

# L'autodévoilement du thérapeute

## Les aspects déontologiques, éthiques et cliniques

Alexandre CARLE  
Chantal BOURNIVAL  
Marc-Simon DROUIN

### Résumé

L'autodévoilement du thérapeute est l'une des interventions les plus controversées en psychothérapie. La plupart du temps, les thérapeutes prennent la décision de s'autodévoiler ou non, selon leur intuition clinique et leurs conceptions théoriques. L'objectif de cet article est d'amener les thérapeutes à se questionner sur cette intervention délicate, en considérant les aspects déontologiques, éthiques et cliniques. Une recension des écrits théoriques et empiriques sur le sujet permettra de terminer cet article avec certaines pistes de réflexion pouvant guider le clinicien dans son choix de s'autodévoiler ou non. Cette décision reste un choix à faire « cas par cas » et plusieurs facteurs, tels la personne à qui l'on se dévoile, le contenu du dévoilement, son contexte et les raisons pour lesquelles nous le faisons sont à considérer. Nous nous pencherons également sur les impacts possibles de cette intervention chez les clients.

### INTRODUCTION

L'autodévoilement du thérapeute est un sujet de plus en plus abordé dans les écrits sur la recherche en psychothérapie. Selon Farber (2006), l'intérêt accru que l'on porte à ce thème est lié à une certaine évolution, au cours des dernières décennies, de ce que devrait être la psychothérapie. Peu importe l'approche théorique, les psychothérapies tendraient à devenir plus « relationnelles », l'abstinence et l'anonymat n'étant plus perçus comme des qualités particulièrement aidantes. Les thérapeutes seraient appelés à être plus actifs, engagés, empathiques et authentiques dans ce qu'ils communiquent à propos du processus thérapeutique. Cependant, le dévoilement du thérapeute est loin de faire l'unanimité dans l'opinion des professionnels et un débat déontologique, éthique et clinique semble s'imposer sur ce sujet controversé. Selon une étude de Hill, Helms, Tichenor, Spiegel, O'Grady et Perry (1988), malgré que ce type d'intervention occupe seulement 1 % du temps en psychothérapie, les clients l'ont jugé comme la variable la plus aidante.

Toutes les études ne confirment pas ce résultat, mais celle-ci met l'accent sur l'importance et la puissance de l'impact que peut avoir cette intervention sur le client. Goldstein (1997) souligne qu'il est très important de développer une réflexion éthique et d'avoir une idée générale sur le sujet, et ce, avant que ce type de situation se présente, parce qu'il peut être difficile d'y réfléchir clairement de façon spontanée. L'hétérogénéité des définitions de l'autodévoilement pose problème lorsque nous voulons établir la prévalence et la fréquence de cette intervention et lorsque nous voulons comparer les différentes recherches sur le sujet. Nous voyons, dans la documentation, qu'il s'agit d'un type d'intervention que plusieurs thérapeutes exercent. Les résultats d'un sondage de Borys et Pope (1989) auprès des professionnels montraient que, dans leur pratique, 90,8 % des répondants rapportent ne s'être jamais ou presque jamais dévoilés à leurs clients et 7,4 % le font uniquement avec une certaine clientèle. De plus, 65,3 % des répondants considéraient que, dans la majorité des cas, c'était une pratique non éthique, alors que 29,5 % la considéraient comme éthique à certaines conditions. Ce sondage démontrait également que les thérapeutes hommes se dévoilaient davantage, alors que les thérapeutes d'approche psychodynamique exerçaient moins cette pratique. Le faible taux d'utilisation de l'autodévoilement nous invite à nous questionner sur la perception qu'en ont les répondants. D'autres sondages, réalisés auprès de psychologues et thérapeutes familiaux (Brock, 1987; Pope, Tabachnik, & Keith-Spiegel, 1987), ont rapporté des taux de dévoilement plus élevés: plus de 70 % des thérapeutes utilisaient l'autodévoilement à l'occasion.

Les écrits nous permettent d'observer que l'orientation théorique des thérapeutes les influence fortement. Selon l'approche psychanalytique traditionnelle, l'approche humaniste ou comportementale, les points de vue divergent significativement. Étant donné la grande diversité de points de vue sur le sujet, nous commencerons par définir l'autodévoilement. Nous ferons ensuite ressortir les principales idées débattues par différentes approches. Nous approfondirons le contenu que dévoilent les thérapeutes, les raisons pour lesquelles ils acceptent ou refusent de s'autodévoiler, à quel type de clients il est préférable de se dévoiler ainsi que les conséquences possibles de l'autodévoilement chez le client. Nous présenterons les principes éthiques ainsi que les règles déontologiques s'appliquant à ce sujet, et ce, tout au long de notre argumentation.

## QU'EST-CE QUE L'AUTODÉVOILEMENT DU THÉRAPEUTE ?

Le terme « autodévoilement » peut évoquer de nombreuses images à notre esprit. Plusieurs définitions ont été formulées afin de mieux cerner ce concept. Il est donc pertinent de spécifier en quoi consiste l'autodévoilement. La grande diversité de définitions pose un problème lorsque nous voulons comparer diverses études sur le sujet. En effet, comme le concept est défini différemment selon les recherches, tous les résultats ne représentent pas le même phénomène. Certains chercheurs (McCarthy & Betz, 1978) divisent l'autodévoilement en plusieurs sous-catégories. Par exemple, ils séparent l'autodévoilement d'informations factuelles, événementielles (*self-disclosing statements*) et l'autodévoilement impliquant de l'information émotionnelle et cognitive du thérapeute envers le client dans le contexte thérapeutique (*self-involving statements*). Plusieurs auteurs distinguent également deux formes d'autodévoilement, soit l'autodévoilement positif ou négatif (Watkins, 1990). Cette distinction réfère à la valeur positive ou négative que l'on accorde à l'expérience que partage le thérapeute. Évaluer l'autodévoilement dans cette perspective s'avère complexe étant donné le caractère très subjectif de ce qui peut être positif ou négatif. Il faut également souligner que la plupart des auteurs se contentent d'étudier l'aspect verbal de l'autodévoilement, malgré l'importance du non verbal.

En effet, des aspects non verbaux, tels l'aspect physique du thérapeute, son habillement, ainsi que la décoration de son bureau, révèlent des informations sur sa personnalité. Une des raisons possibles de l'exclusion fréquente de cette variable à l'intérieur des études réside dans le caractère inévitable de ce type de dévoilement. Le thérapeute peut s'efforcer de minimiser les indices pouvant révéler des éléments sur sa personne (par exemple: ne pas mettre de tableau, de photos ou s'habiller avec peu d'extravagance), mais ceci fournit tout de même des informations. D'ailleurs, les thérapeutes sont plus à l'aise avec les références non verbales que verbales. Nombreux sont les cliniciens qui trouvent que leur bureau en dit déjà beaucoup sur eux et qu'il est inutile d'en dire davantage (Shadley, 2000). Nous avons trouvé plusieurs définitions de l'autodévoilement du thérapeute. Chacune fait part d'une réalité différente de ce phénomène. Ici, nous retiendrons une définition plus large, englobant l'ensemble de ce concept, et ce, afin d'élargir le débat éthique qui s'en suivra. Nous définirons l'autodévoilement comme une interaction dans laquelle le thérapeute révèle des informations personnelles sur lui-même ou révèle ses réactions et ses pensées envers le client, comme elles se manifestent à l'intérieur de la thérapie (Knox Hess, Petersen & Hill, 1997).

