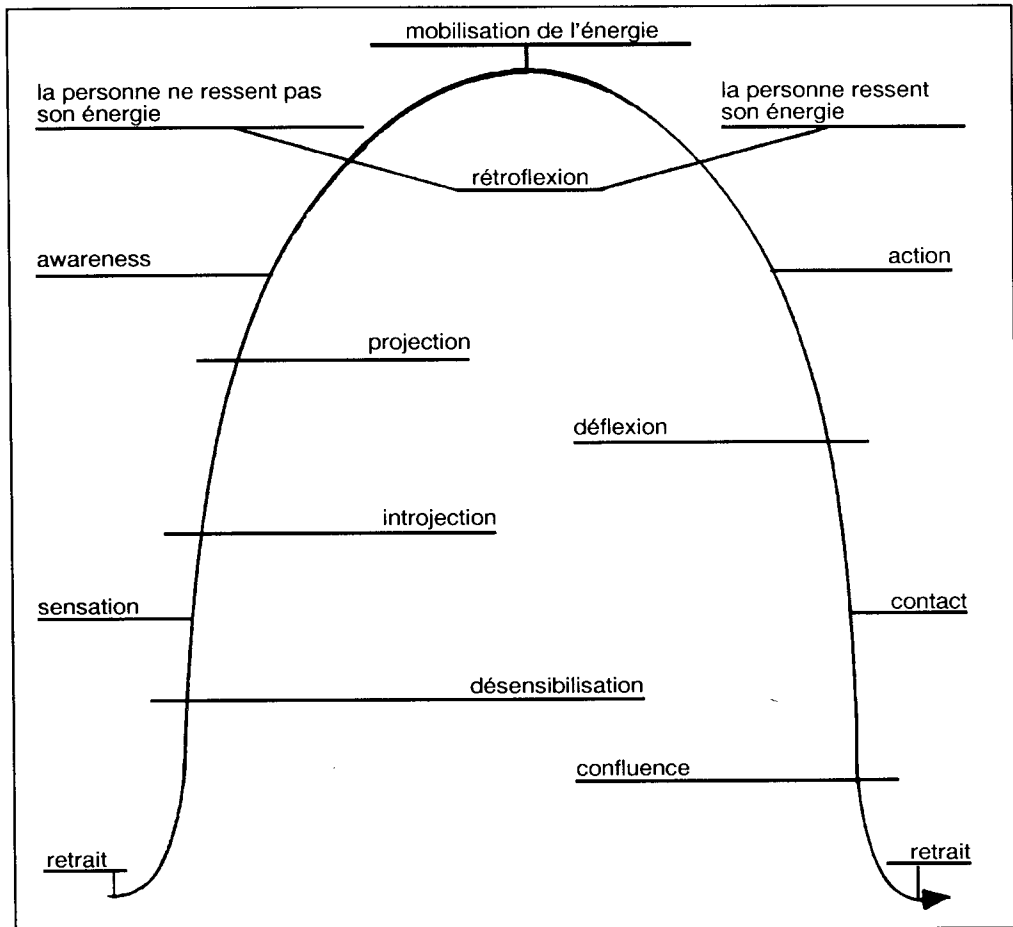
#### **L'awareness**

L'awareness est le coeur théorique de la thérapie gestaltiste, puisque l'organisme oriente spontanément son attention et consécutivement son action en fonction du besoin perçu comme le plus important. Le travail du thérapeute consiste alors à être centré sur le contact de la personne avec son expérience subjective du moment présent, pour l'aider à développer son awareness, c'est-à-dire, attribuer une signification aux sensations du moment.

Un awareness plus grand favorise donc l'expression accrue de la réalité propre à l'individu, et par conséquent, de ce qui le différencie des autres. C'est par l'expression de ses différences qu'une personne peut alors vivre les contacts avec l'environnement qui soient des plus satisfaisants pour elle, puisqu'à l'inverse, sans ce sentiment de quelque chose d'autre à approcher ou manipuler, il

**Figure 2**

**Mécanismes d'adaptation et cycle de l'expérience  
selon le schéma décrit par Kennedy (1985)**



ne peut y avoir émergence d'awareness.

