

L'empathie en Gestalt thérapie : quelques considérations cliniques et éthiques

Marc-Simon DROUIN

RÉSUMÉ

Bien que l'empathie soit au cœur des préoccupations des thérapeutes d'orientation existentielle-humaniste, nous nous devons de constater que ce concept est assez peu présent dans les écrits en Gestalt thérapie. Le présent article se veut un effort pour redonner à ce concept la place qui lui revient à l'intérieur de notre modèle. Après un survol de l'évolution du concept selon diverses traditions en psychothérapie, nous proposons une conception de l'empathie qui semble compatible avec nos préoccupations de thérapeutes gestaltistes.

L'empathie est une des dimensions du processus thérapeutique au cœur des préoccupations des thérapeutes d'orientation existentielle-humaniste. Si nous demandions à différents experts de se prononcer sur ce qui caractérise particulièrement la thérapie humaniste, nul ne serait surpris de retrouver le concept d'empathie en tête de liste. Par contre, il est assez étonnant de constater que dans l'univers gestaltiste cette notion n'est que très peu ou pas abordée dans les différents textes présentant ce modèle théorique. La place de l'empathie dans le modèle gestaltiste contraste donc énormément avec les principaux courants en psychologie humaniste et fait figure de parent pauvre.

Nous ne croyons pas pour autant que les thérapeutes gestaltistes soient moins empathiques ou encore moins préoccupés par la nécessité d'offrir aux clients un climat empathique que les thérapeutes des autres approches. Nous croyons toutefois que le manque de place accordé spécifiquement à la notion d'empathie dans la littérature

gestaltiste et dans les différents programmes de formation en Gestalt thérapie constitue un manque important pour les thérapeutes de cette approche.

Dans cet article, nous nous proposons, dans un premier temps, de définir le concept d'empathie. Nous tenterons de retracer l'évolution de ce concept dans différentes traditions en psychothérapie et nous nous pencherons sur le rôle de l'empathie dans l'efficacité de la psychothérapie. Par la suite, nous examinerons la place de l'empathie en Gestalt thérapie et la place que nous croyons qu'elle devrait prendre. Nous terminerons par des considérations éthiques qui nous semblent intimement liées à la présence d'empathie en psychothérapie.

1. QU'EST-CE QUE L'EMPATHIE ?

Répondre à une telle question est une tâche complexe. Nous avons assisté pendant quelques années à un foisonnement de l'intérêt pour la notion d'empathie. Jaffe (1986), lors d'une revue de littérature, a identifié les champs d'intérêt distincts que couvre ce domaine : (1) les processus cognitif et affectif et le rôle de la régression, (2) les origines de l'empathie dans la relation mère-enfant, (3) l'introspection, l'introspection vicariante et la possibilité de connaître la réalité, (4) les similitudes dans les expériences de sujet et d'objet, (5) les modes de participation sensori-moteur, (6) la fusion, la sur-identification et les autres problématiques.

Si nous nous en tenons à l'univers de la psychothérapie, nous remarquons que bien que la majorité des auteurs s'entendent sur le fait que l'empathie est un élément essentiel au travail thérapeutique, ceux-ci ne s'entendent guère sur une définition commune de ce phénomène. Ils ne s'entendent pas non plus sur l'importance relative de l'empathie dans le succès thérapeutique. La majorité des définitions que nous pouvons retrouver de l'empathie en psychothérapie met l'accent sur une dimension spécifique de ce phénomène. Toutes font ressortir qu'il s'agit d'une tentative de la part du thérapeute de saisir un aspect de la réalité d'un client, que cette réalité soit cognitive, affective ou relationnelle. Dans une perspective contemporaine, l'empathie est considérée en tant que construit multidimensionnel qui comprend les dimensions suivantes : une dimension cognitive qui implique la compréhension et la validation, une dimension affective, la communication et l'action et, finalement, une façon d'être ensemble (a way of being together) (Bohart et Greenberg, 1998). Chacune de ces dimensions a reçu une attention particulière de la part de certains auteurs. Ce n'est que tout récemment que des efforts

importants ont été faits afin de tenir compte de l'ensemble des différentes composantes de l'empathie.

Toutes les approches thérapeutiques reconnaissent l'importance de l'empathie. Toutefois, nous nous retrouvons devant un phénomène un peu semblable à celui observé en science naturelle, c'est-à-dire celui de l'évolution parallèle. Deux courants de pensée ont développé leur conception de l'empathie de façon quasi indépendante, soit le courant analytique et le courant humaniste.

Ce n'est que tout récemment qu'une tentative de rapprochement a été tentée entre ces deux écoles. Leur conception respective de l'empathie fut le point d'ancrage de ce rapprochement en raison de leur similitude et de leur complémentarité (Kahn, 1985, 1989; Tobin, 1990). Cette tentative de rapprochement n'est d'ailleurs pas étrangère au mouvement de rapprochement entre les diverses formes de psychothérapies, à l'identification de facteurs communs à l'ensemble de ces approches, ainsi qu'à l'émergence de l'éclectisme en psychothérapie (Beutler, 1988, 1994; Garfield, 1992; Lecomte et Castonguay, 1987; Norcross et Goldfried, 1992). Abend (1989) remarque toutefois que la notion « d'écoute empathique » a débouché, plus souvent qu'autrement, sur une guerre de clochers entre les tenants des diverses approches.

Malgré ces efforts louables, la recherche sur l'empathie en lien avec le processus thérapeutique fut assez sporadique au cours des dernières années (Greenberg, Elliot & Lietaer, 1994; Orlinsky & al., 1994). Duan et Hill (1996) notent que très peu de recherches vont au-delà de la question très générale du lien entre l'empathie et l'efficacité thérapeutique. Ils mentionnent également que la recherche dans ce domaine est caractérisée par une confusion issue du manque de définition opérationnelle et de mesures adéquates.

Dans la section qui suit, nous allons d'abord nous attarder à l'évolution du concept d'empathie dans les traditions humaniste et analytique. Par la suite, nous nous pencherons sur le rôle de l'empathie dans l'efficacité de la psychothérapie.

