

Psychologie et psychothérapie communautaire

E.T. Gendlin¹

Traduction par Solange St-Pierre

Les psychologues sont actuellement divisés sur la question suivante: la psychothérapie est-elle irremplaçable ou est-elle tout simplement obsolète par l'accent mis sur la communauté et sur la restructuration des institutions sociales? Cette manière de poser la question semble nous orienter vers la nécessité de choisir l'une ou l'autre des options. Soit nous ne conservons que la psychothérapie sur rendez-vous, qui est disponible à ceux qui en ont les moyens, soit nous supprimons le processus thérapeutique pour mettre en place de nouveaux modèles communautaires.

L'idée est ici de mettre les psychothérapeutes au défi de trouver des façons d'intégrer les éléments essentiels du processus thérapeutique dans les modèles communautaires de telle sorte qu'ils puissent devenir accessibles à beaucoup plus de gens. La tendance est actuellement de continuer de limiter l'accès à la psychothérapie au plus grand nombre et de la réserver aux mieux nantis comme ça a toujours été le cas. C'est une question d'argent, de lieu de pratique et d'appartenance à la classe moyenne des thérapeutes et de leurs clients. Mais, avec le développement de la psychologie communautaire, ce sera dû au fait que ces pratiques excluent le processus thérapeutique. La plus grande proportion des gens sont encore perdants.

Il est très clair que ce ne sont que des psychothérapeutes qui peuvent développer des modèles communautaires incluant le processus thérapeutique. Mais il est aussi très clair qu'ils ne peuvent le faire seuls. La psychologie communautaire restructure une communauté, une école, un hôpital ou tout ça. Pour y adapter le processus thérapeutique, nous devons savoir ce que sont ces nouvelles structures. Pour y parvenir, les psychothérapeutes et les psychologues communautaires devront travailler ensemble et, en ce moment, ça reste toujours un événement rare.

Les psychologues communautaires ont généralement une formation en sociologie ou en psychologie sociale et ne saisissent pas vraiment ce qu'est la psychothérapie. Ils la perçoivent à travers leurs propres catégories sociologiques. Ils la verront, par exemple, comme un processus d'influence (tel celui des médias de masse). Un psychologue social pour lequel j'ai beaucoup de respect et qui n'est certainement pas familier avec la psychothérapie, la voit comme étant l'acquisition par le patient d'un nouvel «autrui généralisé», ce qui signifie qu'en cas de difficulté il se demandera : «Que ferait mon thérapeute dans cette situation?» Naturellement, si l'on pense la psychothérapie de cette façon, il semble que la restructuration des modèles sociaux et communautaires devra aller au-delà d'un changement de base pour inclure tout ce qu'offre la psychothérapie.

Ma conclusion est qu'en laissant entièrement la psychologie communautaire aux psychologues communautaires, ils vont faire de bien bonnes choses et changer plusieurs modèles sociaux. Ils

¹ Gendlin, E.T. (1968). Psychotherapy and community psychology. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 5(2), 67-72. From http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2135.html

vont changer et réorganiser d'une manière ou d'une autre, la façon dont les gens s'organisent et les replacer ici plutôt que là. Mais ils vont oublier, dans tous ces nouveaux rôles, de mettre en place même une seule personne qui serait disposée à interagir intimement. Personne, dans toutes ces nouvelles activités, ne pourra vraiment écouter, ne serait-ce qu'une heure par mois, les sentiments d'une personne sur ce qui la heurte et l'aider à entreprendre le changement requis.

Les psychologues communautaires vont répondre de deux manières à cette peur de l'intimité. Ils vont d'abord affirmer qu'avec leur nouveau plan, l'intimité sera facilitée pour tout le monde et qu'il ne sera donc pas nécessaire d'avoir des lieux, des temps ou des personnes désignées. Je ne suis pas d'accord. Nous souhaiterons toujours qu'il y ait plus d'intimité entre les gens, mais les psychologues sociaux savent mieux que d'autres que nos comportements sont influencés par les rôles que nous jouons. Lorsque nous avons un lien d'affaire, un lien de club social ou un lien administratif avec quelqu'un, il nous sera difficile d'être dans une interaction offrant plus d'intimité ou d'écoute sans avoir d'abord mis de côté nos rôles, prévu un temps spécifique et choisis d'y mettre l'effort nécessaire.