### **Les mécanismes d'adaptation**

En Gestalt-thérapie, nous nous préoccupons de faire identifier à la personne les interférences (ou mécanismes d'adaptation) qui se produisent à l'intérieur du cycle de l'expérience pour lui permettre de trouver un sens à leur présence et d'être capable de les utiliser de façon saine et efficace, afin de restaurer la fluidité et la continuité dans le cycle de l'expérience. Nous reconnaissons aussi un caractère fonctionnel et un caractère dysfonctionnel propre à chaque mécanisme d'adaptation, selon son utilisation. A ce propos, Delisle (1991) rapporte:

*"Quand ces mécanismes sont activés chez une personne sans qu'elle en soit consciente et d'une façon qui soit l'empêche de se nourrir, soit l'empoisonne, on les appelle des résistances au contact. Lorsqu'ils sont utilisés avec awareness et permettent à la personne d'incorporer ce qui la nourrit tout en rejetant ce qui est toxique, ils deviennent des modes d'adaptation au contact."* (p.40)

Bref, le niveau de satisfaction d'un besoin va dépendre de la précision du besoin identifié (awareness) et de l'influence des mécanismes d'adaptation au niveau même du cycle expérientiel. De cette réalité propre à l'individu dépendent l'expression de ses différences dans son environnement et son niveau d'équilibre ou d'adaptation. Mais ces différences ne peuvent s'exprimer sans risques et ceux-ci seront pris en fonction du support que la personne peut s'accorder elle-même ou obtenir de son environnement, puisque l'organisme est en contact continu avec l'environnement. Abordons maintenant un autre niveau du travail thérapeutique en Gestalt-thérapie, celui du support.

### **Le support**

Cette notion mérite ici une attention particulière

parce qu'un support insuffisant peut contribuer à maintenir des insatisfactions constantes dans les besoins de la personne et l'engager à répétition dans des impasses ne lui offrant pas d'autres choix que la maladie ou le maintien de "patrons comportementaux mésadaptés". Delisle (1991) parle du caractère systémique du support, dans le rapport organisme-environnement. Comme exemple, il parle de la possibilité d'une personne à se tenir droite, qui est le résultat de la capacité des systèmes biologiques autonomes de la personne mais aussi de l'environnement qui suppose un sol stable.

Le travail en Gestalt-thérapie consiste en outre à observer comment la personne utilise ses propres systèmes de support et comment elle se permet de profiter de ceux offerts par l'environnement. Plus le support est grand, plus le contact peut être satisfaisant grâce à l'expression accrue de la réalité présente chez la personne dans ses différences. Rosenblat (1980) reconnaît ainsi l'importance du support dans le développement de l'awareness. *"Awareness is free to expand with sufficient support"* (p. 67).

Delisle (1991) distingue trois principaux systèmes de support:

- **Le système de support interpersonnel**

Il inclut dans ce système le réseau d'amis, des intimes et des connaissances. Selon lui, la qualité de ce réseau est souvent un indicateur de l'estime que la personne se porte à elle-même. La relation thérapeutique devient donc pour la personne un lieu de découvertes et d'expérimentations quant à sa façon d'utiliser le support interpersonnel.

- **Le système de support cognitif**

A ne pas confondre avec la rationalisation, ce système se différencie, toujours selon Delisle, de ce que peut nous fournir l'expérience sensorielle et le thérapeute gestaltiste peut

utiliser l'effet de la pensée sur la mobilisation de l'énergie grâce à des techniques de recadrage ou de restructuration cognitive.

### • **Le système de support biologique**

Delisle inclut trois sous-systèmes qui sont les plus observables en thérapie. D'abord, il mentionne le système osseux, puis le système musculaire et finalement le système respiratoire. Bien entendu, d'autres systèmes moins observables doivent aussi être considérés chez la personne, tels les systèmes: nerveux central, endocrinien, digestif, urinaire et génital. Ajoutons à cela les organes des sens. Le travail spécifique du thérapeute selon Delisle G., consiste alors à observer l'usage que fait le client de ces fonctions de support et à lui permettre d'expérimenter davantage de force et de centration en solidifiant son appui corporel. Il ajoute à cela que certaines personnes ont pu chroniciser des postures qui rétrécissent le registre des expériences qu'il leur est possible d'éprouver dans une situation donnée.

Alors que Delisle parle du travail à faire en Gestalt-thérapie dans l'expérimentation chez la personne de son appui corporel ou de sa façon d'utiliser le support interpersonnel, il reconnaît chez elle sa capacité à développer son propre support que ce soit en fonction de son système biologique, ou de ses habiletés à utiliser les personnes en relation avec elle.

