

Utilisation de l'Inventaire du Tempérament et du Caractère pour décrire l'efficacité de la Gestalt-thérapie

Jean-Luc Vallejo*, Benjamin Calvet**, Jean-Pierre Clément**

** Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) U1094,
Institut de Recherche pour le Développement (IRD) UMR270, Univ. Limoges, CHU Limoges.
Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte, de la Personne Âgée et d'Addictologie,
Centre hospitalier Esquirol, Limoges, France, Centre mémoire de ressources et de recherche du
Limousin, centre hospitalier Esquirol, Limoges, France,
* Institut Limousin de Formation et de Gestalt-Thérapie, Limoges.

Si en tant que praticiens, formateurs, superviseurs en Gestalt-Thérapie, nous avons pu constater les effets bénéfiques de la Gestalt-thérapie (GT) chez nos clients, chez nos élèves, et bien sûr chez nous-même et nos collègues, les évaluations de l'efficacité de la GT demeurent très rares. Nous n'avons eu jusqu'ici que des données subjectives à présenter à la communauté scientifique et au grand public sur l'efficacité de notre pratique. Les études privilégient généralement les enquêtes narratives avec une analyse des données impliquant la réduction, la synthèse et la reconfiguration des récits des patients [1-4]. Quant aux évaluations sur l'efficacité elle-même de la GT, elles sont principalement qualitatives [5, 6] et portent souvent sur la fidélité, l'adhésion aux thérapeutes [7,8] et la sensibilité esthétique [9- 11]. Seule la méthode CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation–Outcome Measure) a été utilisée pour mesurer le niveau de détresse des patients séance par séance, mais elle est davantage axée sur la comparaison de l'efficacité des thérapeutes [12, 13].

Nous avons donc aujourd'hui le plaisir de vous informer que le 26 septembre 2025, est parue une publication à propos de notre étude sur l'évaluation de la Gestalt-thérapie, l'étude THEGETCI, dans une revue scientifique internationale, *Frontiers in Psychiatry*, avec le titre : *Use of the Temperament and Character Inventory to describe the effectiveness of Gestalt therapy* (Utilisation de l'Inventaire du Tempérament et du caractère pour décrire l'efficacité de la Gestalt-thérapie).[14]

1. La démarche

C'est d'une collaboration et d'une réflexion commune de Gestalt-thérapeutes des écoles de Limoges (ILFG) et de Rennes (Gestalt+), et de psychiatres du service hospitalo-universitaire de psychiatrie de Limoges, qu'est née en 2013 l'idée d'un projet d'évaluation scientifique de la Gestalt-thérapie sous la direction du Pr Jean-Pierre Clément et du Pr Benjamin Calvet, l'étude THEGETCI (Thérapie, Gestalt, Temperament and Character Inventory).

La finalité de notre étude nous a été inspirée par les fondateurs de la GT qui écrivaient en 1951 : « Lorsque le comportement interpersonnel est névrotique, la personnalité est constituée d'un certain nombre de conceptions de soi erronées, d'introjects, d'idéaux du soi, de masques, etc. Mais une fois la thérapie terminée (et cela s'applique à toute méthode thérapeutique), la personnalité constitue une sorte de cadre d'attitudes permettant de se comprendre soi-même et pouvant être utilisé dans tout type de comportement interpersonnel » [15]. Même si la Gestalt-thérapie présente le soi comme un ensemble de trois fonctions : le ça, le moi et la personnalité, qui constituent « les stades majeurs de l'ajustement créateur et de la croissance » [15], l'évaluation de la personnalité, et en particulier de ses changements, avant puis après traitement, permet d'évaluer les progrès dus au processus de la thérapie en Gestalt, chez des patients/clients ne présentant pas de psychopathologies majeures. Pour les Gestalt-thérapeutes, la personnalité est « la figure créée que le soi acquiert et assimile dans l'organisme, l'unissant aux résultats du développement antérieur » [15]. Elle se construit au fil de nos expériences de contact depuis notre naissance. Elle englobe les représentations que nous pouvons avoir de nous-mêmes, des autres et du monde, y compris les comportements habituels que nous adoptons face aux stimuli internes ou externes, qui peuvent parfois être répétitifs, insatisfaisants, voire pathologiques [16, 17].

Cette étude consistait à évaluer les évolutions éventuelles qu'une série de séances de Gestalt-thérapie pourraient entraîner sur la personnalité, telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé : « Les schémas de pensée, de sentiment et de comportement enracinés caractérisant le mode de vie et d'adaptation unique d'un individu, et résultant de facteurs constitutionnels, du développement et de l'expérience sociale ». Pour Perls et Goodman, la personnalité est une sorte de « copie verbale du soi ». Pour eux, « la personnalité est le système d'attitudes assumées dans les relations interpersonnelles, c'est l'hypothèse de ce que l'on est, servant de base à l'explication de son comportement, si une explication nous en était demandée » [15]. Forts de cette définition, nous avons opté pour un outil scientifique d'évaluation dimensionnelle de la personnalité : le Temperament and Character Inventory (TCI) de Cloninger [18].

Au début des années 90, C. Robert Cloninger [19] propose une théorie biopsychosociale intégrative de la personnalité, qui s'articule autour de deux composantes fondamentales et de leur interaction : le tempérament, incluant quatre dimensions déterminées génétiquement, et le caractère comprenant trois dimensions, facteurs épigénétiques correspondant au degré de maturation et d'adaptation du sujet sous l'influence de l'environnement et de l'apprentissage. Les quatre dimensions tempéramentales sont liées à la réponse immédiate des humains aux stimuli environnementaux fondamentaux (danger, nouveauté, punition, et récompense) et à des émotions de base observables dans différentes cultures (peur, colère, joie, tristesse). Le caractère, en revanche, est décrit comme une réponse à différents aspects selon la propre identité, la culture ou l'expérience personnelle de chacun (avec des différences individuelles en termes de valeurs, de conscience de soi, et de sentiments égo-syntones telles que la honte, la culpabilité ou l'empathie). Les aspects du soi correspondent à la façon dont le soi s'identifie en tant qu'individu autonome, partie intégrante de la société et partie intégrante de toute chose (l'univers). Le caractère est la structure cognitive et existentielle du soi. Les trois dimensions caractérielles sont considérées comme susceptibles d'évolution tout au long de la vie sous l'influence des processus d'apprentissage, y compris les processus psychothérapeutiques.