L'autre réponse qui sera habituellement donnée à cette crainte d'une anomie persistante dans les nouveaux modèles sociaux est que les «sentiments» des gens sont situationnels et que ce ne sont pas que de petites choses contenues dans l'espace intrapsychique. Je suis fortement en accord avec ce point de vue. Lorsque mon ressenti se déploie, que je l'explique et qu'il se révèle à moi, il apparaît toujours que mes sentiments sont en lien avec les situations que je vis, ce que les gens ont fait pour moi, ce que moi je dois faire maintenant, pourquoi je ne peux pas le faire, ce qui m'empêche même d'essayer et ainsi de suite. Mais cette vision situationnelle des «sentiments» ne me conduit pas à conclure qu'il n'est pas nécessaire de travailler avec les sentiments et qu'il faut *plutôt* travailler la situation. Au contraire, il faut admettre que les sentiments *sont* notre façon d'être dans une situation et de manière encore plus évidente lorsque nous sommes confus, troublés, bloqués ou contrariés. Nous ressentons la situation même si ce n'est pas clair et que ça ne peut pas se traduire en actions concrètes ou en mots qui peuvent se dire. Par conséquent, toute personne qui s'intéresse à ce que vivons dans différentes situations devrait aussi s'intéresser à nos sentiments et tout particulièrement lorsque nous sommes perturbés et confus.

La psychothérapie est un processus par lequel un ensemble de sentiments situationnels troublants et obscurs bougent, se déploient, se clarifient et deviennent ainsi un peu plus libres. Dans le sens ressenti, il y a quelque chose qui nous est «donné» de telle sorte que nous parvenons soudainement à dire ce que nous ne pouvions pas dire clairement et à commencer à envisager de possibles actions là où nous étions perplexes. Ce processus de déploiement du sens ressenti, qui est un élément essentiel de la psychothérapie, peut être offert par une personne qui, sans avoir une grande formation, est prête à «écouter» une autre personne à cette place qui n'a pas encore de sens verbal ou d'action cohérente.

Je tiens à souligner ce premier sous-processus de la psychothérapie parce que c'est par la psychothérapie que nous avons pu le connaître et nous y former. En dehors de la psychothérapie, les gens sont invités à ne dire que ce qu'ils peuvent exprimer clairement et à ne pas poursuivre au-delà de ce qu'ils disent ou de ce qu'ils savent clairement. Mais ce n'est qu'en l'écoutant au-delà de ce point qu'une personne peut aller au-delà de ce point. Il faut laisser place à un silence

parfois embarrassant car, sans ce silence, elle ne pourra pas porter attention à ce qui n'est pas encore clair et qu'elle ne peut que ressentir.

Il ne serait pas difficile de former les gens pour ce rôle, pour cette partie essentielle de la thérapie. Bien que nous ne puissions espérer fournir des espaces de consultation thérapeutique dans la communauté, nous pouvons espérer qu'il soit possible de former des gens à offrir, non pas de la thérapie, quelle qu'elle soit, mais certains sous-processus essentiels, tel celui que je viens de définir comme étant «l'écoute d'une personne au-delà du point où les choses sont claires pour elle.»

Il y a plusieurs sous-processus de psychothérapie qui sont facilement définissables et auxquels nous pouvons former les gens à condition que des rôles soient construits pour ces personnes dans les programmes communautaires.

Un autre sous-processus de la psychothérapie est celui de l'honnêteté d'une interaction permettant à tout individu de vivre ses difficultés dans un contexte interactionnel ou il reçoit une réponse. Il peut ainsi, par le reflet bienveillant qu'il reçoit, se percevoir lui-même avec plus de clarté sans se sentir mal et en sachant qu'il peut aller plus loin s'il le souhaite. Il peut alors, tandis qu'on lui répond honnêtement, faire ici et maintenant l'expérience de quelque chose de nouveau et de mieux adapté. Ce type d'interaction requiert, comme le savent tous les thérapeutes, un peu plus de formation et d'expérience que le premier sous-processus que j'ai nommé, mais nous savons qu'il ne requiert pas une formation universitaire. Je veux encore souligner que c'est par la pratique de la psychothérapie que nous l'avons appris et que nos amis de la psychologie communautaire ne le connaissent pas en tant que processus interactionnel pouvant s'apprendre. Ni la sociologie, ni la vie courante n'encourage ce mode d'interaction et les nouveaux programmes institutionnels et sociaux en seront aussi dépourvu que les anciens à moins que nous y introduisions, en toute conscience, des rôles et des temps pour le faire.