1.1 La conception humaniste de l'empathie

Rollo May (1989), dans un effort pour nous faire saisir l'essence du mot empathie, nous ramène à ses racines étymologiques. Le mot empathie nous vient d'une traduction du mot allemand « Einfühlung » qui veut dire sentir de l'intérieur. Il s'agit en fait d'un mot dérivé du terme grec « pathos » qui désigne un sentiment profond et fort tel que la souffrance et, ayant comme préfixe la préposition in, à l'intérieur.

La notion d'empathie est intimement liée à celle de champ phénoménologique et fut au cœur du développement de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers (1951, 1959, 1961). Selon Rogers, l'empathie consiste à comprendre le monde du client à partir de la façon dont celui-ci le perçoit. Rychlack (1981) ajoute que la compréhension empathique permet de comprendre le point de vue de l'autre sans toutefois perdre de vue que les sentiments subjectifs de ce dernier ne pourront jamais être connus dans leur entièreté. Le thérapeute doit donc, tout en mettant de côté, dans la mesure du possible ses propres besoins, se placer dans les souliers du client. Cette analogie est d'ailleurs reprise par plusieurs auteurs (Basch, 1983, 1995; Meader et Rogers, 1984; Rowe et MacIsaac, 1989). May relève la similitude avec le terme sympathie toutefois, l'empathie comporte un état beaucoup plus profond d'identification par lequel une personne plonge dans la personnalité de l'autre de façon à perdre temporairement sa propre identité. Un des aspects importants de l'empathie selon Mearns et Thorne (1988) est la notion de « comme si ». En effet, le thérapeute doit être capable de travailler avec le client en percevant la réalité comme s'il était lui mais en conservant une possibilité de détachement. Ce détachement permet au thérapeute d'éviter d'être enseveli sous l'expérience du client. Cette possibilité du thérapeute de rester relativement détaché est en général sécurisante pour le client. En effet, si le client se sent désespéré, perdu dans son monde, le thérapeute demeure quelqu'un de fiable et cohérent tout en étant sensible à la réalité du client.

Plusieurs auteurs ont mis l'accent sur l'aspect technique de l'empathie. Ainsi, selon Cormier et Cormier (1985), l'empathie consiste en une habilité technique qui nous aide à comprendre les personnes à partir de leur schème de références plutôt qu'à partir de notre propre schème. Il s'agit donc de penser avec le client plutôt que de penser pour ou à propos du client. On évalue, de façon générale, le niveau de concordance entre le discours du client et les interventions du thérapeute. Considérée de cette façon, l'empathie en tant que technique est en corrélation avec de bons résultats thérapeutiques (Barrett-Lennard, 1962; Patterson, 1984; Truax et Mitchell, 1971) et ce, tant pour les clients névrotiques que psychotiques (Rogers 1967). On distingue en général deux conséquences positives à l'empathie, soit une augmentation du niveau de conscience ainsi qu'un encouragement à une exploration plus profonde de la part du client (Bergin et Strupp, 1972; Kurtz et Grummon, 1972; Tausch et al, 1970). Des chercheurs se sont penchés sur les réponses empathiques quantifiables. Truax et Carkhuff (1967, 1971) ont développé une

échelle de mesure de l'empathie en huit (8) points dans le but d'aider les thérapeutes à étendre leur répertoire de réponses empathiques. Toutefois, cette conception technique de l'empathie ne plaît pas à tous. Mearns et Thorne, par exemple, mentionnent que l'empathie n'est pas seulement une réponse ponctuelle du thérapeute mais plutôt un processus. Ce n'est donc pas une technique en soi mais plutôt une façon d'être en relation. Cette façon d'être doit d'ailleurs être perçue à un niveau minimal par le client pour que le processus thérapeutique puisse progresser. On ne peut donc isoler la qualité des interventions du thérapeute sans tenir compte de l'espace thérapeutique qui se crée entre le thérapeute et le client.

Barrett-Lennard (1981) a tenté de schématiser le processus empathique. Le thérapeute doit au départ adopter une position d'ouverture à l'autre. Il identifie ensuite un cycle en trois phases distinctes qui se répètent tout au long du processus thérapeutique. La première phase consiste en une résonance empathique du thérapeute à l'expérience du client. Il doit donc se laisser immerger dans le monde du client et tenter de comprendre la réalité multidimensionnelle (cognition, émotion, action) du client. Dans la deuxième phase, le thérapeute doit exprimer concrètement cette compréhension au client (généralement à l'aide de réponses reflètes). Lors de la troisième phase de ce processus, le client reçoit la réponse du thérapeute ce qui devrait mener à une nouvelle expression de l'expérience du client et donc, à une nouvelle résonance empathique chez le thérapeute. Ce cycle doit être accompagné d'un réel intérêt du thérapeute à saisir le schème de référence du client et ce dernier doit avoir le sentiment d'être compris.

Nous retrouvons une certaine variabilité dans la façon dont les thérapeutes humanistes appliquent ce processus empathique. Chacun applique le processus empathique en mettant l'accent sur une dimension qui lui convient d'avantage. Certains, par exemple, sont plus actifs verbalement que d'autres, certains sont plus expressifs émotionnellement et d'autres encore, plus intenses émotionnellement. Malgré ces préférences personnelles dans l'application du processus empathique par les thérapeutes d'orientation humaniste, il existe en général deux conceptions spécifiques de ce que vise ce processus empathique. La première conception veut que le thérapeute saisisse exactement ce que le client ressent consciemment et qu'il désire communiquer au thérapeute. Cette conception évoque fréquemment une réaction de la part du client telle que « oui, c'est tout à fait ça », ce qui facilite à la fois l'expression des sentiments chez le client ainsi qu'une exploration plus approfondie (Raskin 1974). Selon cette conception, le

thérapeute reste collé de près au discours du client et ne vise qu'une compréhension de l'expérience immédiate sans tenter d'élargir le niveau de conscience du client.

Une autre conception veut que le thérapeute soit efficace lorsqu'il ou elle saisit les significations subtiles à la limite de la conscience du client. Ceci entraîne généralement une réaction spécifique chez le client, soit une pause dans son discours suivi généralement d'une réaction telle que « oui, je crois que vous avez raison, je n'avais jamais envisagé ceci de cette façon auparavant » (Rogers 1980). Cette conception se rapproche d'avantage de la notion d'interprétation ou encore d'intervention additive de la part du thérapeute en regard du discours du client. Ce qui différencie cette conception de l'empathie de l'interprétation, telle qu'on la conçoit dans l'univers psychodynamique, par exemple, est que rien n'a été ajouté au discours du client. On se contente de reculer, à l'aide du processus empathique, les limites de sa conscience.