## L'AUTODÉVOILEMENT ET LES DIFFÉRENTS MODÈLES THÉORIQUES

### Approche psychodynamique

Les théoriciens psychodynamiques ont beaucoup écrit sur le sujet. Les écrits de Freud, qui ont établi les bases psychanalytiques, préconisent davantage une approche de neutralité, d'anonymat et de non-dévoilement en thérapie. En psychanalyse, le cadre et la neutralité du thérapeute ont comme objectif de promouvoir et de protéger le développement et la résolution du transfert. En étant neutre, dans une attitude de non-jugement, le thérapeute permet au client de projeter ses fantasmes inconscients dans un climat de sécurité (Bishop & Lane, 2001). La neutralité de l'analyste inciterait donc le client à se révéler davantage. Dans cette optique, l'autodévoilement du thérapeute apporterait du contenu extérieur qui contaminerait le transfert et en empêcherait la résolution. Ce type d'intervention détournerait le client de son expérience subjective en mettant l'accent sur le thérapeute (Knox et al., 1997; Aponte & Winter, 2000; Hill & Knox 2002). Il paraît contradictoire que Freud lui-même ait pu, à l'occasion, se révéler à ses patientes et que sa pratique ait été plus flexible que le sous-entendaient ses écrits. Par exemple, avec certaines patientes il partageait ses rêves ainsi que ses souvenirs d'enfance, il leur montrait des photos de lui et discutait de ses intérêts personnels (Bishop & Lane, 2001; Goldstein, 1994). Nous pouvons croire que l'une des raisons pour laquelle Freud, dans ses écrits, valorisait à ce point la neutralité et le dévoilement minimal du thérapeute est la grande influence que l'époque victorienne a pu avoir sur sa pensée. En effet, cette époque est caractérisée par une répression importante et par une ambiance puritaine. Sa formation dans le domaine médical, où tout était aseptisé et où l'on prenait de nombreuses précautions pour empêcher la transmission d'infections de patients à médecins, a pu également avoir un impact sur son écriture (*Psychopathology Committee*, 2001).

Les psychanalystes traditionnels d'aujourd'hui mettent encore beaucoup l'accent sur la neutralité du thérapeute et encouragent très peu l'autodévoilement, mais plusieurs ont tempéré leur pensée et admettent que cette pratique peut avoir des avantages dans certaines situations. Par exemple, en psychologie du Soi, l'utilisation de l'autodévoilement peut servir à diminuer les défenses du patient lorsque celui-ci met en place un transfert d'*alter ego* (Oppenheimer, 1998). De plus, Ehrenberg (1984) croit que le partage des réactions émotives du thérapeute au patient peut ajouter une nouvelle dimension à la thérapie et favoriser l'exploration. Le partage des

réponses contre-transférentielles permettrait au patient de prendre, entre autres, davantage conscience des reproductions qui s'installent dans la relation thérapeutique. L'auteur met en garde quant aux démesures. En effet, elle mentionne qu'exprimer, trop peu ou à l'excès, son monde affectif peut détruire la relation thérapeutique. En ne répondant pas affectivement de manière appropriée, on pourrait provoquer un sentiment d'abandon, une résistance accrue, un détachement ou une fusion entre les deux participants.

### Approche humaniste

L'acceptation grandissante de l'autodévoilement du thérapeute s'est développée avec l'émergence de la psychologie humaniste dans les années 1960, dans une ambiance de désenchantement et de rébellion face aux courants présents à l'époque. Les humanistes ont voulu se démarquer par rapport au modèle médical pratiqué à l'époque et ils ont mis en doute la validité du modèle de neutralité (*blank screen*) prôné en psychanalyse traditionnelle (Curtis, 1981). Selon les humanistes, le non-dévoilement du thérapeute est un mythe, car l'anonymat complet de celui-ci est impossible. Comme il a été mentionné plus tôt, le non verbal, le ton de la voix, le langage corporel, l'habileté à être empathique, et le type d'interprétations divulgueront de l'information sur le thérapeute (*Psychopathology Committee*, 2001). Les psychologues humanistes ont reproché au modèle dominant de l'époque de considérer un travail essentiellement relationnel de manière chirurgicale. L'autodévoilement est davantage accepté dans cette approche, en se basant sur des concepts, telles la congruence, l'authenticité et l'ouverture d'esprit. Par exemple, Rogers (1961) définissait un thérapeute congruent comme « étant sans façade et étant ouvert aux différentes émotions et attitudes qui se manifestent à l'intérieur de lui »<sup>1</sup>. En définissant la congruence de cette manière, Rogers a ouvert la porte à une plus grande implication de soi en thérapie.

Ces concepts ont été interprétés de manières différentes selon les auteurs. En effet, Rogers, dans ses concepts, ne manifeste pas clairement que le thérapeute doit dévoiler ses sentiments et réactions à son client. Il note que le thérapeute doit être ouvert et à l'aise avec ce que la relation évoque en lui. Il lui faut être apte à ne pas nier les sentiments qui se présentent en lui, mais il n'est pas mentionné qu'il lui faille les exprimer continuellement au client. Certains ont compris l'authenticité comme une invitation claire au dévoilement du thérapeute en thérapie. Carkhuff (1969) définissait l'authenticité comme : « L'habileté de l'aidant à être libre, spontané

<sup>1</sup> Rogers, C.R. (1961), p. 61. Traduction libre.

et profondément lui-même, dévoilant les informations personnelles significatives lorsque c'est approprié»<sup>2</sup>. Même si cet auteur précise qu'il faut se dévoiler lorsque c'est approprié, il aurait sans doute été préférable de nuancer davantage sa définition puisqu'elle invite très fortement le thérapeute à se dévoiler sur de nombreux aspects de sa personne. Selon plusieurs auteurs humanistes, utilisé de manière adéquate l'autodévoilement du thérapeute servirait en particulier à démystifier le processus thérapeutique et à rendre le patient à l'aise à l'intérieur du processus (Knox et al., 1997).

En Gestalt-thérapie, l'autodévoilement du thérapeute revêt un caractère particulier. Au départ, la Gestalt se démarquait des courants de psychothérapie qui encourageaient la neutralité bienveillante, lesquelles préconisent que le thérapeute se tienne à distance émotionnelle de son client, respectant ainsi la règle d'abstinence. Cette règle a pour but d'entretenir une frustration qui favorise les mécanismes de transfert. La Gestalt encourage plutôt le thérapeute à être attentif à ce qu'il ressent, personnellement, dans l'instant, face à son client, en n'hésitant pas à partager délibérément une partie de ce ressenti avec lui. Le thérapeute gestaltiste est invité au dévoilement délibéré de sa personne dans une implication authentique, bien que contrôlée et sélective (Ginger, 1992). Il tente de construire une relation thérapeutique fondée sur l'intimité, l'intégrité et la prise de risques où il est à la fois participant engagé et observateur-commentateur. La relation dialogique gestaltiste (Hycner, 1985) n'est possible que dans la mesure où elle s'actualise au sein d'une relation foncièrement et fondamentalement égalitaire, vécue pour l'essentiel dans le registre *Je-Tu* (Buber, 1957).

Les développements plus récents de la Gestalt-thérapie (Delisle, 1998; Jacobs, 1989) ont provoqué une remise en question des positions traditionnelles de la Gestalt quant à l'autodévoilement du thérapeute. Delisle (1993) propose les notions d'intégrité et d'authenticité afin d'encadrer l'autodévoilement du thérapeute. Selon lui: «L'intégrité peut s'entendre de deux façons. Il s'agit d'abord de cette honnêteté profonde qui nous fait dire ce qui est; la vérité, rien que la vérité... mais pas nécessairement toute la vérité. Tout ce qui est dit doit être ressenti (règle d'authenticité); tout ce qui est ressenti n'a pas à être dit (règle de discrétion) (Juston, 1990).» Dans un deuxième sens, Delisle parle de cette cohésion expérientielle qui fait que l'on vise à être en contact avec toutes les parties de notre expérience et à faire en sorte que le client rapatrie les siennes. Les notions d'authenticité et d'intégrité sont intimement liées à la notion d'autodévoilement et sont imbriquées

de façon précise aux trois phases de la relation thérapeutique élaborées dans son modèle (reproduction – reconnaissance – réparation).

### Approche cognitive-comportementale

Les auteurs d'approche cognitive-comportementale ont peu écrit sur le sujet. À première vue, nous pourrions croire qu'ils sont contre ce type de pratique en raison de leur grande recherche d'objectivité dans leur observation du client. Par contre, nous avons pu constater que l'autodévoilement du thérapeute constitue une pratique courante chez les tenants de ce courant. En effet, une étude (*Psychopathology Committee*, 2001) démontrait qu'un traitement cognitif-comportemental est un des facteurs associés à une plus grande probabilité d'assister à un comportement d'autodévoilement du thérapeute. Dans cette approche, ce type d'intervention se base sur les concepts d'imitation sociale, de modelage et de renforcement vicariant (Knox et al., 1997; Curtis, 1981). Le client pourrait ainsi s'inspirer du thérapeute comme modèle afin d'apprendre certaines habiletés, telles l'affirmation de soi, la résolution de problèmes et l'habileté à s'adapter à de nouvelles situations (*coping*). Ainsi, le dévoilement de soi du thérapeute agirait comme un renforcement qui inviterait le client à se dévoiler davantage.