Est-il possible d'illustrer par un exemple cette «intégration» d'un sous-processus de psychothérapie dans un programme communautaire? Goodman a entraîné des étudiants avancés à passer du temps avec des élèves de 6^e année qui étaient perturbés. Si ce programme réussit, il pourra être «intégré» en tant que modèle dans le système scolaire. Ce serait une activité régulière pouvant être offerte par des étudiants avancés à des élèves de 6^e. Le programme de Goodman est intégré dans le système scolaire traditionnel, mais ne pourrait-il pas être un programme intégré tout aussi bien aux nouveaux modèles scolaires?

Pour intégrer la psychothérapie et pour élaborer des manières de former les gens à ces sous-processus (plutôt que de les former au modèle de la consultation), nous ne pensons pas en termes de doctorat ou de licence de thérapeute, nous croyons que des gens ordinaires pourraient choisir ces rôles ou être choisis pour ces rôles. Ils ne seront pas des «sous-professionnels». Ce n'est pas une idée viable. Les «sous-professionnels» sont des pseudo-professionnels que l'on ajoute en bout de ligne de notre hiérarchie d'aidants professionnels. Ils nous seraient utiles, mais le salaire serait trop bas et le statut de «sous» ou de «pseudo» ne serait pas très attrayant. Mais encore plus néfaste que ces limitations, il y a l'idée de créer une situation artificielle, un climat tendu et un cadre moins humain. Les thérapeutes professionnels connaissent bien ces difficultés car ils ont à les surmonter. Ainsi, les «sous-professionnels» continueraient d'être dans l'ancien rôle même lorsqu'ils feraient partie d'une nouvelle catégorie de personnel. Je suis favorable à l'ajout de

nouveau personnel, mais il faut aussi leur créer de nouveaux rôles. Dans l'exemple précédent, un nouveau rôle thérapeutique a été créé.

Des études récentes estiment que plus de la moitié de la population a «besoin de psychothérapie». Ce qui signifie que nous n'aurons jamais suffisamment de professionnels. La conclusion qui en découle n'est pas d'en former quelques-uns de plus, mais plutôt de reconnaître que le processus thérapeutique implique quelque chose dont nous avons tous besoin. Doit-on former la moitié du monde en tant que thérapeute? Et si oui, quelle moitié? Si chacun a besoin de relation intime et si chacun souhaite avoir quelqu'un qui soit disponible pour l'écouter lorsqu'il a besoin de travailler une situation qui manque de clarté, pourquoi alors ne pas construire des rôles et des temps à même le tissu social? Mais on ne pourra y parvenir que si on en reconnaît le besoin, qu'on le perçoit comme étant spécifique et définissable et que l'on reconnaît qu'il est possible d'y former des gens.

Les sous processus thérapeutiques ne seront disponibles dans les nouvelles structures sociales que s'ils y sont délibérément intégrés et que des gens aient la possibilité d'y être formés. J'ai toujours affirmé que l'éducation et la formation à de tels processus étaient minimes, mais il en faut tout de même un minimum. Rien ne se fera sans formation, sans effort, sans planification et sans que des rôles y soient associés.

Ce qui est requis c'est la création de nouveaux modèles, de nouveaux rôles que les gens ordinaires pourront apprendre. Le rôle du «grand frère» étudiant mentionné ci-haut en est un exemple. Voici quelques autres exemples: En Illinois, nous voulons former un genre de travailleur communautaire issu des communautés et qui travaillerait à la fois dans le milieu hospitalier et dans les communautés. Ces intervenants pourraient alors commencer à travailler avec les patients encore hospitalisés et, plus tard, les revoir dans leur environnement pour les accompagner dans leur intégration au travail, dans leur communauté religieuse, leur lieu de vie ou leur groupe social. Parce qu'ils travaillent aux deux endroits en même temps mais font partie de la communauté, ces travailleurs peuvent facilement ramener le patient en milieu hospitalier sans rompre le contact. Ils peuvent tout aussi bien tenter d'amener le patient dans la communauté bien avant qu'il soit à strictement parler «prêt pour ça», ce qui lui permet de progresser vers ce but.