Pour les thérapeutes humanistes, la compréhension empathique est une fin en soi et est porteuse d'un effet curatif pour le client (Gelso et Carter, 1985). L'empathie est donc l'élément principal du travail thérapeutique. Nous nous devons toutefois d'identifier une divergence importante à l'intérieur même de la famille des thérapies d'orientation humaniste. En effet, pour les thérapeutes gestaltistes, l'empathie est secondaire aux notions de congruence et d'authenticité du thérapeute (Perls, 1970; Polster et Polster, 1973). Pour Fritz Perls (1973) un thérapeute tout à fait empathique serait inefficace justement parce que pour ce faire, il doit se mettre de côté, de façon à s'immerger dans le monde de l'autre, ce qui empêche, selon lui, un contact véritable entre deux individus. L'empathie nécessite une certaine confluence avec le client qui pourrait alors représenter une forme de résistance au contact.

Dans les révisions récentes de la Gestalt thérapie, les divers auteurs (Bouchard et Derome, 1987; Delisle, 1998; Wheeler, 1991; Yontef, 1995) ne semblent pas partager cette vision qu'avait Perls de l'empathie. Toutefois, nous devons noter que peu d'entre eux mettent l'accent sur l'empathie ou sur le processus empathique. Delisle (2001) fait appel à la notion d'identification introjective qui correspond à la notion d'empathie chez d'autres auteurs. Dans son modèle de relation tridimensionnelle (reproduction-reconnaissance-réparation), le concept de reconnaissance à l'intérieur d'un dialogue herméneutique correspond aux composantes cognitives et relationnelles de l'empathie. Toutefois, le terme empathie proprement dit demeure relativement absent de son discours. Delisle utilise, avec beaucoup

de pertinence et d'à propos, des termes empruntés au langage psychanalytique (Tansey et Burke, 1989), ce qui risque toutefois de confondre le lecteur dans sa compréhension spécifiquement humaniste du processus empathique.

De leur côté, Greenberg, Rice et Elliot (1993), Watson et Greenberg (1996) font une place primordiale à l'empathie dans leur approche qui s'inspire grandement des fondements de la Gestalt thérapie surtout en regard des interventions thérapeutiques proposées. Toutefois, leur modèle théorique se démarque un peu des modèles gestaltistes plus traditionnels en faisant une place importante aux construits rogoriens qui ont trait à la relation thérapeutique. Au-delà de considérations générales sur l'importance de l'empathie, ils sont attentifs à la présence de points de repères (markers) dans le discours du client leur permettant d'utiliser un certain nombre d'interventions de façon spécifique. L'identification de ces points de repères suppose, de la part du thérapeute, une compréhension empathique du discours du client. Leur conception de l'empathie implique donc les dimensions cognitives et affectives de l'empathie.

1.2 La conception analytique de l'empathie

Tout comme pour le mouvement humaniste il n'existe pas une définition commune de l'empathie pour l'ensemble des approches psychanalytiques. Il n'existe pas non plus de consensus sur l'importance relative de l'empathie dans le processus thérapeutique. La notion d'empathie à évolué tant en ce qui concerne sa définition qu'en regard de l'importance que lui accordent les différents auteurs.

Freud, tout comme Rogers, fait appel à la notion d'empathie mais d'une façon qualitativement différente. Selon Basch (1988), l'empathie était pour Freud une condition sine qua non à la compréhension de l'état affectif d'une personne. Toutefois, il ne définit que très sommairement ce en quoi consiste l'empathie si ce n'est qu'une tentative d'identification du thérapeute à la réalité du client. Freud se prononce sur l'empathie de façon assez brève et en trois occasions seulement (Freud, 1905, 1906, 1921) en prenant apparemment pour acquis que les méthodes d'association libre et d'analyse des résistances n'étaient que le raffinement des techniques d'empathie et d'introspection. En 1921, Freud mentionne que nous sommes loin d'avoir résolu le problème complexe de l'identification et que le processus empathique est central dans notre compréhension du monde interne de l'autre dont nous demeurons distincts.

Freud semble prendre une position qui reconnaît l'importance de l'empathie sans pour autant chercher à en définir les éléments

constitutifs. Ornstein et Ornstein (1985) font remarquer qu'à partir de ce moment, l'introspection et l'empathie furent évacuées presque totalement du discours psychanalytique pour une période de temps relativement importante. Ils font remarquer que Freud adopte dorénavant la position d'observateur externe de la réalité subjective des clients, ceci dans le but, semble-t-il, de rendre la psychanalyse plus scientifique. Poland (1984) note qu'à partir de cette époque, l'empathie est considérée comme un mode de perception (Deutsch, 1926; Fliess, 1942; Gitelson, 1952; Greenson, 1960; Olinick, 1969; Racker, 1957). Ce mode de perception recouvre essentiellement les aspects cognitifs de l'empathie alors que les aspects affectifs ou réactifs relèveraient plutôt du contre-transfert.

E.F. Sharpe (1930) fut l'un des premiers à réagir à ce glissement vers un mode d'observation externe lorsqu'il mentionne que notre tâche principale est d'amener le patient à nous en dire toujours de plus en plus. De cette manière, nous nous rapprochons du monde interne du patient. L'empathie est donc essentielle. Le patient ne nous suivra qu'à la seule condition que nous nous soyons d'abord approchés de son monde interne. Nous pouvons parfois voir ce que le patient ne peut voir lui-même, mais nous ne pouvons lui faire voir ce que nous n'avons pas d'abord observé avec lui.

Nous retrouvons dans cette affirmation une préoccupation pour les aspects relationnels de l'empathie.

Avec la publication de *Introspection, Empathy and psychoanalysis - An examination of the relation between mode of observation and theory*, Kohut (1959) ramène la notion d'empathie au cœur de la méthode psychanalytique. Alors que la biologie et la sociologie nécessitent un mode d'observation externe, Kohut insiste sur le fait que l'exploration du monde interne d'une personne ne peut se faire qu'à l'aide d'un mode d'observation introspectif et empathique qu'il nomme introspection vicariante.