### L'AUTODÉVOILEMENT ET L'ÉTHIQUE

Les points de vue diffèrent manifestement selon l'orientation théorique du thérapeute. La décision d'utiliser ou non l'autodévoilement comme intervention doit donc se baser sur une réflexion éthique consciencieuse. Les principes éthiques que propose le Code déontologique de la *Société canadienne de Psychologie* (SCP, 2000), principalement le respect de la dignité de la personne, les soins responsables ainsi que l'intégrité dans les relations, permettent de guider notre réflexion. Tout d'abord, le premier principe est le respect de la dignité de la personne. Chaque être humain doit être traité comme une personne et non comme un objet ou un moyen utilisé pour arriver à une fin. Ce principe nous amène, entre autres, à nous questionner: à quel besoin répondons-nous en effectuant un autodévoilement et à qui appartient-il? Ce principe réfère également à la dignité de la personne en tant qu'individu libre de ses choix, ayant droit à une vie privée et qui doit être traité avec justice par rapport aux autres individus. Est-ce que le thérapeute respecte la liberté du client ou lui impose sa vision des choses lorsqu'il procède à un dévoilement de sa personne ou de ses opinions?

Le second principe, soit l'offre de soins responsables, concerne davantage l'aspect clinique de l'intervention et la compétence du

<sup>2</sup> Cité dans Wells (1994), p. 26. Traduction libre.

thérapeute. C'est-à-dire que le thérapeute doit utiliser des méthodes qui auront un effet bénéfique sur le client. Il ne doit pas causer du tort au client ou, du moins, les avantages possibles qui suivent son traitement doivent être d'une plus grande importance que les inconvénients. Il s'agit donc ici d'évaluer les conséquences possibles sur le client. Il semble y avoir certains cas où l'autodévoilement aurait un impact négatif (principalement lorsque le dévoilement répond aux besoins du thérapeute) et d'autres où il serait bénéfique. Il s'agit de cerner, « cas par cas », si l'autodévoilement est approprié ou non, et si oui, comment le faire et quand? Ya-t-il des moments où il serait nuisible de ne pas se dévoiler? Ce principe invite également les thérapeutes à bien se connaître, et à être conscients des raisons pour lesquelles ils utilisent ou non ce type d'intervention.

Le principe d'intégrité dans les relations concerne l'honnêteté de la démarche du thérapeute. Il doit faire preuve d'ouverture d'esprit et avoir le plus d'objectivité possible. Ce principe rejoint les concepts d'authenticité, de congruence et d'acceptation inconditionnelle des psychologues humanistes, mais il ne suppose pas nécessairement qu'il faille tout dévoiler au client par souci d'honnêteté. Les deux premiers principes règnent sur ce dernier. En effet, par moments, révéler un fait personnel au client peut lui être nocif. Lorsque c'est le cas, il est préférable que le thérapeute le garde pour lui ou qu'il trouve une autre manière, moins nuisible, de l'utiliser dans le processus thérapeutique.

En résumé, plusieurs principes éthiques s'entrecroisent et peuvent se contredire. Selon nous, un principe prime l'ensemble des autres : l'éthique du moindre mal. Il s'agit d'évaluer selon la situation, le contenu et les individus en cause ainsi que selon les impacts possibles chez le client et de choisir de se dévoiler ou non, selon ce qui causerait le moins de tort et le plus de bien possible à ce dernier. Certains principes éthiques du Code de l'*American Psychological Association* (APA, 2002) sont également utiles à notre réflexion. Les principes généraux de bienfaisance et de malfaisance, de fidélité et de responsabilité, d'intégrité, de justice et de respect de la dignité et des droits de l'individu s'appliquent à la problématique de l'autodévoilement du thérapeute. Ces principes seront davantage approfondis lors de notre discussion sur les différents aspects de l'autodévoilement. En effet, comme la décision du thérapeute de se dévoiler est un choix à faire « cas par cas », nous devons savoir : à qui, dans quel contexte, quel contenu et pour quelles raisons est-il éthique de pratiquer ce type d'intervention? Nous analyserons également les conséquences possibles sur le client.

## QUE DÉVOILENT LES THÉRAPEUTES?

### Dévoilement d'informations sur ses compétences

D'un point de vue éthique, il ne semble pas approprié de tout dévoiler au client. Certains types de contenus seraient plus adéquats que d'autres. Wells (1994) définit quatre types de contenus possibles dans l'autodévoilement. La première catégorie a trait aux informations concernant sa formation, son expérience et sa pratique. Le lieu où il a obtenu son diplôme, son nombre d'années d'expérience, ses valeurs éthiques face à la thérapie et son orientation théorique sont des exemples de ce type de contenus. Selon le principe éthique des soins responsables de la SCP (2000), le thérapeute devrait en effet dévoiler ce type d'informations. Le client qui s'engage en thérapie doit consentir de manière éclairée. Le client est en droit de connaître les compétences de son thérapeute et les méthodes de traitement utilisées. Il doit également y avoir une entente sur les objectifs à atteindre. Les informations sur l'expérience et la formation du thérapeute peuvent s'avérer importantes dans sa décision de s'engager ou non en thérapie. Le principe éthique C du code de l'APA (2002), l'intégrité, rejoint également cette idée que le thérapeute doit donner ces informations honnêtement. Des directives sont également énoncées à cet effet dans le Code déontologique actuel de l'*Ordre des Psychologues du Québec* (OPQ, 1983). L'article 14 du dernier code affirme que « le psychologue doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité, objectivité et modération ». Cet article est, par contre, un peu vague et n'indique pas clairement les informations que nous devrions fournir au client. Le projet de nouveau Code de déontologie de l'OPQ (2001) semble régler en grande partie ce problème en étant plus précis dans ses consignes. En effet, l'article 3.41 stipule que « le psychologue doit faire preuve d'intégrité envers le client en décrivant ses qualifications, sa formation, sa compétence et celle de ses associés ou des personnes sous sa supervision ».

Du côté américain, l'article 10.01 du Code de l'APA (2002) régit également ce type d'informations. Il est mentionné que le client doit être complètement informé de tout élément important concernant le processus du traitement afin qu'il puisse consentir de façon éclairée. Epstein (1994) semble croire que ces principes s'appliquent au dévoilement du thérapeute quant à sa formation et à son expérience. Il avance qu'il serait non éthique de garder ce type d'informations pour soi (entre autres, l'orientation théorique du thérapeute) en se basant sur le principe éthique du respect de l'autonomie du client.

Dans cette première catégorie de dévoilement, nous pourrions également inclure les renseignements concernant les radiations passées du thérapeute. Si le client lui demande, le thérapeute se doit de répondre sans mentir à ce sujet selon le principe C de l'APA (2002), soit celui d'intégrité. Le Code de déontologie actuel de l'OPQ (1983) mentionne, à l'article 16, que «le psychologue doit informer son client éventuel, ou la personne qui en est responsable légalement quand le client n'est pas en mesure d'évaluer la situation, de tous les aspects de son activité professionnelle susceptibles de l'aider dans sa décision de recourir ou non à ses services.» Nous pouvons croire que des informations, telles la formation du psychologue, son expérience ou ses radiations passées sont incluses dans cet article, mais le concept de «tous les aspects susceptibles de l'aider» reste tout de même assez flou et il est toujours possible de débattre à savoir quelle information est nécessaire ou non pour un consentement éclairé.

À la lumière de ces informations, il semble éthique pour le thérapeute de dévoiler le contenu de sa formation et son expérience, mais ce dernier doit se montrer avisé dans la manière dont il présente ces informations et comprendre les raisons pour lesquelles il les fournit. En nous basant sur le même principe éthique de la SCP (2000) et le même article déontologique 14 de l'OPQ (1983), nous croyons que le thérapeute doit informer le client avec modération et intégrité. Son dévoilement doit répondre au questionnement du client et ne doit pas servir à remplir son besoin de validation et de gratification ni imposer les «connaissances scientifiques» du milieu à l'expérience subjective du client. Le thérapeute qui vante ses grandes compétences et son expertise dans le but d'impressionner le client ou de le manipuler va à l'encontre des principes de respect de la dignité de la personne et des soins responsables. Prenons pour exemple un thérapeute qui, lors d'une divergence d'opinions entre lui et son client, mentionnerait qu'il croit avoir raison, puisqu'il a étudié longtemps sur le sujet et qu'il possède un postdoctorat.