Un autre modèle que nous avons exploré (Gendlin 1961; Rogers 1968) est celui du «service accessible». Nous avons constaté que les grands hôpitaux psychiatriques étaient bien pourvus de personnel occupant toutes sortes de fonctions dont aucune n'était d'être à la disposition des patients pour les écouter et leur offrir un certain type d'interaction bénéfique. Il est certain que, parmi les aides, les infirmières, le personnel qualifié, les psychologues, les travailleurs sociaux et les psychiatres, il y en a qui le font, mais ce n'est pas ce qu'ils sont censés faire et ils le font en s'en excusant. En offrant la disponibilité d'une personne en «service accessible», on a pu constater que, pour un service de 24 patients, une personne étant disponible 16 heures par semaine, faisait une grande différence. Les gens ordinaires peuvent apprendre ce rôle.

En réunissant la psychothérapie et la psychologie communautaire dans une même ligne, il nous faudra vaincre les préjugés et les angles morts des psychologues communautaires, mais tout aussi bien et même encore plus ceux des psychothérapeutes. Les psychothérapeutes croient souvent, par exemple, que s'ils ne sont pas en mesure d'offrir un suivi au mieux et de manière constante, il est préférable de ne pas parler au patient, même pour quelques minutes. (Nous savons pourtant

tous qu'une conversation avec une personne aidante sera bénéfique pour un patient interné et isolé. Même s'il ne s'agit que de quelques minutes pendant lesquelles il pourra «faire sens», il est possible qu'un tel événement lui permette une avancée majeure.) Les psychothérapeutes croient aussi, souvent, que leur compétence exige tellement de formation qu'ils devraient être les seuls autorisés à faire ce qu'ils font. Ils s'imaginent qu'une forte supervision sera nécessaire pour que des rôles associés à la psychothérapie soient accessibles aux personnes ordinaires. (Ils craignent cependant pour leur emploi. Mais, avec des milliers de personnes à encadrer, les thérapeutes ayant reçu une formation plus poussée seront plus en demande que jamais). Mais surtout, les psychologues cliniciens sont formés pour pratiquer dans un bureau, même dans leur salle d'attente ils sont souvent très mal à l'aise et c'est encore plus difficile dans la communauté ou dans une formule de service ouvert ou une rencontre de groupe. (Mais il est possible de dépasser ce malaise en étant prêt à vivre l'inconfort et le sentiment d'être inutile pendant une courte période leur permettant d'apprendre les habiletés requises.)

Il y a aussi des préjugés théoriques à surmonter. Plusieurs thérapeutes croient que la thérapie peut tout faire : si le patient parvient à se sentir mieux, il trouvera un emploi, une femme, une maison, des amis et ainsi de suite. Ils croient qu'Ho Chi Minh et Johnson pourraient s'asseoir ensemble et, avec l'aide d'un thérapeute, parvenir en peu de temps à «se comprendre mutuellement» de telle sorte que nous vivions en paix. Il manque ici, non seulement la nature situationnelle des «émotions» dont j'ai parlé plus haut, mais aussi tout le niveau structurel. Il faut comprendre que les gens pauvres ne sont pas seulement porteurs de problèmes psychologiques. Ils sont confrontés à une situation invivable incluant à la fois leur manière d'être et la situation dans laquelle ils vivent. Les personnes en recherche d'emploi ont besoin d'être aidées sur un plan comme sur l'autre, sans quoi ils ne pourront ni trouver, ni conserver un emploi. Il y a des raisons économiques, raciales, communautaires et familiales qui font qu'un homme ne peut pas trouver d'emploi. Il y a un niveau structurel d'analyse. La thérapie ne résout pas les problèmes économiques. Elle ne résout pas non plus les problèmes structurels.

Prenons maintenant l'exemple de la négociation patronale/syndicale où, là aussi, le niveau structurel est souvent ignoré par les psychologues. Certains croient qu'une sorte d'aide thérapeutique pourrait, par un processus de gestion de conflit, éviter qu'une grève soit déclenchée. Mais la négociation patronale/syndicale est un processus social dont la structure se développe au fil du temps. Les négociateurs se doivent de faire d'abord des demandes auxquelles il est pratiquement impossible de répondre. Il y aura ensuite une période de «mouvance globale» où les deux parties prenantes vont apprendre à se sentir. Puis, une zone d'accord possible sera perçue et il y aura un échange d'information sur ce qui pourrait être pris en considération. Lorsque les deux parties seront très proches d'un accord, il devra d'abord y avoir une crise. Sans cette crise, aucune des parties ne pourrait avoir la certitude d'avoir amené l'autre le plus loin possible et les travailleurs ne pourraient être sûrs qu'ils n'ont pas été vendus. En confiant la situation à une personne orientée vers les processus thérapeutiques, (surtout si cette personne ignore la structure prédéterminée du rituel de négociation), elle empêchera le processus de se dérouler adéquatement, il ne pourra y avoir d'accord, ou ce sera un accord inacceptable pour l'une ou l'autre des parties et il y aura une grève (Douglas, 1957).