Kohut définit l'empathie comme un mode de cognition en concordance avec les perceptions de confirmations psychologiques complexes. Le thérapeute qui se place dans une position empathique tente donc de comprendre les principes d'organisations complexes de la réalité du client. Rowe et MacIsaac (1988) précisent que l'empathie n'est pas un processus par lequel un thérapeute devine ou encore perçoit de façon quasi magique ce qui se passe dans l'esprit d'une autre personne. Il ne s'agit pas non plus de s'imaginer ce que nous serions appelés à ressentir si nous étions placés dans la même situation que le client.

De façon générale, l'empathie est synonyme de concordance affective (affect attunement). Selon Ornstein (1985), la concordance affective n'est que le premier pas du processus empathique. C'est une habileté qui consiste à porter notre attention sur ce qui motive un comportement plutôt que sur le comportement manifeste. En effet, sans la capacité de concordance affective, aucune communication ne serait possible au delà du comportement manifeste (Demos, 1984; Stern, 1985). Ce n'est qu'en tentant d'établir une concordance affective que nous pouvons avoir accès aux principes d'organisation de l'expérience du client, l'émotion étant le moteur central de cette organisation. La concordance affective devint donc la clé qui nous donne accès au monde intérieur de l'autre. Si nous nous représentons le monde intérieur d'un client comme une chambre close, la concordance affective est la clé de cette chambre, mais l'empathie est la lumière qui nous permet de constater ce qu'elle contient. L'empathie nous éclaire sur les expériences subjectives du client dans toute leur complexité. Nous n'avons donc pas seulement accès aux affects qui motivent les comportements, mais également à la nature des conflits et des compromis qui forment l'ensemble des expériences du soi (self-experience). La concordance affective se fait généralement de façon intuitive, pré-consciente et ce, assez rapidement. L'empathie, par contre, procède plutôt par essais et erreurs. Le thérapeute doit demeurer dans la « chambre éclairée » suffisamment longtemps pour obtenir une vision exacte de l'aspect idiosyncratique de son contenu. L'empathie, lorsqu'exercée de cette façon, mène directement à la reconnaissance de transferts de soi-objet (self-object transference). La notion de soi-objet réfère à la façon dont le client se représente et utilise le thérapeute dans l'organisation de son expérience. La reconnaissance et l'interprétation du transfert de soi-objet est centrale dans la cure. Selon Ornstein, il existe un lien intrinsèque entre la méthode d'observation (empathie) et ce qu'on découvre (transferts de soi-objets).

L'empathie est donc au cœur de la psychologie du soi développée par Kohut et ses collaborateurs. L'impact de cette notion est important au niveau du travail thérapeutique. En effet, l'application prolongée et intense du mode d'observation empathique nous permet d'avoir accès aux expériences transférentielles du client d'une façon toute particulière. Plutôt que de poursuivre assidûment les sentiments et les pensées que le client tente de nous cacher (de façon consciente ou non), le thérapeute doit plutôt inviter le client à présenter la réalité de la façon dont il la perçoit. En d'autres mots, le thérapeute s'engage dans la relation à partir de ce qu'exprime le

client plutôt qu'à partir des inférences qu'il se fait sur ce que le client refuse de voir ou de montrer.

Wolf (1988), qui fut un proche collaborateur de Kohut, reconnaît que l'empathie peut également avoir une fonction secondaire qui est de créer un lien émotif significatif entre le thérapeute et le client. Il met toutefois en garde contre le danger de confondre empathie et le fait d'«être gentil». Il mentionne clairement que la fonction première de l'empathie est de rendre possible le déploiement de l'expérience interne du client et ainsi permettre l'émergence de besoins développementaux spécifiques (transfert de soi-objet). Pour Wolf, l'empathie est avant tout un outil (de cueillette de données) permettant au thérapeute une plus grande capacité d'interprétation.

Kohut est certainement un des auteurs ayant le plus développé la notion d'empathie à l'intérieur de l'approche analytique. Plusieurs auteurs tel que Winnicott (1989), Mahler (1975), Lichtenberg (1981, 1983) partagent essentiellement le point de vue de Kohut quant à l'importance de l'empathie dans la méthode analytique. Quelques divergences peuvent exister sur les limites exactes de l'empathie, mais leurs conceptions demeurent conciliables.

1.3 L'empathie et la recherche en psychothérapie

Il peut s'avérer intéressant de vérifier l'impact de l'empathie sur le résultat thérapeutique. Dans une méta-analyse sur le processus thérapeutique et l'efficacité de la psychothérapie, Lambert et Bergin (1994) sont arrivés aux résultats suivants: 1. La perception des clients de l'empathie de leur thérapeute est reliée à de bons résultats thérapeutiques. 2. Une relation empathique entre le thérapeute et le client, tel que perçue par un observateur externe est liée à de bons résultats thérapeutiques. En conclusion à leur recherche, ils affirment que la résonance empathique est un ingrédient thérapeutique efficace. C'est ce qui permet au client de réaliser que ses préoccupations et ses sentiments sont dignes d'intérêt.

Ces résultats sont concordants avec ceux obtenus quelques années plus tôt par Neuhaus et Astwood (1980), Storr (1980) ainsi que ceux de Lambert, Shapiro et Bergin (1986). Lafferty Beutler et Cargo (1991) affirment que l'évaluation que le client fait du niveau d'empathie de son thérapeute est le meilleur prédicteur de l'efficacité du thérapeute. Luborsky (1984) de son côté, conclut qu'un dosage adéquat d'interprétation et d'empathie est susceptible de donner de bons résultats thérapeutiques, ce qui semble être une position mitoyenne entre Kohut et Rogers.

2. L'EMPATHIE EN GESTALT THÉRAPIE

Comment pouvons-nous intégrer ces différentes conceptions de l'empathie tout en conservant notre identité de gestaltistes? La grande majorité des thérapeutes gestaltistes sont préoccupés par la nécessité de procurer aux clients un cadre empathique mais ils ne retrouvent que peu d'écrits dans notre littérature leur permettant de réfléchir à ce concept de façon toute particulière. Comme nous le mentionnions précédemment, même les écrits les plus récents font très peu mention du concept d'empathie.