#### **Dévoilement d'informations sur sa vie personnelle**

Le deuxième type de contenus que propose Wells (1994) concerne les événements, circonstances et perceptions de la vie personnelle du thérapeute à l'extérieur de la thérapie. L'état matrimonial, les conflits émotionnels personnels du thérapeute ainsi que ses opinions politiques sont des exemples d'informations que l'on peut retrouver dans cette catégorie. Les événements peuvent faire partie de la vie actuelle du thérapeute ou s'être produits dans le passé. Peterson (2002) rapporte que les thérapeutes de l'approche féministe

croient qu'il est approprié de dévoiler son orientation sexuelle, ses croyances religieuses ainsi que ses opinions politiques au client, en se basant sur les principes éthiques A et D de l'APA, c'est-à-dire le principe de bienfaisance et de justice. Ces principes pourraient correspondre à ceux de respect de la dignité de la personne et de soins responsables dans le Code de la SCP (2000). Les thérapeutes féministes pensent que ces informations permettent au client de choisir un thérapeute partageant les mêmes croyances et que cela lui serait bénéfique, puisque le thérapeute deviendrait plus aisément un modèle à suivre. Par exemple, un thérapeute homosexuel qui traiterait un client ayant des difficultés à vivre son homosexualité pourrait l'aider à accepter son expérience en la validant par son autodévoilement.

Par contre, Perlman (1991) est contre le dévoilement de l'orientation sexuelle du thérapeute, car cela pourrait répondre au besoin du thérapeute de se sentir compréhensif et compatissant. De plus, en se basant sur les mêmes principes éthiques de respect de la dignité de la personne et de soins responsables, le dévoilement de certains éléments personnels peut être nocif pour le client, car il ne respecterait pas son autonomie et son système de valeurs. Un des objectifs possibles, en thérapie, vise à ce que le client réussisse à prendre davantage conscience de ses valeurs personnelles. Ainsi, le dévoilement du thérapeute pourrait être perçu comme une imposition de ses valeurs sur celles du client qui pourrait alors se censurer par crainte de déplaire au thérapeute.

Pour le client, l'impact des dévoilements appartenant à cette catégorie d'éléments de la vie du thérapeute est encore mal compris et les études se contredisent. En effet, la perception des clients et des non-clients diffère sur le sujet. Une étude de Carter et Motta (1988) démontre que les thérapeutes ayant dévoilé un épisode dépressif passé sont perçus par des non-clients comme étant moins professionnels, moins empathiques et moins attrayants. Ces auteurs expliquent l'importance de ce résultat puisqu'il y a une relation directe entre la perception du thérapeute et les gains en thérapie. Par contre, d'autres études viennent nuancer ces données. En effet, des chercheurs (Knox et al., 1997) ont rencontré des clients en leur demandant de rapporter un exemple de dévoilement du thérapeute qui leur a été bénéfique. Plusieurs ont rapporté qu'un dévoilement reflétant une expérience négative similaire à la leur avait eu un effet positif sur eux. Le partage (dévoilement) avait normalisé l'expérience du client et lui avait donné un espoir de réussite dans sa thérapie. Dans cette même étude, tous les exemples d'autodévoilement du thérapeute ayant eu un impact positif sur les clients étaient des informations personnelles non immédiates. Il est important de

mentionner que ce type d'autodévoilement du thérapeute sur sa vie personnelle est tout de même une intervention à risques. En effet, le thérapeute ne doit pas déborder du cadre, car la situation peut facilement déraiser. Plusieurs auteurs (Barnett, 1998; Gabbard, 1989; Simon, 1989) rapportent qu'un dévoilement inapproprié de la vie personnelle du thérapeute est fréquemment un précurseur de violations de plus en plus importantes du cadre thérapeutique, allant jusqu'à l'activité sexuelle avec le client. Il n'y a pas un lien causal, mais le dévoilement du thérapeute reste tout de même un facteur de risques important. Dans le cas où le thérapeute en arrive à la relation sexuelle avec son client, la règle déontologique 58.11 du Code de l'OPQ (1983) permet de sanctionner cet acte. Sans aller jusqu'à la relation sexuelle, l'autodévoilement pourrait également être précurseur d'une amitié entre le client et son thérapeute.

Même si, à première vue, l'amitié implique de moins grandes conséquences, il ne faut pas négliger cet aspect qui va à l'encontre des principes éthiques d'intégrité dans les relations: le thérapeute doit éviter les conflits de rôles pouvant nuire au client. L'article 20 du Code de l'OPQ (1983) régit également ce phénomène en affirmant qu'il faut «s'abstenir de rendre des services professionnels à des personnes avec qui il entretient une relation susceptible de nuire à la qualité de son intervention.» Il est par contre difficile de définir clairement à partir de quand la relation est «susceptible de nuire à la qualité de son intervention.» Quel est ce type de relation et comment le reconnaît-on?

#### **Dévoilement des réactions et sentiments du thérapeute face au client**

Le troisième type d'autodévoilement possible, selon Wells (1994), a trait aux réactions et aux sentiments du thérapeute par rapport au client, dans le cadre de la relation thérapeutique. Encore une fois, les opinions sont partagées sur le sujet. Du point de vue de l'éthique, les trois premiers principes de la SCP (2000), soit le respect de la dignité de la personne, les soins responsables et l'intégrité dans les relations doivent être pris en considération lorsque nous effectuons ce type de dévoilement. Nous devons opter pour ce qui causerait le moins de mal et le plus de bien au patient. Garfield (1987) fait partie de ceux qui sont en faveur de ce type d'intervention. Il stipule que, par moments, il s'agit d'un des seuls moyens de sauver l'issue de la thérapie en mettant au jour les conflits possibles dans la relation thérapeutique. À ce propos, il fournit un exemple (très discutable) de sa clinique personnelle où il a fait ce type de dévoilement. Garfield rencontrait un patient dépressif, dans un cadre hospitalier, depuis plusieurs semaines. Il obtenait peu de progrès.

La frustration se faisait sentir de plus en plus chez lui. Il a décidé de révéler ses sentiments. Une journée où Garfield était fatigué et découragé de la situation, le patient est entré dans son bureau et l'a vu qui se tenait la tête entre les mains. Il lui a demandé si quelque chose n'allait pas. Garfield lui a répondu qu'il n'allait pas bien, qu'il se sentait déprimé, car il ne percevait plus d'espoir de résultat chez son client et n'observait aucun effort de sa part afin de mieux fonctionner. Garfield est même allé jusqu'à dire qu'il pensait s'interner lui-même à l'hôpital. Le patient a réagi en s'excusant, avec un rire gêné. Il a demandé au thérapeute comment il pouvait l'aider. Garfield lui a dit qu'il le motiverait en démontrant davantage d'enthousiasme lors des séances et en améliorant son apparence physique et son hygiène. Cette intervention aurait eu comme impact la mobilisation du patient et, par la suite, une amélioration de son état général.

La logique de cette intervention serait sans doute de l'ordre de l'intention paradoxale, mais même si les effets rapportés ont été positifs sur le comportement du patient, nous pouvons douter que ce type d'intervention soit approprié du point de vue de l'éthique. En effet, nous ne devons pas qu'observer le changement comportemental, mais également analyser les raisons possibles pour lesquelles le patient a changé. Est-ce que le thérapeute a réellement fait cette intervention pour aider le patient ou était-ce davantage pour répondre à son besoin que la thérapie avance rapidement? Dans le cas où ce type d'intervention remplit les besoins du thérapeute, même si son intention était bonne il irait à l'encontre du principe éthique du respect de la dignité humaine. En effet, dans ce cas, nous pourrions assister à un renversement des rôles où le thérapeute se sert de son patient comme personne aidante. Dans cette optique, le patient se mettrait à répondre aux besoins du thérapeute et à ne plus être considéré en tant qu'individu, ce qui risquerait de répéter une possible expérience antérieure blessante (Wells, 1994).