Cette capacité a d'ailleurs été abordée déjà par Rosenblat (1980) dans des termes de processus dynamiques entre le support et le contact. En fait, il utilise le processus d'apprentissage à la marche chez l'enfant, comme modèle descriptif de développement du support. Ce modèle implique sommairement que:

- le support externe est d'abord nécessaire à la personne avant qu'elle puisse utiliser son propre support interne;

- l'apprentissage de son propre support doit se faire par étapes, et celles-ci doivent respecter le rythme de la personne, sinon l'effet inverse à celui attendu peut survenir (inhibition de la croissance et du support). Ce rythme peut dépendre autant de la maturation physiologique et physique que des pressions (parfois indues) de certaines personnes souvent pleines de bonnes intentions;
- il doit être permis à la personne de faire seule et librement ses expériences sur une base d'essais-erreurs, sans se décourager. La personne doit donc être confortable avec ses erreurs et croire avec confiance que l'erreur se limite à la situation présente, sans être éternelle. Une partie de la capacité chez la personne à essayer des étapes plus avancées (ou plus "risquées") va dépendre directement de sa façon d'utiliser ses erreurs;
- la sensation d'équilibre (traduction libre du mot anglais "balance") permet le jugement nécessaire à l'établissement des limites ou possibilités réelles chez la personne.

Il est intéressant de noter dans ce modèle que:

- la sensation d'équilibre n'implique pas des capacités intellectuelles importantes au niveau de certaines habiletés (langage, pensée abstraite...);
- le support doit se développer par l'expérience et celle-ci peut impliquer des sensations d'insécurité, de déséquilibre ou de souffrance.

### La relation psychothérapique et la Gestalt-thérapie

Perls *et al.* (1977) formulent ainsi le défi majeur en psychothérapie:

*"Le problème majeur de toutes les formes de psychothérapie est de motiver le patient pour faire*



*ce qu'il faut. Il faut par exemple qu'il reprenne les "tâches inachevées", abandonnées dans le passé parce que trop douloureuses à cette époque. Si on l'encourage à revenir sur ses souvenirs pénibles pour les régler une bonne fois pour toutes, il ne faut pas oublier que c'est encore douloureux, qu'il va encore en souffrir et on peut penser qu'à court terme, il vaut mieux éviter ce rappel. Comment peut-on le mettre devant la tâche à accomplir - et comment peut-il lui-même se mettre à la tâche - quand il lui faut passer encore par tant de souffrances?" (p.194)*

La psychothérapie s'effectue à travers la relation qui s'établit entre la personne aidée et le thérapeute. Ce contexte constitue en quelque sorte une représentation microcosmique de la façon dont la personne se vit et s'expérimente quotidiennement, tout en étant un lieu pour s'expérimenter autrement grâce au support qu'offre ce moment de rencontre. Zinker (1981) dit ceci à propos du rôle du thérapeute dans ces moments:

*"Le thérapeute fournit une forme, une structure, un processus discipliné en fonction des énoncés générés constamment par la relation qui existe entre lui et le client. Le thérapeute crée une ambiance, une situation de laboratoire, un terrain d'essai pour aider le client dans l'exploration de lui-même en tant qu'être vivant." (p.18)*

Le thérapeute utilise l'organisme entier de la personne pour la renseigner sur elle-même à tous ses niveaux de fonctionnement et il lui propose des expérimentations liées directement à ce qu'elle vit à l'instant présent. Ces expérimentations lui permettent d'approfondir la connaissance qu'elle a d'elle-même et, dans un processus évolutif, de développer de nouveaux concepts de soi et des nouvelles possibilités d'expression acceptables pour elle-même. Les expérimentations doivent être graduées en fonction du rythme de la personne et peuvent être répétées aussi souvent qu'il le faut pour intégrer le(s) apprentissage(s) qu'elle peut faire sur elle-même.

Le thérapeute en Gestalt-thérapie doit aussi aborder chaque entrevue sans attentes particulières de la part de la personne aidée, tout en étant prêt à tout. Il doit pouvoir l'accepter inconditionnellement dans sa façon d'être, de telle sorte qu'il puisse l'aider à établir l'authenticité de son existence individuelle dans ses besoins d'être reconnue et à affirmer de façon responsable des choix de vie qui soient les plus satisfaisants pour elle. Zinker (1981, p. 21) rapporte ainsi ce que Rogers (1970) dit de l'impact de telles attitudes de la part d'un thérapeute chez une personne aidée: *"Lorsque je sais que vous m'acceptez inconditionnellement, alors je peux vous faire voir mon 'moi' le plus tendre, le plus pénétrable, le plus magnifique et le plus vulnérable."*

De plus, puisque le but ultime de la thérapie est d'aider la personne à actualiser son potentiel et à diriger son existence tout en respectant ses limites (nous avons tous nos limites), le thérapeute doit pouvoir reconnaître ce qui le différencie de la personne aidée dans un contact où elle pourra vivre ses différences avec confiance. Si à l'inverse, le contact entre le thérapeute et la personne aidée n'est pas clair, il y a risque de confluence de part et d'autre, et la relation ne pourra pas être aidante dans ce cas.