Nous croyons que la définition contemporaine de l'empathie en tant que construit multidimensionnel sied bien à nos préoccupations de gestaltistes. Nous avons pu constater dans les sections précédentes que la majorité des auteurs ayant développé le concept d'empathie dans les traditions humaniste et psychodynamique ont mis l'accent sur une ou deux des dimensions particulières du processus empathique. En reprenant l'ensemble des composantes du processus empathique (dimension cognitive, affective, communication/action et relationnelle), nous constatons que ces éléments sont représentés à l'intérieur du modèle gestaltiste. Nous croyons donc qu'un effort d'intégration de ces composantes est pertinent afin de mieux saisir la réalité et la place de l'empathie au sein de la Gestalt thérapie.

La dimension cognitive est mise de l'avant par la majorité des auteurs contemporains, peu importe leur approche théorique (Bozarth, 1997; Bozart & Tallman, 1997; Barrett-Lennard, 1997; Greenberg & Elliot, 1997; Vanaershot, 1997; Warner, 1997). De façon générale, le thérapeute observe l'expérience du client, observe ensuite ses propres réactions face à ce client, s'imagine être à sa place pendant un moment, puis échafaude des inférences au sujet du client. Pendant plusieurs années, les thérapeutes gestaltistes ont négligé l'aspect cognitif de l'empathie (à tout le moins en théorie) au profit du contact et de la création de nouvelles figures. Perls (1961) mentionnait que toute hypothèse ou interprétation au sujet du client était considérée comme une erreur thérapeutique qui impliquait que le thérapeute connaisse mieux le client que le client ne se connaît lui-même. Nous croyons plutôt que les thérapeutes gestaltistes utilisent des inférences afin de saisir l'organisation subtile et complexe de l'expérience immédiate du client dans son contact avec l'environnement. Dans le regard qu'ils posent sur les mécanismes d'adaptation au contact, les interruptions sur le cycle de contact et l'utilisation que le client fait de ses fonctions de contact, les thérapeutes gestaltistes utilisent la dimension cognitive de l'empathie.

Toutefois, il nous semble que cette seule composante cognitive soit inadéquate pour rendre compte de la complexité de l'utilisation que les thérapeutes gestaltistes font de l'empathie. Nous croyons que, bien que la qualité de la dimension cognitive de l'empathie (ou en d'autres termes la qualité du jugement clinique) puisse être un élément important contribuant au succès thérapeutique, nous constatons que cette dimension est loin de rendre compte de l'activité mentale complexe dont fait preuve le thérapeute dans une situation clinique. En étudiant de façon isolée la dimension cognitive de l'empathie, nous évacuons tout l'espace relationnel et interactif entre le thérapeute et son client.

Bohart et Greenberg (1997) soulignent que pour les thérapeutes d'orientations psychodynamique et humaniste, et particulièrement pour les thérapeutes gestaltistes, la compréhension empathique d'un client ne peut être réduite à la seule dimension cognitive, mais fait davantage appel à la capacité, pour le thérapeute, de susciter une nouvelle expérience relationnelle pour le client, l'invitant ainsi à remettre en question certaines de ses perceptions quant à sa situation actuelle. La compréhension empathique fait donc appel à des composantes cognitive, affective, et relationnelle. Il s'agit de faire vivre au client une expérience correctrice (une réparation, dirait Delisle).

La notion de contact qui nous est tout particulièrement chère est possiblement celle qui se rapproche le plus de la définition multidimensionnelle de l'empathie. En effet, pour que le contact thérapeutique soit optimal, le thérapeute doit poser un regard juste sur les difficultés du client. Il doit, de plus, être soucieux du lien affectif qui se crée entre lui et le client. Il doit pouvoir communiquer ses impressions de façon assimilable pour le client. Ce souci de la qualité du contact se rapproche beaucoup de ce que nous entendons par les diverses dimensions de l'empathie.

Nous croyons que les tenants de l'approche intersubjective proposent une conception du processus thérapeutique qui peut nous être utile à plus d'un titre. Ils perçoivent que l'investigation clinique, au moyen du mode empathique-introspectif, est l'outil principal du thérapeute (Orange, 1995). Ce mode d'investigation permet d'éclairer les principes d'organisation de l'expérience du client (empathie), les principes d'organisation du thérapeute (introspection) et le champs relationnel créé par l'interaction entre les deux (intersubjectivités). Il faut se rappeler que le thérapeute arrive à une compréhension clinique à la suite de plusieurs « collisions » entre sa subjectivité et celle du client (Renik, 1993). Il est donc nécessaire pour lui

de reconnaître sa participation au processus relationnel pour se rapprocher d'une position empathique (Orange, 1995). Même si un thérapeute ne pose pas d'emblée un regard juste sur les difficultés du client, et que ces moments mènent à des tensions ou des ruptures au plan de la relation thérapeutique, nous croyons qu'une préoccupation plus large pour le processus empathique permet malgré tout un aboutissement favorable de la thérapie. L'important, pour le thérapeute, est de reconnaître ces ruptures, de même que la façon dont il y contribue, ce qui permet d'offrir au client une réponse optimale allant à l'encontre de ses principes d'organisation (Bacal, 1985). Par la réparation de la faille empathique, ou encore par la restauration du lien empathique, il permet au client de vivre une expérience émotionnelle correctrice. En ce sens, tout comme le croyait Kohut (1984), pour qu'une intervention ait un impact thérapeutique, elle doit fournir au client une nouvelle expérience relationnelle où il se sent profondément compris. Ceci nous apparaît particulièrement vrai en Gestalt thérapie où l'intensité de ce qui est vécu entre le thérapeute et le client nécessite une attention toute particulière de la part du thérapeute pour permettre une issue favorable de la thérapie.

Les travaux de Jacobs (1991) sur le rapprochement entre les approches intersubjectives et la Gestalt thérapie nous apparaissent d'une importance capitale afin de mieux saisir à quel point le concept d'empathie devrait être au cœur de la littérature et des enseignements du modèle gestaltiste. Le modèle développé par Delisle (1998) et sa formulation de la relation thérapeutique tri-dimensionnelle (reproduction-reconnaissance-réparation) semble bien correspondre aux préoccupations que nous avons évoquées. Nous croyons donc fortement que les thérapeutes gestaltistes peuvent bénéficier de point de repères fiables en regard de ce qu'implique l'empathie en psychothérapie.