La psychothérapie seule ne pourra pas sortir les patients des hôpitaux psychiatriques. Les thérapeutes œuvrant dans les hôpitaux psychiatriques, ont douloureusement constaté depuis de

nombreuses années que pour qu'un seul patient se rétablisse, ils devaient travailler avec le patient, les aidants, le personnel infirmier, l'administration, la famille du patient et les professionnels engagés dans le processus afin d'amener le patient à commencer une démarche alors qu'il «n'est pas prêt», les travailleurs sociaux à parler de libération alors que le patient n'est pas encore prêt, en incluant dans sa démarche la personne ressource de la communauté, l'attitude de la communauté (il a brûlé une grange il y huit ans et ils ne veulent plus le voir), un éventuel employeur, etc.

Les psychothérapeutes poussent un profond soupir et reconnaissent que, pour qu'un patient aille mieux «c'est tout le système qu'il faut changer». Ce qu'ils veulent dire par là est que c'est impossible..., mais c'est exactement ce que la psychologie communautaire tente de faire.

Il existe des raisons structurelles qui font qu'un hôpital, de par sa nature, va garder les patients dans l'état où ils sont. Les thérapeutes sont susceptibles de ne pas considérer ces faits et de ne voir que le besoin de thérapie des membres du personnel. Cependant, même si l'on offre une thérapie à une infirmière en difficulté, elle ne pourra que quitter cet hôpital pour aller travailler ailleurs et l'hôpital restera ce qu'il est. Restructurons même l'idée d'«hôpital» et mettons en place de petits centres communautaires où les personnes en difficulté pourront être accueillies. Les infirmières ne pourraient plus ignorer les patients et ne s'adresser qu'à d'autres infirmières car il n'y aurait qu'une seule infirmière. Il n'y aurait peut-être même pas de rôle d'«infirmière». Dans un tel contexte, le «psychologue» ne serait pas là pour faire passer des tests ou pour offrir des consultations dans son bureau. Il n'y aurait peut-être même pas de rôle de «psychologue», mais plutôt des membres de la communauté formés pour aider le patient avec l'ensemble de sa situation et qui auraient appris des «sous-processus» de type psychothérapeutique. Mais ça ne fonctionnera pas non plus s'il n'y a que la petite clinique qui remplace le grand hôpital, le «dehors dans la communauté» qui prend la place du «ils doivent rester internés pour toujours» ou s'il n'y a que des clubs sociaux et des formations professionnelles.

La thérapie de groupe est un sous-processus contribuant de façon majeure et dont je n'ai pas encore parlé, en grande partie parce que ce sous-processus est déjà bien connu. J'en parlerai pour illustrer la manière dont il est possible de récupérer certains éléments essentiels de la psychothérapie pour y former des personnes, sans qu'elles ne s'engagent à long terme, exclusivement, en mettant l'accent sur la psychologie et en aussi petit nombre que ce qu'implique la psychothérapie. De la thérapie de groupe ont découlés les T-group, les groupes marathon, les groupes de rencontre, les groupes de sensibilité et les groupes de réflexion... utilisant tous un élément essentiel de la thérapie de groupe, soit la manière dont les gens réagissent les uns aux autres et la prise de conscience de leurs interactions. Il est maintenant bien connu qu'il n'est pas nécessaire de plonger exclusivement dans les troubles de la personnalité intrapsychiques pour bénéficier de ce type de processus de groupe. À titre d'exemple, un groupe de sensibilisation pour hommes passera toute une journée à émettre des idées et des avis sur la manière de répondre à l'autre (ils proposeront toutes sortes d'idées sans souci de leur résonance). Dans cette sorte de groupe, la conscience de soi s'apprend par l'interaction en cours et non par ce que les personnes révèlent à propos d'eux.