Aucun impact négatif n'est rapporté sur le patient dans ce cas, mais Bishop et Lane (2001) soulignent que, souvent, les clients peuvent avoir peur de la réaction du thérapeute suite à un dévoilement de sentiment négatif et, alors, ils n'expriment pas les effets négatifs possibles qu'ils peuvent ressentir. Selon ces deux auteurs, communiquer ses sentiments négatifs au client est pratiquement toujours une erreur, puisque ce serait souvent reçu comme une critique et une trahison de la confiance du client envers son thérapeute. Wells (1994) ajoute que ces interventions peuvent conscientiser le client à la vulnérabilité du thérapeute. Il peut alors censurer ses propos afin de protéger ledit thérapeute. Il aura moins



confiance en sa capacité d'offrir un environnement sécuritaire et s'inhibera davantage. En matière de déontologie, on pourrait considérer que l'article 30 du Code de l'OPQ (1983) pourrait s'appliquer lors d'excès, puisqu'il mentionne que « le psychologue doit subordonner son intérêt personnel ou, le cas échéant, celui de son employeur ou de ses collègues de travail à l'intérêt de son client. » Il est clairement expliqué que si le psychologue intervient pour soulager sa souffrance ou son impuissance plutôt que d'agir dans l'intérêt du client, il enfreint les règles qui lui sont imposées. Dans le cas où le psychologue a réellement besoin de soutien, selon l'article 7 du Code de l'OPQ (1983) il doit aller « consulter un autre psychologue, un membre d'une autre corporation professionnelle ou une autre personne... lorsque l'intérêt du client l'exige. »

Malgré tout, il ne faut pas conclure que le dévoilement de réactions ou de sentiments personnels envers le client en thérapie est à éviter en tout temps. Les résultats sont diversifiés dans le domaine et certains démontrent que cette technique peut avoir des avantages. Hendrick (1988) rapporte que certaines études confirment que la révélation de cognitions et d'émotions reliées au client à l'intérieur du contexte thérapeutique est liée à davantage de communication de la part du client ainsi qu'à une évaluation plus positive de son thérapeute. Maroda (1998), quant à lui, exprime que l'expression de ses sentiments peut être efficace si c'est fait de manière raisonnable et qu'elle se limite à des émotions ressenties et non à des fantasmes ou autres informations personnelles. Selon lui, cette expression d'émotion peut s'avérer bénéfique lorsqu'elle est tentée dans un contexte où le patient est assuré que le thérapeute ne l'abandonnera pas suite à des sentiments négatifs. Pour Maroda, ne montrer aucune émotion au client peut être perçu comme un abandon du thérapeute, de l'évitement ou même un manque d'intérêt envers lui.

#### **Reconnaissance de ses erreurs**

Le quatrième et dernier type de contenu possible d'autodévoilement du thérapeute, selon Wells (1994), touche la reconnaissance de ses erreurs en thérapie. Il y a très peu de recherches et d'écrits sur ce type de dévoilement, mais on peut supposer qu'il a un impact en thérapie. Certaines études, dont Hendrick (1988), montrent que les thérapeutes qui admettent leurs erreurs sont perçus comme étant plus attrayants, empathiques, professionnels, ayant moins de jugement critique et étant plus dignes de confiance. Il semble donc bien vu de s'excuser en thérapie, en autant que ce soit pour des erreurs que l'on ait réellement commises. Admettre ses erreurs peut rejoindre les principes éthiques d'intégrité dans les relations

et de soins responsables dans la SCP (2000), de même que les principes d'intégrité et de bienfaisance dans l'APA (2002). En effet, ce type d'intervention évoque l'honnêteté du thérapeute, évitant ainsi qu'il accuse le client sans raison. Le client n'a pas à prendre la responsabilité d'erreurs qui ne lui appartiennent pas. Si le thérapeute n'admet pas ses erreurs, il devient nuisible pour le client (par exemple: en répétant la relation traumatique que ce dernier a pu avoir avec ses parents). On peut penser que ce type d'intervention peut favoriser la mise en place d'une alliance thérapeutique forte et augmenter la confiance du client en son thérapeute. D'un autre côté, en se basant sur les mêmes principes, dans certaines situations et avec une certaine clientèle, il est possible de croire qu'il est nuisible de s'excuser en thérapie lorsque c'est injustifié. C'est-à-dire que le thérapeute qui s'excuse constamment, sans avoir commis de faute (par exemple: un thérapeute qui s'excuse d'avoir provoqué de la tristesse chez le patient en le questionnant sur son enfance) n'envoie pas une image solide et peut projeter un malaise face aux émotions plus difficiles. Un client fragile qui a besoin d'un thérapeute fort et sécurisant peut ainsi voir la vulnérabilité du thérapeute et avoir peur de se livrer. Les excuses à répétition seraient pour lui un indice qu'il n'est pas dans un environnement sécuritaire pour se livrer à l'autre qui fait des erreurs.

#### **Dévoilement d'événements personnels malheureux actuels**

Les thérapeutes ne sont pas à l'abri d'événements malheureux dans leur vie et ceux-ci peuvent avoir un impact sur leur travail en thérapie. Un divorce, un deuil ou une maladie grave sont des exemples possibles de ce type d'événements. En effet, ils peuvent provoquer des changements de rendez-vous, des absences et peuvent rendre le thérapeute moins disponible émotionnellement. Est-ce que, dans ces cas précis, le thérapeute doit éthiquement le dévoiler à son client? Encore une fois, il s'agit d'une décision à prendre « cas par cas ». Goldstein (1997) souligne que les thérapeutes doivent se sentir libres de ne pas tout dévoiler au patient, parce qu'ils ont aussi droit à leur vie privée. Ce n'est pas parce qu'ils vivent un événement difficile ou parce que le patient se rend compte d'un changement et fait une demande au thérapeute que celui-ci est obligé d'y répondre. Bram (1995) croit qu'exprimer sa maladie à son patient peut avoir un impact négatif sur ce dernier en inhibant sa capacité à exprimer sa colère envers le thérapeute ou ses préoccupations par rapport à son propre besoin. De plus, il ajoute qu'il faut faire encore plus attention avec ce type de dévoilement; celui-ci peut très facilement devenir exploitant et aller contre le premier principe éthique de respect de la dignité de la personne en étant le reflet du



besoin du thérapeute d'aller chercher, à son profit, du soulagement et de l'empathie.

Goldstein (1997) va dans le même sens en mettant en garde face au danger possible d'un renversement de rôle. Elle mentionne que le thérapeute ne doit pas dévoiler ce type de contenus s'il croit que cela peut faire émerger trop de matériel non résolu à l'intérieur de lui. Il est risqué que le thérapeute utilise ses patients comme support social afin de se soulager. Pour diminuer le risque d'exploiter ses clients à ses fins, comme le mentionne l'article 7 du Code de l'OPQ (1983) mentionné précédemment, le thérapeute qui souffre doit demander l'aide des proches ou d'un autre professionnel en supervision.

Les propos de ces deux auteurs (Bram et Goldstein) sont, par contre, nuancés. Il semble parfois nécessaire, selon eux, de dévoiler ce type de contenu. Ils mentionnent que par moments, cela irait contre les principes éthiques de garder pour soi de telles informations. Bram (1995) exprime que lorsque le thérapeute souffre d'une maladie grave pouvant provoquer l'interruption future de la thérapie, il doit informer le client de son état afin que celui-ci ait toutes les informations nécessaires pour être libre de choisir de poursuivre ou non avec ce thérapeute. Nier l'arrêt possible irait contre le premier principe éthique de la SCP de respect de la dignité de la personne. En effet, ce principe souligne l'importance du consentement éclairé et de la liberté de choix du client. Les codes de déontologie québécois et américains prévoient également ce type de situation. L'article 28 de l'OPQ (1983) mentionne « qu'avant d'interrompre ses services auprès d'un client, le psychologue doit l'en aviser dans un délai raisonnable et s'assurer que cette cessation de service n'est pas préjudiciable à son client ». L'article 7 complète cette énoncé en déclarant que « [...] le psychologue doit diriger son client vers l'une de ces personnes (autre professionnel) lorsque l'intérêt du client l'exige ». Il est donc très clair que le psychologue qui sait qu'il devra arrêter de pratiquer aura l'obligation d'avertir son client à l'avance. Ce qui demeure ambigu, c'est s'il doit mentionner les raisons obligeant cet arrêt de travail.