Au sein du tempérament, la Recherche de Nouveauté (RN) est considérée comme liée au système d'activation comportementale (en réponse à la nouveauté et aux signaux de récompense ou d'évitement de la punition). La Recherche de Nouveauté (RN) reflète la tendance à rechercher de nouvelles sensations fortes à partir de stimuli inconnus et de signaux de récompense. L'Évitement du Danger (ED) est lié au système d'inhibition comportementale (en réponse aux signaux de punition ou de non-récompense) et correspond à la tendance à répondre aux stimuli aversifs par l'inhibition afin d'éviter la souffrance, la punition et la frustration. La Dépendance à la Récompense (DR) est liée au système de maintien comportemental (comportements maintenus sans renforcement), elle est associée à une attitude sentimentale, chaleureuse, attachée et fidèle, par opposition à une attitude de repli sur soi et de froideur. La DR reflète la tendance à répondre systématiquement aux signaux de récompense et à éviter la punition. La Persistance (P) est liée à la persévérance, c'est-à-dire la capacité à poursuivre un comportement sans en considérer les conséquences en l'absence de renforcement immédiat, malgré la fatigue et la frustration.

Au sein du caractère, la Détermination (D) désigne la capacité d'un individu à contrôler, réguler et adapter son comportement en fonction d'objectifs et de valeurs choisis. D correspond à la maturité individuelle, c'est-à-dire la capacité à adapter son comportement en fonction de ses valeurs et de ses orientations personnelles, ce qui englobe la volonté de réussir, l'efficacité personnelle et l'estime de soi. La Coopération (C) se rapporte à la tendance à la tolérance sociale, à l'empathie, à la compassion et à l'entraide. C reflète la maturité sociale, caractérisée par les relations interpersonnelles et la conscience sociale, ainsi que par l'acceptation d'autrui. La Transcendance (T) reflète la maturité spirituelle,

désignant la réalisation spirituelle et la capacité à la méditation et à la pensée non matérialiste qui permettent à l'individu de se représenter l'univers [20].

Cloninger et al. ont proposé plusieurs versions du TCI [21, 22]. La version utilisée dans cette étude était une version abrégée composée de 125 questions auto-déclarées de type vrai/faux (oui/non) (TCI-125). Comme dans l'inventaire original, la section Tempérament du TCI-125 comprend 20 items pour la Recherche de Nouveauté (N), 20 pour l'Évitement du Danger (ED), 15 pour la Dépendance à la Récompense (RD), et 5 pour la Persistance (P) ; la section Caractère comprend 25 items pour la Détermination (D), 25 pour la Coopération (C), et 15 pour la Transcendance (T). Chaque dimension comporte une à cinq facettes ; ainsi, 25 facettes ont également été mesurées comme sous-échelles des sept principaux scores du TCI (Tableau 1).

Tableau 1. Dimensions et facettes du Temperament and Character Inventory à 125 items (1993) [22]

Dimensions	Tempérament				Caractère		
	RN	ED	DR	P	D	C	T
Facettes ou sous-dimensions	Besoin de changement (RN1)	Inquiétude (ED1)	Sentimentalité (DR1)	Persévérance	Sens des responsabilités (D1)	Tolérance sociale (C1)	Sens du spirituel (T1)
	Impulsivité (RN2)	Peur de l'inconnu (ED2)	Attachement affectif (DR3)		Volonté d'aboutir (D2)	Empathie (C2)	Détachement de soi (T2)
	Dépenses (RN3)	Timidité (ED3)	Besoin de soutien (DR4)		Ressources individuelles (D3)	Solidarité (C3)	Croyance universelle (T3)
	Anticonformisme (RN4)	Fatigabilité (ED4)			Acceptation de soi (D4)	Indulgence (C4)	
					Habitudes bénéfiques (D5)	Probité (C5)	

RN : Recherche de Nouveauté ; ED : Évitement du Danger ; DR = Dépendance à la Récompense ; P : Persistance ; D : Détermination ; C : Coopération ; T : Transcendance.

Chaque facette correspond à deux pôles opposés au sein de la même dimension, permettant d'évaluer des niveaux dimensionnels supérieurs ou inférieurs selon la proximité de l'un ou l'autre pôle.

- Pour la dimension Recherche de Nouveauté (RN), un score élevé pour la facette Besoin de changement (RN1) indique un plaisir des situations inconnues et une tendance à rechercher la nouveauté, les sensations fortes et l'aventure. Un score élevé pour la facette Impulsivité (RN2) suggère un faible contrôle des impulsions, des prises de décision hâtives et une distractibilité élevée. Pour la facette Dépenses (RN3), un score élevé est lié non seulement à des dépenses excessives d'argent, mais aussi d'énergie ou d'émotions. Un score élevé pour la facette Anticonformisme (RN4) est associé à l'irritabilité et à la désorganisation.

- Pour l'Évitement du Danger (ED), une facette Inquiétude (ED1) au score élevé indique une anxiété ou un pessimisme, l'attente d'un danger ou d'un échec dans des situations relativement sûres, ainsi que la rumination continuelle des expériences négatives antérieures. Une Peur de l'inconnu (ED2) élevée reflète un malaise face à l'ambiguïté et à des circonstances inconnues perçues comme menaçantes. Une Timidité (ED3) élevée avec les étrangers indique une faible confiance en soi en société. Enfin, une Fatigabilité (ED4) et une asthénie élevées sont liées à un manque d'énergie et à une susceptibilité à l'épuisement.
- Pour la Dépendance à la Récompense (DR), une Sentimentalité (DR1) élevée indique un fort degré de réactivité émotionnelle et d'attrait pour les situations affectivement fortes, une sensibilité émotionnelle et de la compassion. Un score important d'Attachement affectif (DR3) reflète une préférence pour la proximité relationnelle, le partage d'expériences et la création de liens chaleureux et durables. Enfin le Besoin de soutien (DR4) élevé souligne une forte dépendance à autrui dans différents domaines (prise de décision, point de vue...) ainsi que le besoin de protection et la sensibilité à la critique.
- Pour la Détermination (D), un Sens des responsabilités (D1) élevé reflète l'autonomie et la capacité du sujet à assumer ses choix et ses comportements, plutôt que d'en rejeter la charge sur d'autres ou sur les circonstances. Une Volonté d'aboutir (D2) forte marque la détermination à réaliser ses objectifs personnels à long terme afin de progresser vers un but. Un score élevé de Ressources individuelles (D3) reflète la capacité à résoudre les problèmes, l'esprit d'entreprise et l'ingéniosité. Une Acceptation de soi (D4) élevée traduit la bonne connaissance de ses capacités et de ses limites, sans insatisfaction excessive notamment par rapport à autrui. Enfin une facette Habitudes bénéfiques (D5) au score élevé souligne l'acquisition par l'expérience d'habitudes utiles et efficaces dans de nombreuses situations, congruentes aux valeurs et aux objectifs du sujet.
- Pour la Coopération, une facette Tolérance sociale (C1) élevée traduit la capacité à accepter les différences comportementales, éthiques, intellectuelles et physiques. Une forte Empathie (C2) reflète les capacités d'écoute et de respect d'autrui, permettant au sujet de s'identifier à l'autre et de ressentir des émotions partagées, en mettant de côté ses propres jugements. Une Solidarité (C3) élevée traduit le niveau de générosité, l'intérêt pour la collectivité, la capacité à travailler en groupe et à se mettre au service des autres. Un score important de la facette Indulgence (C4) reflète une attitude ouverte, charitable, et pacifique sans esprit de revanche en dépit d'éventuelles malveillances d'autrui. Un score de Probité fort (C5) reflète un important niveau d'honnêteté et de scrupule social, d'éthique, avec une attitude désintéressée.
- Pour la Transcendance (T), un fort Sens du spirituel (T1) décrit un degré important d'adhésion du sujet aux phénomènes non rationnels (miracles, perceptions extrasensorielles, intuition...). Un haut score de la facette Détachement de soi (T2) reflète la disponibilité de l'individu à l'égard d'états de méditation ou de transe, ou plus simplement de flottement, de fascination ou de rêverie. Enfin, un score de Croyance universelle (T3) élevé peut indiquer l'identification du sujet à la nature ou à un tout, avec l'impression d'être partie prenante d'un seul organisme vivant universel, ou plus simplement une implication marquée dans des activités collectives avec un esprit de sacrifice (lutte contre les injustices, protection de l'environnement...). Elle peut parfois impliquer une pensée magique qui devient dangereuse si elle coupe le sujet de la réalité.