Mais jusqu'à présent de tels groupes sont rarement disponibles en continu, dans un mode de soutien de vie et de travail en commun. Le modèle actuel est celui de l'atelier de weekend ou du

cours de six semaines où l'accent porte sur la formation plutôt que sur la vie. Je crois cependant que le temps viendra où les communautés s'organiseront en petits groupes de références dans lesquels les gens ordinaires pourront s'offrir les uns les autres des sous-processus thérapeutiques. Ce n'est que par ce mode que l'action communautaire pourra soutenir et renforcer les gens plutôt que de les inviter à d'ennuyeuses réunions drainant le peu d'énergie dont ils disposent. En ce moment, une des principales plaintes des organisateurs communautaires est d'anticiper que les pauvres ne viendront pas. Mais les pauvres ne peuvent pas se permettre un genre d'activité qui ne les fait pas avancer et ne leur offre pas un soutien immédiat. Encore ici, le niveau structurel et politique, tout en étant tout à fait essentiel, exige des sous-processus psychothérapeutiques interhumains qui sont tout aussi essentiels mais qui doivent être adaptés aux modèles structurels en vigueur ou planifiés.

La psychologie communautaire est un nouveau domaine où l'on discute et expérimente de nouvelles manières de faire. Voici un tableau présentant les modèles selon deux continuums : (1) Dans quelle mesure un programme peut-il rejoindre la communauté? (2) Quelles sont les nouvelles populations impliquées?

- 1) Les programmes suivants sont classés du moins apte au plus apte à rejoindre la communauté
 - a) Un centre intégré à la communauté référant les gens aux services de santé de la ville. (Dans ce modèle non pas tous mais deux ou trois professionnels de la santé mentale restent dans leur milieu et continuent à travailler de la même manière).
 - b) Un centre de prévention de crise et de suicide est mis sur pied pour, à toute heure du jour ou de la nuit, référer les gens à un service professionnel préétabli. (Dans ce modèle, les professionnels de la santé mentale restent à l'intérieur).
 - c) Un centre envoie des consultants dans les organisations, les écoles, les prisons et les organismes communautaires. (Le professionnel de la santé mentale appartient alors à son organisation tout en œuvrant à un endroit particulier de la communauté).
 - d) Un programme communautaire a, parmi son personnel, des professionnels de la santé mentale qui élaborent de nouveaux programmes de services au sein de la communauté. (Dans ce modèle, la communauté a au moins un contrôle partiel et les programmes développés sont plus intégratifs, tel un programme d'intégration à l'emploi incluant des services thérapeutiques et économiques.)
 - e) Les professionnels qui œuvrent dans le contexte des groupes et des communautés offrent de la formation aux membres de la communauté en les invitant à être, pour un temps, des «co-thérapeutes». Parmi ceux qui ont suivi la formation, certains vont développer par eux-mêmes une certaine compétence ajoutant ainsi des ressources à la communauté. (Dans ce modèle, l'accent porte sur la formation de la population locale plutôt que de faire appel à des ressources externes.)
 - f) Les institutions communautaires sont elles-mêmes restructurées; il est possible, par exemple qu'un «hôpital» soit scindé en nouvelles catégories qui ne seront plus considérées du tout comme étant des hôpitaux, mais deviennent plutôt des foyers d'accueil soutenus par une maison de transition ou un centre communautaire offrant quelques lits, et une vie familiale à des personnes n'étant plus considérées comme des patients avec lesquels on travaille. Une école pourrait très bien être restructurée pour devenir le centre d'une communauté incluant les parents et les enfants et la

ligne de division entre les enseignants, les parents, les conseillers, etc. disparaîtrait au profit des nouveaux rôles qui pourraient se créer.

- g) De nouveaux modèles institutionnels sont entièrement mis en place plutôt que de restructurer les anciens. Dans une ville de ma connaissance, par exemple, tous les gens d'un même voisinage font partie d'un petit «groupe de processus» qui est en fait une nouvelle «institution». Nous avons une sorte d'«institution», nommée comme étant l'amitié, qui modélise et explique nos relations avec certains individus et nous considérons que tout le monde devrait avoir un ami. Dans cette communauté c'est le «groupe de processus» qui est la norme pour tous. Cette communauté en est venue à mettre en place des services financiers et commerciaux par ses propres moyens et, par sa force, elle a influencé la législation.

- 2) La deuxième voie pour organiser les nombreux plans et projets actuels consiste à se demander quels nouveaux segments de la population y seront impliqués.