Nous pouvons croire qu'au plan clinique il peut être préférable d'être honnête envers le client pour éviter qu'il se sente abandonné ou qu'il croie que la cessation de la thérapie puisse être due à ses comportements. L'article 10.9 du Code de l'APA (2002) va dans le même sens que l'OPQ (1983) en indiquant que le psychologue doit s'assurer que le client aura les ressources et les soins appropriés s'il doit mettre fin à la thérapie. Il ne peut cesser de traiter un patient en le laissant à lui-même. Goldstein (1997) apporte un exemple de

cas où le non-dévoilement de la maladie du thérapeute a eu un impact négatif sur sa patiente. Le psychologue souffrait d'une maladie grave et la patiente remarquait, d'une séance à l'autre, que son thérapeute dépérissait. Elle a tenté d'aborder le sujet de sa santé à plusieurs reprises, mais à chaque fois elle s'est sentie coupée et redirigée. Elle a même pensé à changer de thérapeute, mais ne l'a pas fait par principe de loyauté. Une journée, elle s'est présentée à son rendez-vous et le thérapeute était absent. Par la suite, à l'exception d'un message sur son répondeur, laissé par la conjointe du thérapeute et mentionnant que ce dernier ne pourrait plus reprendre sa pratique, elle n'a plus jamais eu de nouvelles. Elle n'a reçu aucune aide ou référence suite à ce message. La carte de Noël qu'elle lui a envoyée par la poste lui est revenue. Cette expérience fut très pénible pour elle, et une période de deux ans fut nécessaire avant de passer outre ses sentiments d'abandon et de rejet afin d'aller chercher de l'aide et de recommencer avec un autre thérapeute.

#### QUELLES SONT LES MOTIVATIONS DES THÉRAPEUTES À SE DÉVOILER?

Nous devons également nous demander quelles sont les raisons invoquées pour s'autodévoiler ou non. Comme nous l'avons déjà mentionné, afin de respecter l'éthique ces raisons doivent être reliées aux besoins du client et non à ceux du thérapeute. Le dévoilement peut être utilisé pour l'atteinte de plusieurs objectifs, mais la majorité d'entre eux restent théoriques et sont très peu confirmés au point de vue empirique. Tout d'abord, Hill et Knox (2002) rapportent que lors de sondages, les thérapeutes indiquent que les raisons les plus fréquentes pour lesquelles ils se dévoilent sont les suivantes : ils désirent augmenter la similarité perçue entre eux et le client, entretenir une bonne alliance thérapeutique, valider la réalité du client ou normaliser son expérience, offrir une manière différente de penser et d'agir et également répondre au désir des clients. Curtis (1981) indique qu'il est fréquemment invoqué que l'autodévoilement peut être utilisé pour démystifier le processus thérapeutique et diminuer les défenses du client. Wells (1994) ajoute qu'il est souvent rapporté que l'autodévoilement est utilisé afin de démontrer l'engagement du thérapeute dans la thérapie, de construire une confiance, d'offrir un modèle à suivre et d'augmenter le sentiment d'autonomie chez le client.

Bergsma et Mook (1998) soulignent qu'un des objectifs thérapeutiques devrait être de diminuer graduellement le déséquilibre de pouvoir entre le thérapeute et le client. L'une des méthodes à utiliser pourrait être l'autodévoilement du thérapeute lorsque la thérapie est avancée. Les raisons évoquées par les thérapeutes

semblent donc être liées au principe éthique de soins responsables et de bienfaisance. En effet, ils disent effectuer ce type d'intervention pour le bien du client. Nous pouvons nous questionner à savoir si les clients ont la même perception de ces interventions. Dans la recherche de Knox et al. (1997), les sujets ont perçu les dévoilements de leur thérapeute comme étant une tentative de normaliser leur expérience, de les rassurer ou de les aider à effectuer des changements constructifs. Il est possible de croire que la perception positive de l'intention du thérapeute ait pu contribuer à l'expérience du client en ce qui a trait au caractère aidant de l'intervention.

Les raisons invoquées pour se dévoiler peuvent parfois différer des raisons réelles. Même si le thérapeute rationalise son dévoilement par de bonnes intentions, celui-ci peut répondre inconsciemment à d'autres besoins qui lui sont propres. Être psychologue n'est pas un métier facile, et cela peut devenir épuisant. Il peut être tentant de s'autodévoiler pour se soulager de ses conflits personnels (Bishop & Lane, 2001). Le dévoilement peut exploiter le client lorsqu'il est intrusif ou manipulateur. Le thérapeute peut alors tenter d'orienter le client dans certaines directions ou tenter de lui faire confirmer son interprétation en utilisant le dévoilement de soi. Par exemple, une intervention du thérapeute qui dirait à un client fragile et peu confiant, en processus de divorce: «Je sais comment vous vous sentez. Moi, quand j'ai divorcé, je me suis senti trahi par ma conjointe, alors je pense que c'est également le cas pour vous.» Ceci pourrait être une tentative du thérapeute de faire avouer quelque chose au client pour valider son besoin d'être compréhensif. L'article 21 de l'OPQ (1983) régit ce comportement et mentionne que «le psychologue ne doit recourir à aucun procédé dans le but de forcer une personne à faire des aveux.» Un des problèmes de cet article de loi est qu'il est difficile de déterminer réellement ce qu'était l'objectif du thérapeute dans son intervention.

### À QUI LES THÉRAPEUTES SE DÉVOIENT-ILS ?

Nous avons mentionné qu'il est inapproprié de s'autodévoiler auprès de tous les clients, mais quelles sont les caractéristiques du client qui peuvent influencer notre décision? Il existe peu d'écrits sur les traits du client qui favorisent un impact positif de l'autodévoilement. On retrouve principalement des mises en garde concernant l'autodévoilement à certains types de clients. Il faut, en tout temps, tenir compte de son histoire et de ses besoins actuels. Les clients négligés dans leur enfance, dont les sentiments n'ont jamais été validés ou qui ont été privés d'intimité seraient

particulièrement à risques de subir des effets négatifs suite aux dévoilements du thérapeute, puisqu'on risquerait de reproduire une dynamique d'intrusion ou d'invalidation de leur expérience subjective. Les clients qui, enfants, ont joué le rôle de confident et de figure parentale peuvent également très facilement reproduire cette situation en thérapie en négligeant leurs besoins par crainte de blesser leur thérapeute (Goldstein, 1994; Goldstein, 1997). Cette auteure conseille d'éviter l'autodévoilement avec les clients à risques dont elle fournit un profil. Ils vivent des problèmes de limites, ils ont une mauvaise perception de la réalité, ils sont prêts à adopter n'importe quelle caractéristique du thérapeute, ils ont tendance à se concentrer uniquement sur les besoins des autres, ils ont peur d'un rapprochement avec leur thérapeute, ils sont très centrés sur eux-mêmes, ils tentent d'éviter les émotions intenses. La plupart de ces clients auraient tendance à se conformer au thérapeute, ce qui ferait en sorte qu'il lui serait plus facile d'oublier les besoins du client pour ensuite s'éloigner du cadre thérapeutique établi. Wells (1994) souligne d'autres éléments importants à considérer. En des termes plus psychodynamiques, elle mentionne qu'il est nécessaire d'évaluer la force du Moi du client avant d'utiliser l'autodévoilement. Un client avec un Moi plus faible serait moins apte à nuancer les propos du thérapeute et aurait davantage tendance à s'y conformer.

La force de l'alliance thérapeutique est également à considérer, car le facteur le plus important serait la qualité de la relation thérapeutique au moment du dévoilement et non la phase de la thérapie ou le contenu (Wells 1994; Goldstein 1997). Dans la recherche de Wells (1994), les participants qui n'avaient pas une bonne relation avec leur thérapeute ont, pour la plupart, abandonné la thérapie suite à un dévoilement de ce dernier. De plus, les attentes du client face à son thérapeute semblent avoir un impact majeur. Nous avons mentionné (*Psychopathology Committee*, 2001) que ceux qui s'attendent à beaucoup de dévoilement de la part de leur thérapeute se dévoilent davantage, si un thérapeute utilise fréquemment ce types d'interventions. L'inverse se produit lorsqu'ils s'attendent à peu de dévoilement de sa part. L'âge du client semble également être un facteur à considérer. Peterson (2002) souligne que le dévoilement de soi peut être utile dans les thérapies avec les enfants, car il leur permettrait de mieux comprendre le rôle du thérapeute et qu'il faciliterait l'établissement d'un lien de confiance. Le processus thérapeutique leur semblerait ainsi moins étranger. Avec les adolescents, ce type d'intervention peut être mal reçu, car ils sont en grande recherche d'autonomie et d'individualisation. Cependant, l'autodévoilement approprié du thérapeute peut

fournir un modèle dans leur travail identitaire. Il serait moins approprié d'intervenir de cette manière auprès des personnes âgées. En effet, celles-ci sont souvent isolées socialement et le thérapeute peut remplir un rôle davantage social que professionnel. Le psychologue serait alors plus aisément vu comme un ami avec qui il est agréable de discuter plutôt qu'un spécialiste favorisant un mieux-être.