L'objectif principal de cette étude était de démontrer que les dimensions du caractère, susceptibles d'évolution, mais également que les dimensions de tempérament et les affects changent sous l'effet de la GT. L'objectif secondaire était de démontrer que ces changements sont spécifiquement liés aux motifs des demandes d'une aide psychothérapeutique et aux alternatives psychothérapeutiques spécifiques que

la GT peut offrir aux différents types de souffrances ou de troubles qui génèrent ces motifs. C'est pourquoi les résultats pour chaque type sont présentés séparément.

2. Matériels et méthodes

2.1. Conception de l'étude et participants

Thérapie Gestalt TCI (THEGETCI) est une étude observationnelle, longitudinale et prospective. Les investigateurs étaient des Gestalt-thérapeutes qui ont été informés sur la finalité de l'étude (promouvoir la Gestalt-thérapie) ses objectifs (montrer son efficacité), et ses méthodes. Ils ont été recrutés grâce à un réseau de professionnels mobilisés par l'Institut de Formation et Gestalt-thérapie de Limoges et du Centre de Formation Gestalt-plus de Rennes. Ils étaient répartis sur l'ensemble du territoire national, et étaient tous titulaires du Certificat Européen de Gestalt-thérapie, ou diplômés de troisième cycle d'instituts de Gestalt accrédités et certifiés par des organismes professionnels français et/ou européens (FF2P, Fédération Française de Psychothérapie et de Psychanalyse ; EAGT, Association Européenne de Gestalt-thérapie ; et EAP, Association Européenne de Psychothérapie). Cette étude a été approuvée par le Comité de Protection des Personnes de Limoges, référence : CPP16-009/ 2015-A01208-41).

Les thérapeutes étaient rémunérés par leurs clients, mais leur participation à l'étude était volontaire et non rémunérée. Ils devaient recueillir des informations sur les patients (âge, sexe, niveau d'études et traitements habituels) et décrire brièvement les raisons des demandes de psychothérapie des clients. La file active des clients des psychothérapeutes gestaltistes est principalement composée de personnes souffrant de troubles anxieux et dépressifs légers à modérés [23, 24], souvent associés à des problèmes névrotiques, des problèmes d'estime de soi, de perte, de deuil et de séparation. Les auteurs ont examiné les problèmes mentionnés par les patients, ainsi que les symptômes et les comportements identifiés par le psychothérapeute et les ont classés selon la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10, 10e révision) en six catégories : problèmes névrotiques (F43.0 et F43.1), problèmes émotionnels (F32.0, F32.1, F41.0, F41.1 et F41.2), problèmes d'estime de soi (F60.30, F60.31 et F60.8), problèmes psychosomatiques (F45.0 et F45.1), détresse liée au deuil et à la perte (F43.2) et autres problèmes. Ces questions ont été examinées séparément afin d'orienter les stratégies thérapeutiques.

À la suite d'un entretien semi-structuré, les thérapeutes ont inclus les clients répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion et ont proposé un programme psychothérapeutique composé de 33 séances d'une heure (minimum de 12), espacées sur plusieurs mois, d'une durée maximale de 2 ans. Lors de la première séance, les cliniciens ont rempli une note d'observation et ont demandé aux patients de répondre à des questions relatives à la personnalité, et à l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) afin d'évaluer les affects anxieux et dépressifs des clients. Le thérapeute et le patient ont évalué indépendamment la détresse psychologique à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) de 0 à 10 points.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : patients de sexe masculin ou féminin âgés de 18 ans ou plus, affiliés à l'assurance maladie, diagnostiqués avec des troubles de l'humeur (F32–F39), excluant les troubles bipolaires et les épisodes maniaques, potentiellement associés à un trouble anxieux (F41.0, F41.1 et F41.2) selon les critères de la CIM-10, et présentant une sévérité légère à modérée, sans intention suicidaire. Tous les patients ont reçu des explications orales et écrites sur l'étude. Les participants ont fourni un consentement libre, éclairé et écrit. Les critères d'exclusion étaient les suivants : troubles psychotiques, comportement addictif à une ou plusieurs substances, déficits cognitifs suggérant des troubles neurocognitifs, et bénéficiaires d'un statut de protection juridique (curatelle, tutelle).

Il n'y avait aucune limite quant au nombre de clients inclus pendant la période de recrutement d'un an.

Sur les 59 Gestalt-thérapeutes (432 clients), 53 ont finalisé 319 cas (77 %). Les principales raisons de non-achèvement étaient l'abandon (patient quittant la psychothérapie avant 12 séances pour des raisons personnelles, familiales ou professionnelles) et la perte de vue (patient quittant la psychothérapie sans explication et n'ayant plus donné de nouvelles).

2.2. Instruments de mesure et procédure

Le développement individuel par la psychothérapie a été évalué à l'aide de divers outils. L'instrument principal était le TCI à 125 items, traduit et validé en français [25, 18]. Les analyses étaient basées sur les scores totaux pour chaque dimension et facette (sous-dimension). Tous les scores bruts ont été pondérés (sur 100) pour plus de lisibilité.

L'anxiété et la dépression ont été évaluées à l'aide de la version française de l'HAD [26,27], un questionnaire d'auto-évaluation composé de 14 items cotés de 0 à 3 : 7 pour l'anxiété (A) et 7 pour la dimension dépressive (D), chaque sous-échelle étant notée de 0 à 21. Pour chacun des deux scores, A et D, l'interprétation est la suivante : ≤ 7 : absence de symptomatologie ; 8 à 10 : symptomatologie douteuse ; ≥ 11 : symptomatologie certaine.