3. QUELQUES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'absence d'élaboration étoffée sur le processus empathique en Gestalt thérapie n'est pas sans soulever des préoccupations éthiques. En effet, lorsque l'on pratique une forme de thérapie aussi puissante que la Gestalt thérapie, comment pouvons-nous nous assurer que notre intervention demeure bénéfique pour le client qui nous consulte ? La Gestalt thérapie a connu bon nombre de dérapages importants au cours des années. De plus, elle fut quasi absente des programmes universitaires en psychologie clinique pendant plusieurs années.

Étant donné la nature spécifique des interventions gestaltistes (dévoilement de soi du thérapeute, intensité de l'activité thérapeutique, niveau d'interaction élevé, intensité de l'expression des émotions), nous croyons que l'accent devrait être mis d'une façon particulière sur le fait que cette activité thérapeutique doit être chapeauté par des préoccupations empathiques importantes. Yontef (1995) met en garde les thérapeutes contre les dangers potentiels de la pratique de la Gestalt thérapie et encourage les thérapeutes à être particulièrement sensibles à la réalité du client. Sans cette sensibilité particulière, il y a danger que le client puisse se sentir bousculé, envahi, séduit ou encore humilié par certaines interventions du thérapeute. Cette mise en garde est sûrement valable mais demeure assez vague quant aux critères permettant de la respecter. Nous croyons que la sensibilité dont parle Yontef correspond à l'idée que nous nous faisons de l'empathie sans pour autant que ce soit nommé ainsi. Nous croyons qu'en prenant en considération les éléments du processus empathique, nous pouvons nous donner un certain nombre de points de repère pour éviter les abus et les écueils de toutes sortes. Ces considérations ne se limitent d'ailleurs pas aux thérapeutes gestaltistes qui, en définitive, ne sont pas moins empathiques que les thérapeutes d'autres approches, mais nous croyons important d'adresser ces mises en garde à notre communauté thérapeutique en souhaitant qu'il en soit de même dans les autres approches.

La psychothérapie, qu'elle soit de type gestaltiste ou autre, est un processus d'influence interpersonnelle. Dans toute relation d'aide, l'intervenant acquiert d'emblée un pouvoir d'influence sur le client. Dans le cadre des thérapies humanistes, l'utilisation et même la présence de l'influence interpersonnelle sont longtemps apparues comme une violation de l'autonomie du client (Castonguay, 1987). Depuis, ce processus a reçu une reconnaissance plus large et sa planification consciente est devenue chez les humanistes une caractéristique de toute relation d'aide. Le thérapeute doit donc être conscient de l'influence qu'il exerce sur le client plutôt que d'en nier l'existence ou encore de vouloir la contourner.

Les clients viennent nous consulter parce qu'ils ont foi en notre capacité de les aider et voient leur thérapeute en tant qu'agent de changement. Ils souhaitent donc, consciemment ou non, être influencés par leur thérapeute. Kohut, dans son élaboration des transferts de soi-objet, reconnaissait que les clients portaient en eux un besoin d'idéalisation et d'apaisement qui est intimement lié au processus d'influence interpersonnelle. Beutler (1988) mentionnait que la psychothérapie pouvait être décrite comme l'art d'influencer

les gens de façon thérapeutique. L'influence interpersonnelle en thérapie se manifeste par les phénomènes de persuasion, de suggestion, de conditionnement opérant et d'identification. Chacune de ces composantes contribue à sa façon à l'issue du processus thérapeutique.

Si nous considérons côte à côte ce besoin du client d'être influencé par le thérapeute et la puissance de certaines techniques gestaltistes, nous voyons ici une combinaison de facteurs pouvant être tout à fait bénéfiques ou encore extrêmement dangereux pour le client. En effet, si le thérapeute n'est pas suffisamment attentif aux besoins du client et à sa propre expérience affective les dangers de dérapages sont nombreux. En ce sens, nous croyons qu'une préoccupation pour les différentes composantes du processus empathique permet au thérapeute d'être à la fois conscient des besoins du client et capable de bien reconnaître, de contenir et de communiquer de façon adéquate et judicieuse les éléments importants de ses réactions internes, affectives et subjectives. Certains thérapeutes n'arrivant pas à contenir ou à mettre à profit leurs réactions internes peuvent causer des torts importants aux clients. Par exemple, un thérapeute qui trouve que son client ne progresse pas suffisamment et qui éprouve de l'ennui en thérapie pourrait être tenté d'utiliser une technique gestaltiste puissante afin de mettre un peu de vie dans le processus thérapeutique. Ce besoin d'impact de la part du thérapeute nous paraît au mieux risqué et, au pire, abusif. Plutôt que de s'intéresser au sens de l'ennui éprouvé par le thérapeute comme nous invitent à le faire plusieurs auteurs (Delisle, 1998; Jacobs, 1991, etc.), ce genre de thérapeute force le client à entrer en contact avec lui en faisant fi de ses enjeux relationnels. Ça semble une façon de dire au client qu'il a le droit d'être malade partout sauf dans le bureau du thérapeute parce que ça l'embête. Le thérapeute devrait aider le client à comprendre sa façon unique et personnelle d'entrer en contact avec les autres. À notre avis, ceci ne peut se faire en dehors d'un contact empathique. C'est de cette façon que nous pourrions encourager le client dans une démarche vers une plus grande autonomie.

Lors de notre participation récente à un panel sur l'éthique et la Gestalt (Drouin, 2002), nous avons été frappés par la réaction des participants face à l'obligation de devoir se soumettre à un code de déontologie. Cette réaction semblait encore plus importante de la part de participants venant des pays où la pratique de la psychothérapie n'est pas soumise à une réglementation particulière. Certains y voyaient une incompatibilité importante avec les dimensions créatrices qui caractérisent l'intervention gestaltiste. En effet, certains

thérapeutes gestaltistes semblent craindre de voir leur créativité brimée par un code de déontologie rigide laissant peu de place à des interventions faisant appel à divers niveaux d'expérience du client (émotif, corporel, sensitif, etc.). Les thérapeutes présents semblaient trouver incompatible le fait de pouvoir travailler de façon holistique et les règles définies par les codes de déontologie actuels. Ils suggèrent qu'on devrait faire confiance à la maturité du thérapeute ainsi qu'à son sens clinique. Bien que nous puissions en partie souscrire à ces craintes, nous croyons toutefois qu'une certaine prudence est de mise dans l'application de techniques aussi puissantes que peut l'être celle de la Gestalt thérapie. En ce sens, nous ne pouvons que partager le commentaire de Jeanine Corbeil (communication personnelle, 2002) à la sortie de cet atelier qui mentionnait que bien que nous puissions faire confiance au talent et à la bonne volonté des conducteurs de voiture, il est bon de pouvoir compter sur des lumières rouges et vertes afin de gérer les règles de circulation automobile dans une grande ville. Ces lumières peuvent être offertes par un code de déontologie, certes, mais nous croyons qu'une bonne maîtrise des dimensions cognitive, affective et relationnelle de l'empathie peuvent guider un thérapeute dans la conduite de processus thérapeutique en laissant place à cette créativité qui nous est chère.