De façon générale, le thérapeute en Gestalt-thérapie doit constamment s'interroger sur la fluidité du cycle expérientiel chez la personne, tenter d'identifier à chaque instant les motifs d'interruption de son cycle et ses capacités de support afin d'orienter les interventions tout en gardant la personne et son vécu comme cadre de référence.

Une force à cette approche consiste d'ailleurs à raisonner à partir de la personne et de son vécu à chaque instant, en considérant et en respectant ses capacités et ses limites lors des interventions.

Les questions qu'un thérapeute peut avoir à l'esprit ressemblent à ceci:

- *Qu'est-ce qui est présent à la conscience de la personne?*
- *Quel mécanisme d'adaptation est en fonction actuellement dans le cycle expérientiel?*
- *Quelle est ma qualité de contact avec la personne?*
- *Sur quels supports la personne peut-elle se fier, venant d'elle-même ou de son environnement?*

**SUGGESTIONS D'INTERVENTIONS A TENTER DANS L'APPLICATION DE LA GESTALT-THERAPIE EN TENANT COMPTE DES IMPLICATIONS POSSIBLES DE CERTAINES CARACTERISTIQUES DE PERSONNES DEFICIENTES INTELLECTUELLES**

Les personnes déficientes intellectuelles présentent certaines caractéristiques particulières pouvant influencer à leur façon, le travail thérapeutique à effectuer d'après une lecture offerte par la Gestalt-thérapie. Bien que l'influence de ces caractéristiques demeure individuelle à chaque personne, celles-ci peuvent constituer des obstacles particuliers additionnels à tenir compte dans la résolution de problèmes d'ordre émotionnel.

Lorsque le thérapeute se questionne sur la façon dont la personne se déplace sur le cycle expérientiel, il doit pouvoir estimer l'impact de ces caractéristiques sur le cycle ainsi que les forces et les limites de la personne, afin d'ajuster son support en conséquence, avec des interventions adaptées. C'est ici que s'effectue l'opération la plus délicate pour le thérapeute, puisqu'il doit trouver la juste mesure de support à donner, dans le but d'aider la personne à développer son indépendance, à l'aide d'interventions qui soient à sa portée.

Le tableau suivant illustre de façon synthétique l'implication possible de six (6) caractéristiques des personnes déficientes intellectuelles au niveau du travail thérapeutique à effectuer, avec des interventions à tenter en conséquence. Les

caractéristiques retenues sont: 1- des problèmes de communication; 2- des difficultés "d'insight" (capacité d'organiser les éléments d'une expérience de vie en un tout qui fait du sens); 3- des limites au niveau des connaissances; 4- des déficiences physiques et/ou sensorielles souvent associées; 5- possibilité de concept de soi négatif et dépendance dans des expériences de vie souvent limitées à un réseau familial et d'intervenants; 6- l'utilisation parfois importante de médicaments pour composer avec des comportements mésadaptés.

Dans les faits, l'utilisation des moyens d'interventions proposés vise à permettre à la personne de remettre en mouvement les cycles expérientiels interrompus et de les compléter d'une façon qui lui soit satisfaisante.

Ces moyens d'interventions doivent être adaptés aux personnes déficientes intellectuelles et certains d'entre eux, tels l'interprétation directe des émotions, l'allégorie, l'alter ego et même certaines techniques comportementales, peuvent, au premier abord, sembler aller à l'encontre de l'idée centrale de l'approche, où la thérapeute n'a pas à dire à la personne ce qu'elle doit faire. Ces moyens peuvent toutefois être utilisés en respectant le rythme de la personne en fonction de ce qu'elle vit au moment présent, tout en lui suggérant (plutôt qu'imposer) des façons de nommer ou d'aborder des situations de vie avec des mots ou des façons d'être qui lui sont parfois inhabituels ou ne font simplement pas partie de son répertoire.