L'échelle visuelle analogique (EVA) a été utilisée pour évaluer les états psychologiques subjectifs tels que la détresse et la souffrance morale. Il s'agit d'une mesure simple, rapide et mono-item : les patients marquaient leur état perçu sur une ligne visuelle, tandis que les thérapeutes enregistraient leur impression clinique globale. L'échelle EVA permet également d'évaluer les changements d'état. Elle est constituée d'une ligne ancrée entre deux extrêmes : « pas de détresse » à l'extrême gauche et « détresse extrême » à l'extrême droite [28,29]. Le patient et le thérapeute ont marqué le point correspondant à l'intensité perçue. Les scores ont été calculés en mesurant la distance en millimètres à partir du point de « pas de détresse » jusqu'à la marque. Les évaluations EVA ont été réalisées de manière indépendante. Toutes les mesures ont été complétées lors de la visite initiale et de la visite finale.

2.3. Méthodes statistiques

Les variables quantitatives ont été décrites sous forme de moyennes et d'écarts types, tandis que les variables qualitatives ont été présentées sous forme de nombres et de pourcentages. Les tests de Kolmogorov–Smirnov et de Shapiro–Wilk ont été utilisés pour vérifier la normalité de la distribution des variables quantitatives. L'ensemble des scores du TCI a été ajusté pour prendre en compte les facteurs de confusion potentielle (âge, sexe, statut socioéconomique, utilisation de psychotropes, durée de la thérapie, anxiété et dépression) à l'aide d'une analyse de covariance (ANCOVA). Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide des logiciels XLSTAT 2021.2.1 et SPSS 29.0.2.0. [30].

Pour une analyse plus détaillée des statistiques et de leur méthodologie, les lecteurs et lectrices pourront consulter l'article de la revue *Frontiers in Psychiatry* [14] qui est en accès libre, avec le lien suivant : [doi:10.3389/fpsyt.2025.1280954](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1280954)

3. Résultats

Les 319 sujets, 78 hommes et 241 femmes, âgés de 19 à 76 ans, avec un âge moyen de 41 ans ont bénéficié en moyenne d'environ 31 ± 6 séances (de 12 à 53). Les 53 thérapeutes ont inclus et finalisé de 1 à 36 cas. Le délai moyen entre la première et la dernière séance était de 393 ± 150 jours. Ce délai et le nombre de séances étaient statistiquement corrélés ($r = 0,36$, $p < 0,001$).

Les variations post-traitement des dimensions du TCI sont restées significatives dans les comparaisons appariées et n'étaient pas expliquées par des covariables telles que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la prise de psychotropes, la durée du traitement ou les scores initiaux d'anxiété et de dépression. L'ANCOVA a confirmé l'indépendance de ces variations par rapport aux variables confondantes potentielles, et ces résultats sont restés significatifs après l'application de la procédure de

correction de la significativité de Benjamini-Hochberg pour contrôler le taux de faux positifs. Des différences statistiquement significatives entre les scores moyens initiaux et finaux ont été observées pour l'anxiété, la dépression, l'Évitement Danger (ED) et la détresse psychologique globale évaluées à l'aide de l'EVA (tous en baisse) et pour les trois dimensions de la maturité (toutes en hausse) (cf Tableau 2 en annexe). Lors de l'examen des 25 facettes, des différences statistiquement significatives entre les scores moyens initiaux et finaux ont été observées pour le Besoin de Changement (RN1), l'Impulsivité (RN2) (non significative après la procédure de Benjamini-Hochberg), la Tolérance sociale (C1) et toutes les facettes des dimensions ED, DR, D et T.

Le Tableau 2 montre aussi des diminutions statistiquement significatives entre les scores d'anxiété initiaux et finaux pour tous les motifs cliniques justifiant la demande de psychothérapie. Dans les différents groupes, une augmentation globale des scores de D a été observée, notamment pour la facette D3 (Ressources individuelles), et une diminution générale de ED, notamment pour la facette ED2 (Peur de l'inconnu). Dans le groupe deuil/détresse et le groupe troubles émotionnels, ces changements étaient significatifs dans les tests t appariés, mais n'ont pas été confirmés par les modèles ANCOVA ajustés pour l'âge, le sexe et l'anxiété initiale.

Grâce à l'EVA, des diminutions statistiquement significatives des mesures de détresse ont été observées tant chez les patients que chez les thérapeutes, avec des scores corrélés lors des séances initiales et finales ($r = 0,62$; $p < 0,001$ et $r = 0,73$; $p < 0,001$, respectivement).

4. Discussion

Comme nous l'avions supposé, les résultats de l'étude THEGETCI ont montré une amélioration significative des trois dimensions du caractère. Et comme le soulignent d'autres études, la Détermination (D) présente la plus forte augmentation [31,32]. Le caractère repose en effet sur un processus de maturation continu, et la Détermination (D) s'accroît tout au long de la vie [33, 34], confirmant l'hypothèse selon laquelle la maturité, un facteur épigénétique, s'accroît avec l'expérience. Chaque séance est en effet une expérience qui tend à développer les différentes facettes de la D en réduisant les comportements répétitifs du patient, en favorisant la prise de conscience des « ajustements conservateurs » et en l'invitant à s'adapter de manière nouvelle et créative à la situation thérapeutique. Cette expérience, régulièrement renouvelée, vise à développer la maturité, l'autonomie, la confiance, la responsabilité, la prise de conscience et l'estime de soi.

Toutefois, l'évolution a varié selon les problèmes identifiés (cf Tableau 3 en annexe). Il est intéressant de noter que la Coopération (C) a augmenté mais dans une moindre mesure, ce qui indique cependant une évolution positive de la capacité à créer des relations sociales constructives, en particulier chez les personnes présentant une meilleure Tolérance sociale. Globalement, la Coopération (C) est restée stable, sauf dans le groupe névrotique, où la Tolérance sociale (C1) et l'Indulgence (C4) ont significativement augmenté. Pour ce groupe, les données pourraient indiquer une meilleure capacité à établir des relations constructives.

L'augmentation significative des trois facettes de la Transcendance – Sens du spirituel (T1), Détachement de soi (T2) et Croyance universelle (T3) –, est un corollaire de l'augmentation de la maturité. Lors des séances de Gestalt-thérapie, la Transcendance (T) est stimulée par la quête de sens des émotions, des postures, des sensations, et des pensées qui émergent dans la situation présente. Il en résulte une co-construction entre le patient et le thérapeute qui favorise le détachement de soi et la reconnaissance d'une expérience humaine partagée. Une augmentation significative a ainsi été observée pour la facette Détachement de soi (T2). Les exercices méditatifs peuvent aussi influencer positivement cet aspect grâce au double mouvement de relaxation et de concentration qu'ils exigent, favorisant non seulement le détachement de soi et de la souffrance, mais aussi une attention focalisée sur les manifestations psychocorporelles en cours. La Croyance universelle (T3) peut également être affinée

par la quête partagée et la co-construction de sens, qui peuvent évoluer vers une expérience spirituelle et/ou herméneutique possible, sans tomber dans la pensée magique ou la superstition.