Abstract

Even though empathy is a central issue in humanistic psychology, the concept of empathy is mostly absent of the literature in Gestalt Therapy. The aim of the present article is to focus on the place empathy should have in our model. After an overview of the evolution of the concept of empathy in several theories of psychotherapy, we suggest a definition of empathy that will enable us to integrate this concept in a way that is congruent with our view of psychotherapy.

Références

- ABEND, S. M. (1989). Countertransference and psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 43:374-395.
- BACAL, H. (1985). Optimal responsiveness and the therapeutic process. In A. Goldberg (Ed.), *Progress in self psychology* (Vol. 1, pp. 202-226). New York: Guilford Press.
- BARRETT-LENNARD, G. T. (1997). The recovery of empathy-Toward others and self. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 103-124). Washington, DC: American Psychological Association.

- BARRETT-LENNARD, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs* 76 (43, Whole no. 562).
- BARRETT-LENNARD, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 91-100.
- BASCH, M. F. (1988). *Understanding psychotherapy: the science behind the art*. New York, Basic books.
- BASCH, M. F. (1983). Empathic understanding: a review of the concept and some theoretical considerations. *J. Am. Psychoanal Assoc.*, 31:101-126.
- BEUTLER, L. E., MACHADO, P. P., & NEWFELDT, S. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin and S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed, pp. 229-269). New York: Wiley.
- BEUTLER, L. E. (1988). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- BOHART, A. C., & GREENBERG, L. S. (1997). *Empathy Reconsidered. New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- BOHART, A. C., & GREENBERG, L. S. (1998). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington: APA.
- BOHART, A. C., & TALLMAN, K. (1997). Empathy and the active client: An integrative, cognitive-experiential approach. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 393-418). Washington, DC: American Psychological Association.
- BOUCHARD, M.-A., (1990). *De la phénoménologie à la psychanalyse*. Bruxelles: Margada.
- BOUCHARD, M.-A., DEROME, G. (1987). La Gestalt-thérapie et les autres écoles: complémentarité cliniques et perspectives de développement. In C. Lecomte & L. G. Castonguay (Eds.), *Rapprochement et intégration en psychothérapie: Psychanalyse, behaviorisme et humanisme* (pp. 123-156). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- BOZARTH, J. D. (1997). Empathy from the framework of client-centered theory and the rogerian hypothesis. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 81-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- CASTONGUAY, L.-G. (1987). Facteurs communs: vers un modèle transthéorique de la psychothérapie. In C. Lecomte & L. G. Castonguay (Eds.), *Rapprochement et intégration en psychothérapie: Psychanalyse, behaviorisme et humanisme* (pp. 185-204). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- CORMIER, W. H., CORMIER, L.S. (1985). *Interviewing strategies for helpers. 2nd edition*, Monterey California, Brooks/Cole.
- CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J. P., & KURCIAS, J. S. (1993). The accuracy of therapist interpretations and the development of therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 3, 25-35.
- DELISLE, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.

- DELISLE, G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien*. Montréal, Les Éditions du Reflet.
- DEUTSCH, H. (1926). Okkulte Vorgänge während der psychoanalyse. *Imago* 12:418-433.
- DROUIN, M.-S. (2002). *Ethics, environment and Humanity: Ethics and interpersonal influence*. Communication presented at the annual meeting of the International Gestalt Therapy Association, Montréal, Canada.
- DUAN, C., & HILL, C. E. (1996). A critical review of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 261-274.
- ELLIOTT, R., & GREENBERG, L. S. (1997). Multiple voices in process-experiential therapy: Dialogues between aspects of the self. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 225-239.
- FLIESS, R. (1942). The metapsychology of the analyst. *Psychoanal. Q.* 11:211-227.
- FREUD, S. (1912). The dynamics of transference. *Standard Edition*, 12, 99-108.
- FREUD, S. (1955). Group psychology and the analysis of the ego (1921), in *The Standard Edition of the Complete Psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 18. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, pp. 67-143.
- FREUD, S. (1957). On narcissism: an introduction (1914), in *The Standard Edition of the Complete Psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 14. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, pp.3-102.
- GARFIELD, S. L. (1992). Eclectic psychotherapy: A common factors approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (169-201). New York: Basic Books.
- GARFIELD, S. L. (1980). *Psychotherapy: An eclectic approach*. New York: Wiley and Sons.
- GELSO, C. J., CARTER, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: components, consequences and theoretical antecedents. *The counseling psychologist*. 13, 2, 155-243.
- GILL, M. M. (1984). Psychoanalytic, psychodynamic, cognitive behavior and behavior therapies compared in H. Arkowitz et S.B. Messer (édit.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York: Plenum Press.
- GITELSON, M. (1952). The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *Int. J. Psychoanal.* 33:1-10.
- GREENBERG, L. S., & WATSON, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210-224.
- GREENBERG, L. S., ELLIOTT, R., & LIATER, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509-539). New York: Wiley.
- GREENBERG, L. S., RICE, L. N., & ELLIOTT, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford.
- GREENSON, R. R. (1960). Empathy and its vicissitudes. *Int. J. Psychoanal.* 41:418-424.
- HORVATH, A. O., & GREENBERG L. S. (1994). *The working alliance*. New York: Wiley.
- JACOBS, L. (1991). Insights from psychoanalytic self-psychology and intersubjectivity theory for Gestalt therapists. *The Gestalt Journal*, XV,2: 25-60.
- JAFFE, D. S. (1986). Empathy, counteridentification, countertransference: a review with some perspective on the «analytic instrument». *Psychoanalytic Quarterly*, 55, 215-243.
- JOHNSON, B., GELLER, J. D., & RHODES, R. (1994). Non verbal profile analysis in psychotherapy: Markers of client-identified misunderstandings. *Psychotherapy Bulletin*, 29, 54-59.
- KAHN, E. (1985). Heinz Kohut and Carl Rogers: a timely comparison. *American psychologist*, 40, 8, 893-904.
- KAHN, E. (1989). Heinz Kohut and Carl Rogers: toward a constructive collaboration. *Psychotherapy*, 26, 4, 555-563.
- KOHUT, H. (1968). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *Psychoanal Study Child* 23:86-113.
- KOHUT, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, International Universities Press.
- KOHUT, H. (1959). Introspection, empathy and psychoanalysis. *J. Am. Psychoanal Assoc.*, 7:459-483.
- KOHUT, H. (1966). Forms and transformations of narcissism. *J. Am. Psychoanal Assoc.*, 14:243-272.
- KOHUT, H. (1971). *The Analysis of the Self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York, International Universities Press.
- KOHUT, H. (1982). Introspection, empathy, and the semi-circle of mental health. *International Journal of Psychoanalysis*, 63 395-407.
- KOHUT, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: The University of Chicago Press.
- KOHUT, H., WOLF, E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment: an outline. *International journal of psycho-analysis*, 59, 413-425.
- LAFFERTY, P., BEUTLER, L. E., & CRAGO, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 57, 76-80.
- LAMBERT, M. J., & BERGIN, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed, pp. 143-149), New York: Wiley.
- LAMBERT, M. J., SHAPIRO, D. A., & BERGIN, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 157-211). New York: Wiley.
- LECOMTE, C., CASTONGUAY, L. G. (1987). *Rapprochement et intégration en psychothérapie*. Montréal: Gaëtan Morin.