Ces façons d'intervenir semblent aussi s'inscrire dans le modèle de développement du support de Rosenblat (1980) lorsqu'en parlant du processus d'apprentissage à la marche chez l'enfant, il rapporte que le support externe est d'abord nécessaire à la personne avant de pouvoir utiliser son propre support interne. En fait, l'utilisation de mots pour décrire ou nommer une expérience de vie interne et la proposition faite à la personne sur une manière qui peut lui sembler saine de composer avec sa réalité, doivent être perçus de façon métaphorique comme si quelqu'un tendait la main à une personne pour lui montrer comment traverser

Tableau 1

Tableau des caractéristiques, de leurs implications possibles au niveau du travail thérapeutique à effectuer et des interventions à tenter

CARACTERISTIQUES	IMPLICATIONS POSSIBLES AU NIVEAU DU TRAVAIL THERAPEUTIQUE A EFFECTUER	INTERVENTIONS A TENTER
1. Problèmes de communication	Ce que la personne comprend de ce qui est dit verbalement ou fait comprendre par ses mots ne respecte pas toujours le sens du message transmis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser un langage simple (mots descriptifs et fonctionnels plutôt que conceptuels) dans des phrases courtes.</li> <li>• Accorder une attention particulière aux aspects non verbaux de la communication.</li> <li>• Répéter à la personne ce qui a été entendu et en vérifier l'exactitude par un oui ou un non.</li> <li>• S'assurer de la présence d'une personne ressource pour "traduire" ce qui est dit. Cette personne peut être un proche parent, pourvu qu'il soit familier au langage utilisé par la personne aidée.</li> </ul>
2. Difficultés "d'insight"	Peut nuire à l'awareness dans l'identification du besoin, et à la reconnaissance des mécanismes d'adaptation et des motifs qui les maintiennent.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpréter directement les émotions perçues (Des Noyers Hurley A. et al. 1986), les besoins ou les mécanismes d'adaptation de la personne par des allégories (Monbourquette J. 1984, Brooks R.B. 1987). L'utilisation de médi-ums projectifs (ex.: dessins) et d'indices non verbaux observés chez la personne pourront aider à la situer dans ce qu'elle vit à l'instant présent et valider davantage les interprétations.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire "l'alter-ego" (l'autre moi) de la personne et nommer à sa place ce qu'elle peut difficilement nommer elle-même.</li> </ul>

CARACTERISTIQUES	IMPLICATIONS POSSIBLES AU NIVEAU DU TRAVAIL THERAPEUTIQUE A EFFECTUER	INTERVENTIONS A TENTER
<p>3. Connaissances limitées.</p>	<p>Le système de support cognitif est déficitaire.</p> <p>Le système de support interpersonnel risque à son tour d'être déficitaire, si la personne ne sait pas comment entrer en contact avec l'environnement de façon satisfaisante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître l'histoire de la personne pour en avoir une meilleure compréhension et pour avoir des hypothèses plus justes à utiliser dans l'exercice de "l'alter-ego" ou des inter-prétations.</li> <li>• Lors des interventions de recadrage ou de re-structuration cognitive, utiliser des moyens adaptés ou compensatoires (images, objets, mots descriptifs ou fonctionnels plutôt qu'abstraites). On peut aussi utiliser "l'alter-ego" ou les allégories.</li> <li>• Utiliser différentes techniques comportementales (modeling, renforceurs positifs de type sociaux) ou utiliser les allégories pour présenter et contribuer à développer les habiletés nécessaires à un contact permettant davantage l'emploi du soutien humain de façon satisfaisante.</li> <li>• Supporter la famille et les intervenants communautaires dans leurs efforts de mises en situation des personnes dans des expériences de vie diversifiées.</li> </ul>
<p>4. Déficiences physiques et/ou sensorielles souvent associées.</p>	<p>Le système de support biologique est déficitaire.</p> <p>Le système de support interpersonnel risque d'être diminué si ces déficits sont des obstacles à des sorties communautaires ou à des mises en situation.</p> <p>Les sensations sont diminuées et l'awareness risque d'en être affecté ainsi que le déroulement successif du cycle expérientiel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supporter la personne dans des démarches pour faire en sorte que des actions médicales soient prises afin de diminuer ou compenser ces déficits et lui permettre d'expérimenter davantage de force sur le plan corporel.</li> <li>• Vérifier comment ces déficits peuvent nuire aux sorties communautaires ou aux mises en situation, et comment nous pouvons supporter la personne à surpasser ces obstacles par des recommandations auprès des intervenants et faciliter ainsi les mises en situations qui puissent permettre à la personne d'expérimenter et de développer davantage sa capacité à utiliser le support interpersonnel.</li> <li>• Aider la personne à explorer ses sens et ses limites corporelles par des expérimentations de type sensoriel ou moteur, des feed-back ou même des approches psychocorporelles (massothérapie par exemple).</li> </ul>