Les résultats ont également montré des changements dans les scores du tempérament, quoique dans une moindre mesure. L'Évitement du Danger (ED) était la seule dimension à avoir diminué significativement, comme observé dans d'autres traitements [35,36]. Cela indique que le travail thérapeutique favorise une énergie, un courage et un optimisme accrus chez les patients souffrant de dépression ou d'anxiété. Cette dimension s'aligne sur les objectifs de responsabilisation et d'autonomisation des patients de la GT. Les quatre facettes – Inquiétude (ED1), Peur de l'inconnu (ED2), Timidité (ED3) et Fatigabilité (ED4) – ont diminué significativement, en particulier chez les patients présentant des troubles émotionnels, névrotiques et de deuil/perte. On peut supposer que la concentration sur le présent – par la méditation, les exercices de respiration, la relaxation corporelle, la mise à jour des injonctions parentales ou éducatives internalisées (introjects) et l'examen de leurs effets sur la situation thérapeutique – influence la diminution de l'Inquiétude (ED1) et de la Timidité envers les étrangers (ED3), notamment en cas de troubles émotionnels ou névrotiques. Concernant les problèmes de perte et de deuil, le dialogue, l'écoute empathique de la détresse existentielle, des sentiments d'abandon ou de rejet, et l'actualisation de relations passées ou anticipées par le biais de jeux de rôle, tendent à aider les patients à recouvrer leurs propres ressources et à réduire l'asthénie. La diminution de l'ED était plus discrète pour l'estime de soi et les troubles psychosomatiques, où le doute envers autrui et l'attachement aux symptômes nécessitent un travail psychothérapeutique plus approfondi et plus long en raison de l'alexithymie très souvent présente dans ces situations [37].

Dans les groupes de troubles émotionnels et de deuil/perte, les variations de l'écart-type et de l'anxiété liée à l'âge, significatives dans les tests t appariés, ne le sont pas restées après ajustement ANCOVA pour l'âge, le sexe et l'anxiété initiale, ce qui suggère que ces effets pourraient s'expliquer par ces covariables plutôt que par le traitement lui-même. Il est également important de noter que l'ANCOVA n'a pas pu être appliquée aux groupes à petits échantillons (par exemple, troubles psychosomatiques et autres problèmes) et qu'en raison de la puissance statistique limitée des analyses de sous-groupes, toutes les covariables pertinentes (par exemple, niveau d'éducation, prise de médicaments, durée du traitement et dépression) n'ont pas pu être incluses dans les modèles ajustés pour chaque groupe. Notamment, lorsque l'anxiété initiale a été exclue du modèle dans le groupe des troubles émotionnels, l'amélioration était à nouveau significative, ce qui suggère que les niveaux d'anxiété peuvent atténuer ou masquer l'effet du traitement sur cette dimension chez les patients atteints de troubles émotionnels.

Bien que la Recherche de Nouveauté (RN) n'ait pas augmenté significativement dans l'ensemble, la facette RN1 (Besoin de changement) a augmenté significativement dans les groupes de problèmes névrotiques et d'estime de soi ($p < 0,05$). Cette augmentation peut s'expliquer par un travail de responsabilisation en thérapie, visant à recentrer la demande de changement des patients sur eux-mêmes et leurs représentations, plutôt que sur les autres ou le thérapeute, sous forme de victimisation, de revendications ou de grandiloquence, fréquentes dans les troubles d'estime de soi [38, 39]. La stabilité des autres facettes pourrait indiquer que l'Impulsivité, les Dépenses et l'Anticonformisme (RN2, RN3 et RN4) sont contrôlés chez les patients atteints de troubles de l'humeur par un cadre thérapeutique clair, la prise en compte des phénomènes de transfert dans la relation patient-thérapeute et l'exploration de leurs origines traumatiques ou fantasmatiques.

La stabilité de la Dépendance à la Récompense (DR) peut témoigner de l'intégrité et du bon équilibre narcissique des Gestalt-thérapeutes, qui privilégient l'autonomie du patient tout en évitant les suggestions ou manipulations trop fortes. Néanmoins, des différences ont été observées entre les facettes de cette dimension après le traitement. L'invitation à la prise de conscience et au partage des émotions peuvent influencer la facette Attachement affectif (DR3), qui a montré une augmentation significative dans les problèmes émotionnels, névrotiques et d'estime de soi. Ceci semble être un bon indicateur de

la qualité du lien client-thérapeute, qui s'est construit et renforcé au fil des séances, sans toutefois favoriser la dépendance inhérente au Besoin de soutien (DR4), car cette facette a significativement diminué.

La Persistance (P) est restée stable, car elle ne constitue pas un objectif principal de la GT, du moins dans sa dimension compulsive. Pour tous les patients, le score de l'HAD, moyen au début du traitement était d'environ 17, correspondant à une « anxiété ou une dépression sévère », et a diminué jusqu'à environ 12 après le traitement, correspondant à un « état anxieux ou dépressif léger » [26]. La diminution de l'anxiété était significative ($p < 0,0001$) pour les troubles névrotiques, émotionnels, de deuil/perte et d'estime de soi, représentant plus de 90 % des patients (Tableau 2). Cette diminution est restée significative, bien que plus modérée, pour les troubles psychosomatiques ($p = 0,003$) et pour les autres patients ($p = 0,002$). La réduction des symptômes dépressifs était également significative ($p < 0,0001$) pour les troubles névrotiques, émotionnels et de deuil/perte, et plus modérée pour les troubles de l'estime de soi ($p < 0,003$), tout en restant stable pour les troubles psychosomatiques. Dans les deux cas, il s'agit d'un problème fondamental [40, 41] qui ne peut évoluer que sur une période plus longue grâce à l'exploration du traumatisme et de ses effets sur la relation thérapeutique. Enfin, la petite taille de l'échantillon de patients pour les troubles psychosomatiques limite l'interprétation.

Les résultats de l'Échelle Visuelle Analogique (EVA), avec des évaluations en aveugle par les patients et les praticiens, tendaient à montrer une cohérence dans leurs perceptions de l'évolution positive lors du processus thérapeutique.

5. Limites

Il s'agissait d'une étude longitudinale d'un an. Cependant, on ignore si cet effet persiste longtemps après le traitement. Il serait intéressant d'étudier les effets à long terme de la GT et de les comparer aux données d'autres psychothérapies reconnues. De plus, nous ne sommes pas certains que les patients ayant refusé de participer à l'étude étaient identiques à ceux inclus, ni qu'ils auraient présenté un taux d'échec plus élevé que l'échantillon de l'étude. Nous n'avons pas inclus de groupe témoin, ce qui a limité la portée de notre étude. Cependant, nous avons ajusté nos résultats en fonction de nombreux facteurs confondants tels que l'âge, le sexe, le statut socio-économique, la prise de médicaments, la durée de la thérapie et les scores d'anxiété et de dépression. L'effet thérapeute est en effet un facteur important dans toute psychothérapie relationnelle où le thérapeute est simultanément l'un des protagonistes de la relation thérapeutique [42]. Dans cette étude, tous les thérapeutes avaient la même formation, utilisaient la même méthode et comptaient au moins huit ans d'expérience, ce qui pourrait avoir réduit les différences entre les résultats. De futures recherches devraient pouvoir explorer plus en détail les considérations statistiques et méthodologiques relatives à l'effet thérapeute [43]. De plus, bien qu'une procédure en aveugle ait été mise en place pour le thérapeute comme pour le patient pour évaluer la détresse psychologique et pour consigner les évaluations, l'auto-évaluation comporte inévitablement un biais de désirabilité sociale.