Ce questionnement devra inclure autant les personnes qui vont recevoir le service que celles qui vont l'offrir. Les nouveaux programmes s'adressent à des populations en difficulté (toxicomanes, handicapés mentaux, alcooliques, personnes âgées, prisonniers, délinquants, gangs de rue, sans emploi, enfants en difficulté d'apprentissage, mères célibataires). La formation aux compétences thérapeutiques (quel que soit le nom qu'on leur donne) est offerte aux gestionnaires, aux enseignants, aux ministres du culte (qui gardent leur rôle d'origine mais le font avec une plus grande sensibilité). Mais elle peut aussi être offerte à ceux des classes défavorisées ayant moins d'instruction et qui représentent la communauté, les femmes au foyer ou les volontaires de toutes sortes (desquels on attendra qu'ils jouent un rôle sous-professionnel). Mais, comme je l'ai déjà dit, il sera particulièrement approprié de ne pas faire de ces rôles des imitations de rôles professionnels. Ce seront de nouveaux rôles destinés à de nouveaux segments de la population. Chaque individu occupe, dans la société, de nombreux rôles selon le lieu et le moment. À un certain moment, ces temps et ces lieux, dédiés aux sous-processus thérapeutiques, pourront être étendus à tous.

Les rôles des clients, des personnes offrant un service ainsi que celui des services d'entraide peuvent être adaptés de différentes manières.

Les nouveaux programmes et les nouvelles populations que j'ai répertoriés ici offrent aux psychothérapeutes de belles opportunités pour développer des modèles qui rendront accessibles les aspects les plus essentiels de la psychothérapie. Tout ce qui est requis est la création de temps et de lieux pour exercer ces rôles thérapeutiques.

Les deux continuums de ma présentation (nouveaux programmes et nouvelles populations impliquées) se rejoignent au sommet là où les nouveaux programmes communautaires incluent tous ceux qui le veulent et qui le peuvent.

Les processus psychothérapeutiques, une fois spécifiés, se doivent d'être intégrés dans le tissu social dans des modèles accessibles à tous. Sinon, le «changement de structure sociale» ne conduira qu'à une réorganisation des gens, tout en maintenant l'aliénation telle qu'elle est.

RÉFÉRENCES

CHRISTMAS, J.J. "Sociopsychiatric Treatment of Disadvantaged Psychotic Adults." *American Journal of Orthopsychiatry*, 37, 93-100, January 1967.

[DOUGLAS, A.](#) "The Peaceful Settlement of Industrial and Intergroup Disputes." *Conflict Resolution*, 1, 71-81, March 1957.

FISHER, W. "Social Change as a Therapeutic Tool in a Closed Institution." *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2, 121-126, October 1965.

[GENDLIN, E.T.](#) "Initiating Psychotherapy with 'Unmotivated' Patients." *Psychiatric Quarterly*, January, 1961

GENDLIN, E.T. "Psychologists and Government Programs." *The Clinical Psychologist: Readings on Background, Roles and Functions*. Lubin & Levitt, Eds. Chicago: Aldine, 1967.

GENDLIN, E.T. "The Process Conception" and other chapters. *The Therapeutic Relationship and its Impact*. Rogers, Ed. Madison, Wisc.: Univ. of Wisc. Press, 1967.

GENDLIN, E.T. "The Experiential Response." *Interpretation in Therapy—Its Role, Scope, Depth, Timing and Art*. Hammer, Ed. New York: Grune & Stratton, 1968.

GENDLIN, E.T. & BEEBE, J., III. "Experiential Groups: Instructions for Groups." *Innovations to Group Psychotherapy*. Gazda, Ed. Springfield, Ill.: Thomas, 1968.

GENDLIN, E.T., KELLY, J.J., RAULINAITIS, V.B. & SPANER, F.E. "Volunteers as a Major Asset in the Treatment Program." *Mental Hygiene*, 50, 421-427, July 1966.

[GOODMAN, G.](#) "Companionship as Therapy: The Use of Nonprofessional Talent." *New Directions in Client-Centered Psychotherapy*. J.T. Hara and T.M. Tomlinson, Eds. New York: Houghton Mifflin (in press).

HALLOWITZ, E., & RIESSMAN, F. "The Role of the Indigenous Nonprofessional in a Community Mental Health Neighborhood Service Center Program." *American Journal of Orthopsychiatry*, 37, 766-778, July 1967.

MEYERS, J.K. & ROBERTS, B. *Family and Class Dynamics in Mental Illness*. New York: Wiley, 1964.