CARACTERISTIQUES	IMPLICATIONS POSSIBLES AU NIVEAU DU TRAVAIL THERAPEUTIQUE A EFFECTUER	INTERVENTIONS A TENTER
<p>5. Possibilité de concept de soi négatif et dépendance dans des expériences de vie souvent limitées à un réseau familial et d'intervenants.</p>	<p>Le système de support interpersonnel risque d'être déficitaire, tant par le nombre peu diversifié de personnes avec lesquelles elle est en relation, qu'par la qualité des contacts qu'elle entretient (une dépendance laissant aux autres le soin de décider pour elle-même et peu de contacts avec des amis(es)).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laisser la personne découvrir et expérimenter ses façons d'utiliser les autres personnes comme support interpersonnel. En plus d'utiliser la relation thérapeutique comme moments d'expérimentation, des recommandations peuvent se faire auprès des autres intervenants concernés (école, travail, famille, loisirs..) afin d'augmenter les mises en situation en dehors du contexte thérapeutique et de permettre à la personne de généraliser ou d'intégrer les apprentissages effectués par expérimentation à l'intérieur de la relation thérapeutique. Des techniques comportementales (modeling, façonnement, renforçateurs positifs) peuvent être utilisées afin de l'aider à prendre conscience de certaines habiletés déjà présentes, et de développer des compétences. Il est donc souvent nécessaire de créer une alliance avec la famille et les intervenants afin que le milieu thérapeutique puisse se prolonger au-delà du moment de rencontre hebdomadaire. Cette alliance reste complémentaire cependant au processus thérapeutique lui-même dans l'intimité de la relation aidant-aidé.</li> </ul>
<p>6. Usage parfois important de la médication</p>	<p>Un concept de soi négatif (perceptions reliées à des limites réelles ou inventées par les peurs et/ou le mépris des autres) peut favoriser l'utilisation de certains mécanismes d'adaptation. Qu'il s'agisse de l'introjection ou de la projection qui viendront nuire à l'awareness, ou de la rétroflexion par une crainte de passer à l'action, de la déflexion en évitant les contacts directs, de la confluence en se conformant aux autres plutôt que de s'en différencier. La dépendance aux autres favorisant de façon particulière l'utilisation de la confluence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenir aux niveaux des mécanismes d'adaptation d'une façon accessible par une communication verbale adaptée, l'utilisation de "l'alter-ego", l'interprétation directe ou par allégories du vécu de la personne à partir de médiums projectifs ou d'observations directes. De façon plus spécifique à la confluence, permettre à la personne d'expérimenter ses limites et les vôtres dans le contexte thérapeutique. Ce même type d'expérimentation pourra se prolonger avec les membres de la famille et les intervenants qu'on prendra soin d'aviser.</li> </ul>
<p>6. Usage parfois important de la médication</p>	<p>Il peut y avoir une certaine désensibilisation avec un impact tant sur les sensations que sur l'awareness, affectant alors tout le déroulement successif du cycle expérientiel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler de concert avec le médecin et discuter de l'emploi de certains médicaments et des effets possibles.</li> </ul>

une rue si elle ne l'a jamais fait auparavant, afin qu'elle puisse le faire d'elle-même ultérieurement, sans support externe, dans une situation de vie semblable. Le danger demeure toutefois que les interventions diminuent le champ expérientiel de la personne et maintiennent une dépendance face au support externe. Peut-être s'agit-il là d'une limite à considérer et à explorer davantage dans l'application de la Gestalt-thérapie auprès de cette clientèle.

C'est également en référence au modèle de développement du support de Rosenblat (1980) que certaines interventions sont suggérées envers les ressources environnementales, en fonction des systèmes de support biologique et interpersonnel.

Il y a les actions médicales appropriées à prendre (orthèses, prothèses, amélioration du positionnement dans un fauteuil roulant...) afin de diminuer ou compenser les déficits au niveau du système de support biologique et ainsi permettre à la personne d'expérimenter plus de force et de centration sur le plan corporel, et il y a les autres interventions qui visent essentiellement à augmenter les expériences de vie de la personne. De part et d'autre, les démarches doivent être entreprises en donnant à la personne le support qu'elle nécessite.

A propos du système de support biologique, il se peut que les actions médicales constituent pour la personne un type de support externe dont elle ne pourra jamais se passer et dont l'utilité n'est pas toujours évidente, surtout lorsqu'à court terme la personne est appelée à vivre une sensation de douleur (dans le cas du port de certaines orthèses par exemple).

A propos du système de soutien interpersonnel, les interventions visent en principe à encourager la création d'un contexte favorable au cheminement personnel de la personne à travers des situations de vie où elle puisse s'expérimenter sans chercher à se soustraire à sa propre prise en charge et à sa responsabilité personnelle.