5. Conclusion

Cette étude est l'une des premières à démontrer l'efficacité de la Gestalt-thérapie sur les dimensions de la personnalité par le biais de pratiques en vie réelle. Les évaluations rigoureuses présentées ici démontrent l'importance de cette méthode. L'apport spécifique de la GT réside dans la transmission par le thérapeute d'une attitude particulière, centrée sur le présent, la conscience et la responsabilité : « Ces trois éléments (évaluation des événements actuels, état de conscience et responsabilité) sont les aspects d'une même manière d'être au monde. Être responsable (capable de répondre) implique d'être présent, d'être là. Et être véritablement présent, c'est être conscient. Enfin, être conscient, c'est être présent (réalité), un état incompatible avec l'illusion d'irresponsabilité qui nous pousse à éviter de vivre notre vie, plutôt que de la vivre sans nous soucier de ce que nous pensons. » [44].

Le TCI-125 de Cloninger a démontré son utilité pour évaluer l'efficacité de la GT. Les résultats montrent principalement qu'une augmentation de la Détermination (D) et une diminution de l'Évitement du danger (ED) peuvent servir de repères pour la prise en charge individuelle. Ces changements significatifs au sein de la personnalité peuvent être considérés comme des indicateurs de progrès dans le processus psychothérapeutique et, par conséquent, de l'efficacité de la GT. En outre, la GT semble améliorer des variables d'état telles que la dépression et l'anxiété, ainsi que la détresse psychologique subjective. Nous avons récemment développé une nouvelle version basée sur le modèle biopsychosocial de Cloninger, qui intègre une huitième dimension pour évaluer l'alexithymie afin de mieux comprendre l'évolution des patients atteints de troubles somatiques. Ce TCAI-150-LR (Inventaire du Tempérament, du Caractère et de l'Alexithymie, comprenant 150 items avec adaptation française lexicale) est actuellement en cours de validation. D'autres études portant sur d'autres cohortes sont nécessaires pour confirmer les résultats présentés ici et mieux déterminer les bénéfices attendus pour les praticiens, ainsi que les profils de patients les plus susceptibles de bénéficier de la GT.

ANNEXES

Tableau 2. Comparaisons des moyennes (test t apparié) entre les scores initiaux et finaux avec *la procédure post-hoc* de Benjamini-Hochberg pour contrôler les taux de faux positifs.

	Score moyen initial (ET) n= 319	Score moyen final (ET) n=319	<i>t</i>	<i>p</i>	Rang pB-H	Seuil Significativité pB-H
HAD anxiété	10,87 (3,87)	7,58 (3,23)	16,46	<0,0001	3	0,0136
HAD dépression	6,59 (3,99)	4,13 (2,98)	11,24	<0,0001	5	0,0227
<u>TCI-125 Tempérament:</u>						
Recherche de Nouveauté	49,31 (18,60)	49,56 (17,80)	-0,32	0,749 ⁺	11	0,05
Evitement du Danger	57,49 (24,84)	48,73 (25,66)	8,82	<0,0001	6	0,0273
Dépendance à la Récompense	71,62 (17,04)	71,14 (16,12)	0,62	0,533 ⁺	10	0,0454
Persistance	66,14 (29,63)	64,01 (28,84)	1,59	0,114 ⁺	9	0,0409
<u>TCI-125 Character:</u>						
Détermination	59,99 (20,32)	71,46 (19,80)	-11,49	<0,0001	4	0,0189
Coopération	82,61 (12,54)	83,97 (11,06)	-2,77	0,006	8	0,0364
Trancendance	44,41 (23,84)	48,57 (24,19)	-4,52	<0,0001	7	0,0318
EVA patient	5,46 (2,18)	2,88 (2,04)	18,7	<0,0001	2	0,0091
EVA thérapeute	5,80 (1,98)	2,88 (2,03)	21,69	<0,0001	1	0,0045

HAD, Hospital and Anxiety Depression Scale; TCI-125, Temperament and Character Inventory à 125-items; EVA, EVA pour la détresse psychologique subjective, pB-H, procédure Benjamini-Hochberg avec $m = 11$; $Q = 5\%$,
⁺résultats non significatifs après ajustement Benjamini-Hochberg.

Tous les scores du TCI-125 sont contrôlés selon l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, l'utilisation de médicament, la durée du traitement et les scores d'anxiété et de dépression initiaux.

Tableau 3. Comparaisons des moyennes entre les scores initiaux et finaux des dimensions et des facettes du TCI-125 selon les six motifs différents de demande de GT.

	Pathologie névrotique (n=136)	Troubles émotionnels (n=86)	Pathologie de l'estime de soi (n=41)	Trouble psychosomatique (n=12)	Détresse liée au deuil / à la perte (n=29)	Autres (n=15)
H/ANX	DIM****	DIM****	DIM****	DIM***	DIM****	DIM**
H/DEP	DIM****	DIM****	DIM**	—	DIM****	DIM***
RN	—	—	AUG**	—	—	—
RN1	AUG **	—	AUG **	—	—	—
RN2	—	—	—	—	—	—
RN3	—	—	—	—	—	—
RN4	—	—	—	—	—	—
ED	DIM****	DIM ****	DIM **	—	DIM ****	DIM **
ED1	DIM ***	DIM **	—	—	DIM *	DIM **
ED2	DIM **	DIM ***	DIM **	—	DIM **	—
ED3	DIM ****	DIM **	—	—	DIM **	DIM **
ED4	DIM *	DIM **	—	—	DIM **	—
DR	—	—	—	DIM *	—	—
DR1	—	DIM **	—	DIM **	—	—
DR3	AUG****	AUG **	AUG **	—	—	AUG***
DR4	DIM **	DIM *	DIM **	—	DIM *	—
P	—	DIM **	—	—	—	—
D	AUG****	AUG****	AUG****	—	AUG****	—
D1	AUG****	AUG****	AUG****	—	AUG****	—
D2	AUG****	AUG****	—	—	AUG****	—
D3	AUG****	AUG***	AUG**	AUG**	AUG**	—
D4	AUG**	AUG***	—	—	AUG***	—
D5	AUG***	AUG****	—	—	AUG**	—
C	—	—	—	—	AUG**	—
C1	AUG*	—	—	—	—	—
C2	—	—	—	—	—	—
C3	—	—	—	—	—	—
C4	AUG*	—	—	—	—	—
C5	—	—	—	—	—	—
T	AUG****	—	—	—	—	—
T1	AUG*	AUG*	—	—	—	—
T2	AUG****	—	—	—	—	—
T3	AUG**	—	—	—	AUG**	—

H/ANX : anxiété ; H/DEP : dépression ; RN : recherche de nouveauté ; ED : évitement des préjudices ; DR : dépendance à la récompense ; P : persistance ; D : autonomie ; C : coopération ; T : détachement de soi ; AUG : augmentation ; DIM : diminution,

La significativité a été déterminée à l'aide de tests t appariés. Méthode de Benjamini-Hochberg avec $m = 33$ et $Q = 5\%$.