Il est donc possible pour le thérapeute de sélectionner certains clients à qui l'autodévoilement pourrait être plus bénéfique qu'à d'autres. Par contre, ceci amène à réfléchir aux principes éthiques de la SCP (2000) du respect de la dignité de la personne et à celui de justice du Code de l'APA (2002). Est-il éthique de se dévoiler uniquement à certains de nos clients? La prudence est de mise lorsqu'il est possible que plusieurs des clients du même thérapeute puissent entrer en contact à l'extérieur de la thérapie ou lorsque celui-ci pratique dans une petite communauté. Goldstein (1997) apporte un exemple tiré de sa pratique personnelle où cette situation s'est présentée. Elle a décidé de mentionner à certains patients qu'elle devait annuler leur séance pour être aux côtés de son père très malade, mais elle a choisi de ne pas le dire à d'autres qu'elle considérait plus vulnérables. Elle n'avait pas prévu que deux de ses clients se rencontreraient entre-temps et qu'ils discuteraient de la situation. Celle qui n'avait pas été informée s'est sentie rejetée et blessée par la décision de Goldstein. Nous pouvons donc voir, à l'aide de cet exemple, la grande complexité du choix à faire lorsque l'opportunité de s'autodévoiler se présente.

### IMPACTS DE L'AUTODÉVOILEMENT

De nombreuses conséquences possibles ont été postulées depuis le début, mais on observe peu de recherches empiriques validant ces différentes positions théoriques. Il existe tout de même certaines recherches qui ont évalué les impacts possibles à court et à long terme de l'autodévoilement du thérapeute. Hill et Knox (2002) ont recensé différentes études des dernières années sur les effets de ce type d'intervention. Ils rapportent que les études sur l'impact à court terme démontrent des résultats positifs. Nous l'avons vu, certains chercheurs (Hill et al., 1988) ont constaté que les clients jugent l'autodévoilement du thérapeute comme l'une des interventions les plus bénéfiques dans leur thérapie. Par ailleurs, la même étude révèle que les thérapeutes jugent cette technique comme l'une des moins bénéfiques pour leur client. Ils expliquent ces résultats par l'idée que les thérapeutes pourraient se sentir plus vulnérables face à leurs patients en craignant d'avoir perdu une certaine crédibilité ou prestance suite au dévoilement.

Hill, Mahalik et Thompson (1989) ont observé que les dévoilements à contenu rassurant étaient perçus comme plus aidants par les clients et les thérapeutes que ceux à contenu plus confrontant. La recherche qualitative de Knox et al. (1997) avec des sujets en cours de thérapie a démontré que les interventions d'autodévoilement du thérapeute ont augmenté l'*insight* des clients et leur ont permis de changer leur perception du thérapeute en le rendant plus humain, plus vrai et moins parfait, ce qui était associé avec une meilleure relation thérapeutique et un meilleur équilibre du pouvoir. Cela ne veut pas dire qu'ils percevaient leur relation avec leur thérapeute comme étant parfaite, mais qu'ils avaient une vision plus juste et qui n'était plus uniquement bonne ou mauvaise. Il est également mentionné que la vision plus réaliste du thérapeute n'était pas liée à une perte de son statut de professionnel.

À plus long terme, aucune étude n'a réussi à établir un lien direct entre l'issue finale de la thérapie et la fréquence d'autodévoilement de la part du thérapeute. Certaines études (Ramsdell & Ramsdell, 1993) ont trouvé des effets positifs du dévoilement sur le traitement. Un sondage a été effectué auprès d'anciens clients en thérapie et ces derniers ont évalué cette intervention comme étant très positive. À première vue, on pourrait penser que la majorité des études ne trouvent que des effets bénéfiques pour le client suite à l'utilisation de l'autodévoilement par le thérapeute, mais il ne faut pas oublier que ce sujet demeure très controversé. Les études rapportant des effets négatifs sont rarement des recherches à grande échelle, avec un grand nombre de sujets et sont, pour la plupart, des histoires de cas, mais ceci n'est pas une raison pour négliger leur importance. En effet, l'autodévoilement peut devenir bénéfique lorsqu'il est utilisé de manière appropriée, mais une intervention d'autodévoilement du thérapeute représente toujours un risque, puisque l'impact dépend de nombreux facteurs difficiles à évaluer sur-le-champ lorsque la situation se présente.

### CONCLUSION

À la lumière de ces réflexions, il semble très important, dans l'utilisation du dévoilement, que cette intervention soit utilisée afin de répondre au besoin du client et non à celui du thérapeute. L'intervention doit s'appuyer sur un rationnel derrière qui vise un effet thérapeutique chez le client. Étant donné les risques importants de débordement du cadre que peut entraîner cette intervention, elle doit être utilisée adéquatement. En effet, comme c'est une intervention qui semble avoir un grand impact chez le client, le thérapeute peut être tenté de l'utiliser en désespoir de cause pour faire bouger les choses, lorsqu'il sent qu'il est dans une

impasse et qu'il croit que le client ne progresse pas en thérapie. Nous avons vu que les clients s'attendent à un certain dévoilement de la part des thérapeutes, mais il est important de préciser que ceux-ci ne doivent pas se sentir obligés de répondre à cette demande et doivent être à l'aise de garder certaines informations pour eux.

Peterson (2002) propose certaines questions qu'on peut se poser avant de choisir de s'autodévoiler ou non. Ces questions sont: est-ce que cette information est nécessaire pour respecter le consentement éclairé du client? Est-ce que l'autodévoilement répond au besoin du client ou au mien? Est-ce que le client pourra utiliser cette information de manière aidante et constructive? Est-ce que le dévoilement de cette information peut interférer avec le progrès thérapeutique, par exemple contaminer le transfert? Ce questionnement est intéressant, mais comme le mentionne Goldstein (1997) le thérapeute doit tout de même y avoir réfléchi, puisqu'il aura peu de temps pour réagir. Il est important de demeurer flexible sur le sujet. En effet, nous le rappelons, la décision de s'autodévoiler est une décision à prendre « cas par cas ». Il faut tenir compte d'une certaine fatalité de l'expression naturelle et il ne faut pas nier ce qui est manifeste. Par moments, le dévoilement de certaines informations ou émotions est inévitable et ce qui devient important est de se questionner sur « comment faire pour que cette interaction soit thérapeutique ». Une des manières de diminuer le risque d'un impact négatif chez le client est de vérifier l'effet ressenti auprès de lui, suite au dévoilement du thérapeute. De cette façon, il est possible d'avoir une idée de l'expérience subjective du client face à l'intervention et de la travailler immédiatement. Il sera ainsi moins risqué que le client garde pour lui ses réactions et que celles-ci prennent une ampleur démesurée.

Les thérapeutes peuvent faire des erreurs, mais celles-ci, lorsque bien travaillées avec le client, peuvent également devenir thérapeutiques. Bishop et Lane (2001) mettent en garde les thérapeutes débutants. Ces professionnels avec moins d'expérience seraient à risque de sortir du cadre plus facilement lorsqu'ils utilisent l'autodévoilement en raison d'un manque d'assurance et d'une identité professionnelle plus fragile. Le dévoilement du thérapeute peut déraiser sur des sujets délicats et complexes et les thérapeutes novices seraient moins habiles à gérer ce type de situation. Ils doivent apprendre à construire et à maintenir un cadre thérapeutique de base avant de s'avancer dans des interventions relationnelles plus risquées. Ces auteurs proposent également une intervention alternative possible aux dévoilements d'émotions du thérapeute à l'égard de son client. Par exemple, plutôt de dire: « Je

me sens blessé par rapport à votre comportement envers moi », le thérapeute peut dire: « Je me demande si vous voudriez que je me sente blessé par votre comportement ». Le thérapeute met ainsi moins l'emphase sur lui et recentre la situation sur les besoins du client.

Les recherches démontrent que le dévoilement du thérapeute peut être thérapeutique lors de certaines situations. Ce qui importe, c'est de prévenir les situations où ce serait fait de manière inappropriée. Une des manières possibles d'éviter que ces interventions soient faites pour répondre aux besoins du thérapeute plutôt qu'à ceux du client est de faire attention à soi.

En tant que thérapeute, il faut s'accorder des moments de répit et faire en sorte d'avoir une vie relativement satisfaisante à l'extérieur de notre travail pour ne pas avoir à répondre à nos besoins dans nos relations avec nos clients. Lorsqu'un événement ou une situation extérieurs nous affectent et risquent d'avoir un impact sur notre travail, il peut être approprié d'aller chercher de l'aide, que ce soit sous forme de supervision, de psychothérapie personnelle ou tout simplement, par le support des proches.