Ces possibilités d'expérimentations visent finalement à favoriser chez la personne une plus grande prise de conscience de ses possibilités réelles de support et il ne faut surtout pas se leurrer et croire que toute personne (qu'elle soit déficiente intellectuelle ou non) puisse atteindre le même niveau ou la même forme d'autonomie, et c'est à travers l'expérimentation que l'individu peut trouver la sensation d'équilibre (traduction du mot "balance" utilisé par Rosenblat 1980) qui lui permette d'établir ses limites et possibilités réelles de support.

## CONCLUSION

Bien que cet article vise ultimement à suggérer des interventions dans l'application de la Gestalt-thérapie auprès des personnes déficientes intellectuelles dans un contexte de psychothérapie individuelle, il peut également susciter une série de questions dont certaines portent sur les objectifs des psychothérapies, leurs limites et leur rentabilité.

Le but de l'article n'étant pas de tenter de répondre à ces questions, Ionescu S. *et al.* (1987) apportent néanmoins quelques éléments de réponses aux deux premières questions.

D'abord, partant de nombreuses publications, ils formulent une série d'objectifs spécifiques aux psychothérapies tout en nommant comme but final celui que la personne acquière un maximum d'indépendance personnelle.

Egalement, ces mêmes auteurs abordent indirectement les limites des psychothérapies en parlant des résistances de quelques praticiens, dont certaines ayant trait aux personnes déficientes intellectuelles et à leurs capacités à profiter d'une telle approche. Ils reconnaissent que des caractéristiques puissent constituer des obstacles au bon déroulement d'une psychothérapie et notent que certaines d'entre elles soient propres aux enfants, sans pour cela constituer une contre-

indication au travail thérapeutique.

C'est également par des similitudes entre certaines caractéristiques des personnes déficientes intellectuelles et celles des enfants et entre certaines techniques d'interventions pour ces deux groupes d'individus que ces mêmes auteurs mentionnent La Viète (1978) qui insiste sur l'importance d'une expérience thérapeutique antérieure avec les enfants pour le thérapeute qui désire s'engager en psychothérapie. La question se précise peut-être, à savoir si la limite d'application d'une psychothérapie pour une personne déficiente intellectuelle avoisine celle pour les enfants. Une mise en garde doit cependant être faite par rapport au danger de traiter "comme un enfant" une personne déficiente intellectuelle adulte. C'est là un danger réel qui menace les intervenants lorsqu'ils doivent considérer les besoins de mises en situations, l'expérience de vie cumulée de ces adultes et les besoins de soutien qu'ils commandent.

Tant qu'à la question touchant la rentabilité, une réponse possible doit inévitablement tenir compte du coût réel pour un individu ou un organisme dans un tel service d'aide, et de l'effet "long terme" du mieux-être engendré chez la personne aidée. Ce mieux-être peut également faire en sorte que les besoins ultérieurs d'encadrement soient moins onéreux financièrement.

Quoiqu'il en soit, compte tenu de l'incidence des problèmes d'ordre émotionnel chez les personnes déficientes intellectuelles, de la sous-utilisation de l'aide psychothérapique et de l'absence de recherches empiriques sur l'application de la Gestalt-thérapie auprès de ces personnes, cet article peut offrir certaines perspectives dans l'application de cette approche et l'occasion de stimuler quelques réflexions favorisant à leur tour des recherches permettant alors de dépasser l'aspect exploratoire des présentes suggestions d'interventions.

## BIBLIOGRAPHIE

BAUER, R., AYLWARD, J., FREEDMAN, H. (1986) *A case presentation in Gestalt Therapy II*. The Gestalt Journal, 9(1), 16-35.

BROEKGAARDEN, R. and others (1985) *Playtherapy with the Mentally Retarded*. Paper presented at the Netherlands Organisation for Post Graduate Education in Social Sciences (P.A.O.S.) International Symposium on "Play-Play-therapy-Play Research" (Amsterdam, The Netherlands, September 12-14), 11 p.

BROOKS, R. B. (1987) Storytelling and the Therapeutic Process for Children with Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 20(9), 546-550.

CARON, C. (1991) Les troubles psychopathologiques chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 2(2), 119-126.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES PSYCHOLOGUES DU QUEBEC (1989) *Le psychologue et vous. Guide à l'intention des personnes qui désirent recourir aux services d'un psychologue*. Québec: Ville Mont-Royal, 23 p.