Le seuil de signification statistique retenu est $p \leq 0,05$.

**** $p \leq 0,0001$, *** $p \leq 0,001$, ** $p \leq 0,01$ et * $p \leq 0,05$.

(—) : non significatif après ajustement de Benjamini-Hochberg.

Remerciements

- Mr Yves Plu, directeur de Gestalt+, l'école de Gestalt de Rennes, et sa successeuse Mme Véronique Gysemberg,

- Le Conseil d'Administration de l'Institut Limousin de Formation et Gestalt-thérapie (ILFG) et sa directrice actuelle Mme Isabelle Soulat,

Pour leur participation au financement de cette étude et de sa publication.

Mme Alexandra Foucher, Attachée de Recherche Clinique au Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) de Limoges.

Et toutes les investigatrices et tous les investigateurs de l'étude THEGETCI, sans lequel(elle)s ce projet n'aurait jamais pu aboutir :

Algaron Philippe (*Paris*), Aubry Murielle (*Colmar*), Barreau Françoise (*Aubervilliers*), Beauviala Muriel (*Paris*), Béranger Nelly (*Saint-Nazaire*), Berthelin Anne (*Saint-Marcelin de Cray*), Boulangé Claire (*Rennes*), Brahim Roselyne (*Le Perreux-sur-Marne*), Butel Brigitte (*Paris*), Carpentier Anne (*Paris*), Charrier Carole (*Rennes*), Chatel Delphine (*Rennes*), Chauviré-Leduc Emmanuelle (*Rennes*), Chuche Ghislaine (*Paris*), Colavin-Gérard Magali (*Nantes*), Cornelis Marleen (*Paris*), Deblyck Nicolas (*Nantes*), Delahaie Gaëlle (*Tours*), Demaison Martine (*Brive*), Di Costanzo-Coucaud Nelly (*Limoges*), Dorcet-Deschaumes Christine (*Paris*), Du-Jonchay Priscille (*Nantes*), Dumez Sylvie (*Nantes*), Dumez Laurent (*Saint-Malo*), Dupré Hélène (*Larmor Baden*), Duquenois Elise (*Poitiers*), Elhadad Anna (*Bussy-Saint-Georges*), Falgas Claude (*Redon*), Filippi Gaëlle (*Paris*), Fourrure Sophie (*Paris*), Gaille Olivier (*Brest*), Gautherot Céline (*Quimper*), Grosclaude Mireille (*Rennes*), Hérault Chrystèle (*Plouër-sur-Rance*), Julien-Siné Céline (*Perpignan*), Juston Didier (*Bernay*), Kervern Naïg (*Rennes*), Labro Anne-Marie (*Lannion*), Laroche Isabelle (*Maule*), Lebas Cédric (*Nantes*), Lerasle Catherine (*Londres*), Lucas Aurélie (*Saint-Malo*), Mauger-Combe Florence (*Le Mans*), Pasquet Laurence (*Limoges*), Pluvinage Séverine (*Neuilly-sur-Marne*), Raymondeau Christian (*Limoges*), Rodier Laurence (*Saint-Jean d'Angely*), Santoro-Kerviche Grazia (*Paris*), Sartori Anne (*Rennes*), Soulat Isabelle (*Limoges*), Turban Jean-Yves (*Saint-Herblon*), Vallejo Jean-Luc (*Limoges*), Winzenried Anne (*Rennes*).