- LICHTENBERG, J. D. (1981). Implications for psychoanalytic theory of research on the neonate. *International Review of Psychoanalysis* 8:35-52.
- LICHTENBERG, J. D. (1981). Clinical application of the concept of a cohesive sense of self. *International journal of psychoanalytic psychotherapy*, 8, 85-113.
- LICHTENBERG, J. D. (1983). *Psychoanalysis and Infant Research*. Hillsdale, NJ, Analytic Press.
- LUBORSKY, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatment*. New York: Basic Books.
- MAHLER, M. S., PINE, F., BERGMAN, A. (1975). *The Psychological birth of the human infant: Symbiosis and Individuation*. New York, Basic Books.
- MEARNS, D. & THORNE, B. (1988). *Person centered therapy in action*. CA: Sage publication.
- NORCROSS, J. C., & GOLDFRIED, M. R. (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- ORNSTEIN, A., ORNSTEIN, P. (1985). The process of psychoanalytic psychotherapy: a self-psychological perspective. *Review of Psychiatry*, vol. 9, 323-340.
- OLINICK, S. L. (1969). On empathy, and regression in service of the other. *Brit. J. Med. Psychol.* 42:41-49.
- ORANGE, D. (1995). *Emotional understanding*. New York: Guilford Press.
- ORLINSKY, D. E., & HOWARD, K. I. (1994). Unity and diversity among psychotherapies: A comparative perspective. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Fondations of psychotherapy: theory research and practice*. New York: Oxford University Press.
- ORNSTEIN, P. H., ORNSTEIN, A. (1986). The functional integrity of the self: understanding its disintegration products. *Psychiatric Annals* 16:486-488.
- PATTERSON, C. H. (1984). Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*, 21, 431-438.
- PERLS, F. S. (1973). *The gestalt approach and eye witness to therapy*. New York: Science and Behavior Books.
- PERLS, L. (1970). One gestalt therapist's approach. In J. Fagan & I. L. Shepherd (Eds). *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications*. (pp. 125-129). New York: Harper & Row.
- POLAND, W. S. (1984). On the analyst's neutrality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32:245-268.
- POLSTER, E., & POLSTER, M. (1973). *Gestalt therapy integrated: Contours of theory and practice*. New York: Random House.
- POST, S. L. (1980). Origins, elements, and functions of therapeutic empathy. *Int. J. Psychoanal.* 61:277-293.
- RACKER, H. (1948). The counter-transference neurosis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34:313-324.

- RENIK, O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 213-223.
- ROGERS, C. R. (1951). *Client centered-therapy*. NY: Houghton Mifflin Company.
- ROGERS, C. R. (1968). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- ROGERS, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROWE, C. R., MAC ISAAC, D. (1989). *Empathic attunement: the technique of psychoanalytic self psychology*. Dunmore: Aronson.
- RYCHLAK, J. F. (1981). *Introduction to personality and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- SHARPE, E. F. (1968). The technique of psychoanalysis: seven lectures, 1930, in *Collected Papers on Psychoanalysis*. Edited by Brierley M. London, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, pp. 9-106.
- STERN, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York, Basic Books.
- Tansey, M.J., Burke, W.F. (1989). *Understanding counter-transference: from projective identification to empathy*. Hillsdale, N.J.: The analytic press.
- THORNE, B. (1992). *Carl Rogers*. Newbury Park, CA: Sage publication.
- TOBIN, S. A. (1990). Self psychology as a bridge between existential-humanistic psychology and psychoanalysis. *Journal of humanistic psychology*, 30, 1, 14-63.
- VANAERSCHOT, G. (1997). Empathic resonance as a source of experience-enhancing interventions. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 141-166). Washington, DC: American Psychological Association.
- WARNER, M. S. (1997). Does empathy cure? A theoretical consideration of empathy, processing, and personal narrative. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 125-140). Washington, DC: American Psychological Association.
- WATSON, J. C., Greenberg, L. S. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression: relating process to session change and outcome. *Psychotherapy*, 33, 262-274.
- WINNICOTT, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. New York, International Universities Press.
- WOLFE, B. (1989). Heinz Kohut's self psychology: a conceptual analysis. *Psychotherapy*, 26, 4, 545-553.
- YOUTEF, G. (1995). Gestalt therapy in S. Messer et J. Gurman eds. (*Essential psychotherapy*). New York, Wiley.