## Références

- American Psychological Association (2002). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. En ligne, mai 2007  
<http://www.apa.org/ethics/code2002.pdf>
- Aponte, H. J. & Winter, J. E. (2000). « The Person and Practice of the Therapist: Treatment and Training ». Dans: Baldwin, M. (Ed.) *The Use of self in therapy (2<sup>nd</sup> edition)* (p. 84-111). Binghamton, NY, U.S.: The Haworth Press.
- Barnett, J.E. (1998). « Should psychotherapists self-disclose? Clinical and ethical considerations ». Dans: VandeCreek, L., Knapp, S. et al. (Eds.) (1998). *Innovations in clinical practice: A source book*. Vol. 16 (419-428). Sarasota, FL, U.S.: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Bergsma, J. & Mook, B. (1998). « Ethical Considerations in psychotherapeutic systems ». *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19, 371-381.
- Bishop, J. & Lane, R.C. (2001). « Self-disclosure and the Therapeutic Frame: Concerns for Novice Practitioners ». *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31 (4), Hiver, 245-256.
- Borys, D.S. & Pope, K.S. (1989). « Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers ». *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 283-293.
- Bram, A.D. (1995). « The physically ill or dying psychotherapist: A review of ethical and clinical considerations ». Dans: Peterson, Z. (2002). « More than a mirror: The ethics of therapist self-disclosure ». *Psychotherapy: Theory/Research/Training*, 39 (1), 21-31.

- Brock, G. (1987). « Ethics casebook ». Dans: Farber, B. A. (2006). *Self-Disclosure in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Buber, M. (1957). *Je et Tu*. Paris: Aubier.
- Carkhuff, R.R. (1969). *Helping and human relations*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Carter, R.L. & Motta, R.W. (1988). « Effects of intimacy of therapist self-disclosure and formality on perceptions of credibility in an initial interview ». *Perceptual and Motor Skills*, 66, 167-173.
- Curtis, J. M. (1981). « Indications and contraindications in the use of therapist's self-disclosure ». *Psychological Reports*, 49, 499-507.
- Delisle, G. (1993). *Les troubles de la personnalité, perspective gestaltiste* (3<sup>e</sup> édition). Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestal-thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Ehrenberg, D. (1984). « Psychoanalytic engagement II: Affective considerations ». *Contemporary Psychoanalysis*, 20, 560-583.
- Epstein, R. S. (1994). *Keeping boundaries: Maintaining safety and integrity in the psychotherapeutic process*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Farber, B. A. (2006). *Self-Disclosure in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Gabbard, G.O. (Ed.) (1989). *Sexual Exploitation in Professional Relationships*. Washington, D. C.: American Psychiatric Inc.
- Garfield, R. (1987). « On self-disclosure: The vulnerable therapist ». *Contemporary Family Therapy*, 9 (1-2), Printemps-Été, 58-77.
- Ginger, S. (1992). *La Gestalt: une thérapie du contact* (4<sup>e</sup> édition). Paris: Hommes et Groupes éditeurs.
- Goldstein, E.G. (1994). « Self-disclosure in treatment: What therapists do and don't talk about ». *Clinical Social Work Journal*, 22, 417-433.
- Goldstein, E.G. (1997). « To tell or not to tell: The disclosure of events in therapist's life to the patient ». *Clinical Social Work Journal*, 25, 41-58.
- Hendrick, S. S. (1988). « Counselor Self-Disclosure ». *Journal of Counseling and Development*, 66, 419-424.
- Hill, C.E., Helms, J.E., Tichenor, V., Spiegel, S.B., O'Grady, K.E., & Perry, E.S. (1988). « Effects of therapist response modes in brief psychotherapy ». *Journal of Counseling Psychology*, 35, 222-233.
- Hill, C.E. & Knox, S. (2002). « Self-Disclosure ». Dans: Norcross, J. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, 255-265, New York: Oxford University Press.
- Hill, C.E., Mahalik, J.R. & Thompson, B.J. (1989). « Therapist self-disclosure ». *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26, 290-295.
- Hycner, R. H. (1985). « Dialogical Gestalt Therapy: An Initial Proposal ». *The Gestalt Journal*, 8 (1), 23-49.
- Jacobs, L. (1989). « Dialogue in Gestalt Therapy and Theory ». *The Gestalt Journal*, 12 (1), 25-67.
- Juston, D. (1990). *Le transfert en psychanalyse et en Gestalt-thérapie*. Lille: La boîte de Pandore.
- Knox, S., Hess, S.H., Petersen, D. A. & Hill, C.E. (1997). « A Qualitative Analysis of Clients Perceptions of the Effects of Helpful Therapist Self-Disclosure in Long-Term Therapy ». *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 44 (3), 274-283.
- Maroda, K. (1998). « Why mutual analysis failed ». *Contemporary Psychoanalysis*, 34 (1), 115-132.
- McCarthy, P. R., & Betz, N.E (1978). « Differential effects of self-disclosing versus self-involving counselor statements ». *Journal of Counseling Psychology*, 25, 251-256.
- Oppenheimer, A. (1998). *Heinz Kohut*. Presses Universitaires de France.
- Ordre des psychologues du Québec (1983) *Code de déontologie de l'Ordre des psychologues*. En ligne mai 2007  
<http://www.ordrepsy.qc.ca/opqv2/fichier/20050713-172338-CodeDeonto.pdf>
- Ordre des psychologues du Québec (2001). *Projet de nouveau code de déontologie*. Dans: L. Brunet (2005). *Recueil de textes, PSY 8412 - Déontologie en psychologie*.
- Perlman, G. (1991). « The question of therapist self-disclosure in the treatment of married gay men ». Dans: C. Silverstein (Ed.). *Gays, Lesbians, and their therapists: Studies in psychotherapy*. New York: Norton, 201-209.
- Peterson, Z. (2002). « More than a mirror: The ethics of therapist self-disclosure ». *Psychotherapy: Theory/Research/Training*, Vol. 39 (1), 21-31.
- Pope, K.S., Tabachnik, B.G. & Keith-Spiegel, P.C. (1987). « Ethics of practice: Beliefs and behaviors of psychologists as therapists ». *American Psychologist*, 42 (11), 993-1006.
- Psychopathology Committee of the Group for the Advancement of Psychiatry. (2001). « Reexamination of Therapist Self-Disclosure ». *Psychiatric Services*, 52 (11) 1489-1493.
- Ramsdell, P.S. & Ramsdell, E. A. (1993). « Dual Relationships: Client perceptions of the effect of client counselor relationship on the therapeutic process ». *Clinical Social Work Journal*, Vol.21 (2), 195-212.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Shadley, M.L. (2000). « Are all Therapists Alike? Use of Self in Family Therapy: A multidimensional Perspective ». Dans: Baldwin, M. (Ed) *The Use of self in therapy* (2nd edition). Binghamton, N.Y., U.S.: The Haworth Press, 127-137.
- Simon, R.I. (1989). « Sexual exploitation of patients: How it begins before it happens ». *Psychiatric Annals*, 104-122.

Société Canadienne de Psychologie (2000). *Code canadien de déontologie professionnelle des psychologues: Troisième édition*. En ligne mai 2007 [http://www.cpa.ca/cpasite/userfiles/Documents/publications/code-deontologie\(TEMP\).pdf](http://www.cpa.ca/cpasite/userfiles/Documents/publications/code-deontologie(TEMP).pdf)

Watkins, C.E., Jr. (1990). « The effects of Counselor Self-Disclosure: A Research Review ». *The Counseling Psychology*, Juillet, 477-500.

Wells, T. L. (1994). « Therapist self-disclosure: It's effects on clients and the treatment relationship ». *Smith College Studies in Social Work*, November, 65(1), 23-41.

#### **Abstract**

Self-disclosure by the therapist is one of the most controversial interventions in psychotherapy. Most often, the therapist's decision to self-disclose will be made on the basis of clinical intuition and theoretical orientation. The goal of this article is to stimulate reflection on this delicate subject while considering the deontological, ethical and clinical issues. A theoretical and empirical review of the literature reveals certain areas of reflection that provide the clinician with guidance in the process of deciding to self-disclose or not. The decision to self-disclose to a patient remains a case by case intervention depending on the person to whom the clinician is disclosing, the content of the disclosure, the context and the reasons why the therapist is disclosing. The impact that self-disclosure can have on patients will also be discussed.