Bibliographie

1. Polkinghorne, D. E. Narrative configuration in qualitative analysis. In: Hatch, J. A., & Wisniewski, R. (Eds.). *Life History and Narrative* (pp. 5–23). The Falmer Press, London.
2. Kelly, T., & Howie, L. Exploring the influence of gestalt therapy training on psychiatric nursing practice: Stories from the field. *International Journal of Mental Health Nursing* (2011), 20(296–304). doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00729.x
3. Mackeyn, J. *Developing Gestalt Counselling*. London: Sage Publications (1997).
4. Aiaach Dominitz V. Gestalt-thérapie appliquée : étude de cas d'un patient hospitalisé présentant un diagnostic de toxicomanie et de troubles bipolaires. *Clin Psychol Psychother*. (2017) 24:36–47. doi : 10.1002/cpp.2016
5. Brownell, P. Assessment in Gestalt therapy. In: *Gestalt therapy: A guide to contemporary practice* (pp. 189–212). Springer, New York.
6. Roubal, J., Francesetti, G., Brownell, P., Melnick, J., & Zeleskov-Djoric, J. Bridging practice and research in gestalt therapy. In: Roubal, J., Francesetti, G., Melnick, J., Zeleskov-Djoric, J., & Bownell, P. (Eds.), *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy*, 1st ed, vol. (pp. 1–17). Cambridge Scholars Publishing, UK.
7. Stevens C, Stringfellow J, Wakelin K, Waring J. The UK Gestalt Psychotherapy CORE Research Project: The Findings. *Br Gestalt J.* (2011) 20:22–7. doi: 10.53667/HFY7525
8. Fogarty M, Bhar S, Theiler S. Development and Validation of the Gestalt Therapy Fidelity Scale. *Psychother Res.* (2019) 30:495–509. doi: 10.1080/10503307.2019.1571688
9. Francesetti G. From Individual Symptoms to Psychopathological Fields: Towards a Field Perspective on Clinical Human Suffering. *Br Gestalt J.* (2015) 24:5–19. doi: 10.53667/QQWT3472
10. Francesetti G. Pain and Beauty: From the Psychopathology to the Aesthetics of Contact. *Br Gestalt J.* (2012) 21:4–18. doi: 10.53667/BZZH5404
11. Spagnuolo Lobb M, Sciacca F, Iacono Isidoro S, Di Nuovo S. The Therapist's Intuition and Responsiveness: What Makes the Difference Between Expert and In-Training Gestalt Psychotherapists. *Eur J Investig Health Psychol Educ.* (2022) 12:1842–51. doi: 10.3390/ejihpe12120129
12. Evans C, Connell J, Barkham M, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, et al. Towards a Standardized Brief Outcome Measure: Psychometric Properties and Utility of the CORE-OM. *Br J Psychiatry.* (2002) 180:51–60. doi: 10.1192/bjp.180.1.51
13. Armstrong J. How Effective Are Minimally Trained/Experienced Volunteer Mental Health Counsellors? Evaluation of CORE Outcome Data. *Counsel Psychother Res.* (2010) 10:22–31. doi: 10.1080/14733140903163284
14. Calvet B, Vallejo J-L, Plu Y, Soulat I, Foucher A and Clément J-P (2025) Use of the Temperament and Character Inventory to describe the effectiveness of Gestalt therapy. *Front. Psychiatry* 16:1280954. doi:10.3389/fpsyt.2025.1280954
15. Perls FS, Hefferline RF, Goodman P. *Gestalt therapy: excitement and growth in the human personality*. US:Julian Press (1951). p. 170-176
16. Ginger S, Ginger A. *La Gestalt, une thérapie du contact*. Paris: Hommes et Groupes (1987). p. 222-223
17. Robine JM. Le contact, expérience première. In: Robine JM, editor. *Gestalt- thérapie, la construction du soi*. l'Harmattan, Paris (1998). p. 61–79
18. Chakroun-Vinciguerra N, Faytout M, Pélissolo A, Swendsen J. Validation française de la version courte de l'inventaire du tempérament et du caractère (TCI- 125). *J Thérapie Comportementale Cognitive.* (2005) 15:27–33. doi: [10.1016/S1155-1704\(05\)81209-1](https://doi.org/10.1016/S1155-1704(05)81209-1)
19. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *A proposal Arch Gen Psychiatry.* (1987) 44:573–88. doi: 10.1001/archpsyc.1987.01800180093014
20. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* (1993) 50:975–90. doi: [10.1001/archpsyc.1993.01820240059008](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008)
21. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. 1st edition*. Saint-Louis, Mo: Washington University (1994).
22. Calvet B. *Les Inventaires du Tempérament et du Caractère de Cloninger : Études de revalidation et applications en psychopathologie et en neuroépidémiologie* [thèse de doctorat]. Université de Limoges ; 2015. 468 p.
23. Herrera P, Mstibovskiy I, Roubal J, Brownell P. Researching gestalt therapy for anxiety in practice-based settings. *A Single-Case Exp Design Psychotherapie- Wissenschaft.* (2019) 9:53b–68b. doi: 10.30820/1664-9583-2019-2-53b
24. Francesetti G, Roubal J. Gestalt Therapy approach to depressive Experiences. *Psychotherapie-Wissenschaft.* (2020) 10:39–45. doi: 10.30820/1664-9583-2020-2-39
25. Pélissolo A, Lépine JP. Traduction française et premières études de validation du questionnaire de personnalité TCI. *Ann Méd Psychol.* (1997) 155:497–508.
26. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* (1983) 286:171–3. doi: [10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x)
27. Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lemprière T. Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Méd Psychol.* (1985) 2:175–85.
28. Rossi V, Pourtois G. Transient state-dependent fluctuations in anxiety measured using STAI, POMS, PANAS or VAS: a comparative review. *Anxiety Stress Coping.* (2012) 25:603–45. doi: [10.1080/10615806.2011.582948](https://doi.org/10.1080/10615806.2011.582948)
29. Gift AG. Visual Analogue Scales: Measurement of subjective phenomena. *Nurs Res.* (1989) 38:286–8. doi: [10.1097/00006199-198909000-00006](https://doi.org/10.1097/00006199-198909000-00006)
30. Addinsoft. *XLSTAT statistical and data analysis solution*. Paris: France: Levimero (2021). Available online at: <https://www.xlstat.com>.
31. Hofmann SG, Loh R. The Tridimensional Personality Questionnaire: changes during psychological treatment of social phobia. *J Psychiatr Res.* (2006) 40:214–20. doi: [10.1016/j.jpsychires.2005.03.010](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.03.010)

32. Mörtberg E, Bejerot S, Aberg Wistedt A. Temperament and character dimensions in patients with social phobia: Patterns of change following treatments? *Psychiatr Res.* (2007) 152:81–90. doi: [10.1016/j.psychres.2006.10.003](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.10.003)
33. Mazza M, Mazza O, Pomponi M, Di Nicola M, Padua L, Vicini M, et al. What is the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on temperament and character in patients with fibromyalgia? *Comp Psychiatr.* (2009) 50:240–4. doi: [10.1016/j.comppsy.2008.08.004](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.08.004)
34. Rigozzi C, Rossier J. Validation d'une version abrégée du TCI (TCI-56) sur un échantillon de jeunes fumeurs et non-fumeurs. *Ann Méd Psychol.* (2004) 162:541–8. doi: [10.1016/j.amp.2003.09.013](https://doi.org/10.1016/j.amp.2003.09.013)
35. Fresán A, Robles-García R, López-Avila A, Cloninger CR. Personality differences according to age and sex in a Mexican sample using the Temperament and Character Inventory-Revised. *Comp Psychiatr.* (2011) 52:774–9. doi: [10.1016/j.comppsy.2010.11.003](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.11.003)
36. Calvet B, Péricaud M, Parneix M, Jouette A, Bricaud M, Clément JP. Age and sex differences in temperament and character dimensions in a french nonclinical population. *J Individ Differ.* (2016) 37:168–80. doi: [10.1027/1614-0001/a000203](https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000203)
37. Terock J, Janowitz D, Spitzer C, Miertsch M, Freyberger HJ, Grabe HJ. Alexithymia and self-directedness as predictors of psychopathology and psychotherapeutic treatment outcome. *Comp Psychiatr.* (2015) 62:34–41. doi: [10.1016/j.comppsy.2015.06.007](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.06.007)
38. Kohut H. Le processus thérapeutique dans les transferts en miroirs. In: Kohut H, editor. *Le soi*. PUF, Paris (1974). p. 152–209.
39. Kernberg O. Principes généraux du traitement. In: Kernberg O, editor. *Les troubles limites de la personnalité*. Dunod, Paris (1997). p. 99–145
40. Bergeret J. Théorie de la dépression-limite. In: Bergeret J, editor. *La dépression et les états limites: points de vue théorique, clinique et thérapeutique*. Payot, Paris (1992). p. 137–51.
41. Smadja C. La dépression inachevée. *Rev Fr Psychanal.* (2004) 68:1239–52. doi: [10.3917/rfp.684.1239](https://doi.org/10.3917/rfp.684.1239)
42. Crits-Christoph P, Baranackie K, Kurcias J, Beck A, Carroll K, Perry K, et al. Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychother Res.* (1991) 1:81–91. doi: [10.1080/10503309112331331335511](https://doi.org/10.1080/10503309112331331335511)
43. Constantino MJ, Boswell JF, Coyne AE, Kraus DR, Castonguay LG. Who works for whom and why? Integrating therapist effects analysis into psychotherapy outcome and process research. In: Castonguay LG, Hill CE, editors. *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. American Psychological Association, New York (2017). p. 55–68.
44. Naranjo C. The primacy of Attitude. In: Naranjo C. *Gestalt-therapy: the attitude and practice of an atheoretical experientialism*. Gateways/IDHHB Publishing, US (1993). p. 3–7.