DELISLE, G. (1988) *Balises II - Une perspective gestualiste des troubles de la personnalité*. Montréal: Le Centre d'intervention Gestaltiste Le Reflet.

- DELISLE, G. (1991) *Les troubles de la personnalité, perspective gestaltiste*. Montréal: Les Editions du Reflet.
- DENES-RADOMISLI, M. (1976) Existential-Gestalt Therapy. In: Olsen P.T. (Ed.), *Emotional Flooding*. New York: Human Sciences Press, 270 p.
- DES NOYERS HURLEY, A., HURLEY, F. J. (1986) *Counseling and Psychotherapy with Mentally Retarded Clients I. The Initial Interview*. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 5(5), 22-26.
- DES NOYERS HURLEY, A. (1989) *Individual Psychotherapy with Mentally Retarded Individuals: A Review and Call for Research*. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 261-275.
- DES NOYERS HURLEY, A., HURLEY, F. J. (1987) Psychotherapy and Counseling II: Establishing a Therapeutic Relationship. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation*, 4(4), 15-20.
- DUVAL, L. (1991) "Réadaptation professionnelle: perspectives gestaltistes". Chapitre dans "Actes du XIVe Congrès mondial de l'Association internationale d'orientation scolaire et professionnelle tenu à Montréal du 13 au 17 août 1990. S'orienter dans une économie planétaire". La Corporation professionnelle des conseillers et conseillères d'orientation du Québec / La Société canadienne d'orientation et de consultation / Canadian Guidance and Counselling Association, 576 p.
- GARNEAU, J., LARIVEY, M. (1979) *L'auto-développement - psychothérapie dans la vie quotidienne*. Montréal: Les Editions de l'Homme, 332 p.
- IONESCU, S., JOURDAN-IONESCU, C. (1987) "Psychothérapies". In: S. Ionescu (Ed.), *L'intervention en déficience mentale*. Manuel de méthodes et de techniques, Vol. 1: Problèmes généraux. Méthodes médicales et psychologiques. Bruxelles: Mardaga.
- KENNEDY, J. (1985) *Notes personnelles de l'aspect théorique du cours de formation de thérapeute en Gestalt-thérapie*. Québec: Centre de formation en Gestalt-thérapie.
- LALONDE, GRUNBERG (1988) *Psychiatrie clinique - approche bio-psychosociale*. Boucherville: Gaëtan Morin, éditeur, 1348 p.
- LA VIETES, R. (1978) *Mental retardation: psychological treatment*. In: B.B. Wolman, J. Egan et A. Ross (Eds), *Handbook of treatment of mental disorders in childhood and adolescence*. Englewoods Cliffs: Prentice-Hall.
- MATSON, J. L. (1984) Psychotherapy with Persons who are Mentally Retarded. *Mental Retardation*, 22(4), 170-175.
- MONBOURQUETTE, J. (1984) *Allégories thérapeutiques - histoires pour instruire et guérir*, 67 p. Ottawa: Université St-Paul.
- PARSONS, J. A. (1978) *Group Psychotherapy with Mentally Retarded Adults*. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association (Toronto, Ontario, Canada), 9 p.
- PERLS, F., HEFFERLINE, R. E., GOODMAN, P. (1977) *Gestalt-thérapie, technique d'épanouissement personnel*. Ed. Stanké, 318 p.



- PERLS, F., HEFFERLINE, R. E., GOODMAN, P. (1979) *Gestalt-thérapie vers une théorie du self: nouveauté, excitation et croissance*. Ed. Stanké, 291 p.
- POLSTER, E., POLSTER, M. (1983) *La Gestalt, nouvelles perspectives théoriques et choix thérapeutiques et éducatifs*. Le Jour, Editeur, division de Sogeder Ltée, Québec, 329 p.
- REISS, S., LEVITAN, G. W., MC NALLY, R. J. (1982) Emotionally disturbed mentally retarded people: an underserved population. *American Psychologist*, 37, 361-367.
- ROGERS, C. (1970) *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- ROSENBLAT, D. (1980) The Dynamics Process of Support/Contact. *The Gestalt Journal*, 3(1), 64-68.
- STAVRAKAKI, C., KLEIN, J. (1986) Psychotherapies with the Mentally Retarded. *Psychiatric Clinics of North America*, 9(4), 733-743.
- TOBIN, S. A. (1969-70) *Self Support, Wholeness and Gestalt Therapy*. Voices: The Art and Science of Psychotherapists, 5(4), 5-12.
- ZINKER, J. (1981) *Se créer par la Gestalt*. Les Editions de l'Homme, 381 p.