

Pour la première fois dans la littérature scientifique sur la psychothérapie, un ouvrage présente de manière systématique et comparative les principales méthodes de psychothérapie à l'œuvre en ce début du 21^{ème} siècle. Dans quel contexte socio-historique ont-elles émergé? Quels sont les concepts théoriques et les techniques qui les définissent? Quand sont-elles indiquées? Sur quelles données de recherche peuvent-elles s'appuyer? Telles sont les questions parmi d'autres auxquelles répondent des psychothérapeutes, représentants de quatorze méthodes différentes. On découvre ainsi en quoi celles-ci se différencient quant à leurs présupposés, mais aussi sur quels points elles convergent et se rencontrent.

Il s'agit d'un outil de travail des plus utiles pour le futur psychothérapeute et le professionnel praticien, qui pourra ainsi mieux comprendre ce que font ses collègues se référant à d'autres méthodes. Ce livre devrait du même coup favoriser entre cliniciens un dialogue qui s'avère toujours plus nécessaire dans un domaine frappé, comme beaucoup d'autres, par le morcellement des pensées et des pratiques.

Enfin, cet ouvrage est une contribution bienvenue à l'histoire du mouvement de la psychothérapie, plus de cent ans après la naissance de la psychanalyse.

Nicolas Duruz est professeur de psychologie clinique à l'Université de Lausanne (Suisse). Co-directeur de l'Institut Universitaire de Psychothérapie du Département de Psychiatrie Adulte à Lausanne, il est responsable de l'Unité d'enseignement en thérapie familiale et systémique au Centre d'Etude de la Famille. Il poursuit depuis plusieurs années des recherches dans le domaine de la psychothérapie comparée. Ce traité fait suite à son ouvrage de 1994 "Psychothérapie ou psychothérapies?".

Michèle Gennart est philosophe et psychologue-psychothérapeute; elle mène une activité conjointe de recherche, de réflexion clinique et de psychothérapie au Service de Psychiatrie de Liaison de la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne, au Centre de Recherches Familiales et Systémiques (CERFASY, Neuchâtel), et en collaboration avec le service d'urgences médicales, à la Clinique de La Source (Lausanne).

sous la direction de
Nicolas Duruz
et Michèle Gennart

traité de
psychothérapie comparée

sous la direction de
Nicolas Duruz
et Michèle Gennart

traité de psychothérapie comparée

postface de
François Roustang

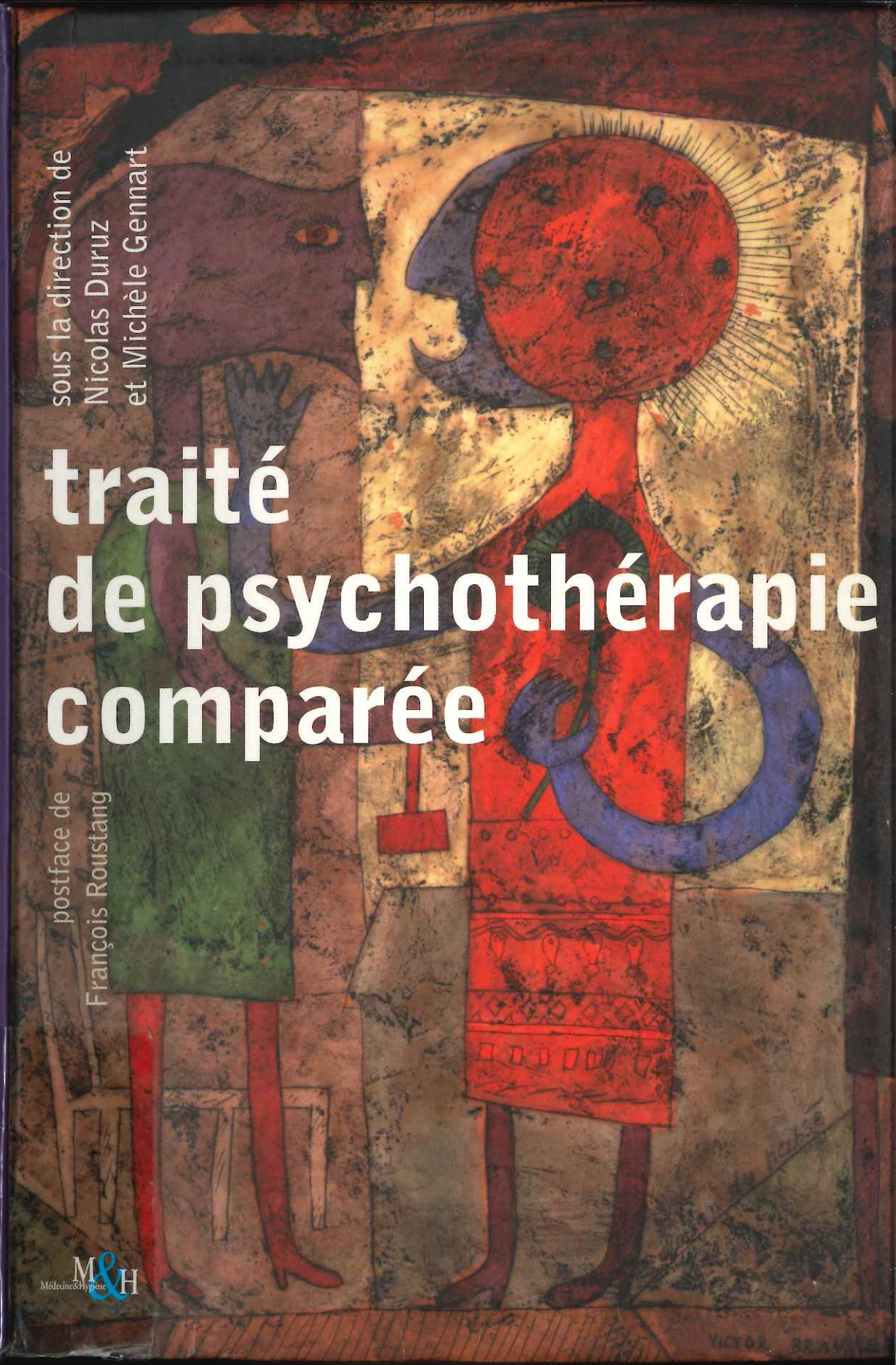
M 2 DURt

2-88049-168-1



9 782880 491680

M&H
Médecine & Hygiène



LA PSYCHOTHÉRAPIE SELON L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE DE ROGERS

Philippe DAFFLON, Philippe WANDELER

1. Contexte socio-historique

Carl Rogers (1902-1987) naît à Chicago dans une famille marquée par une atmosphère religieuse intransigeante et par le culte du travail. Avant d'étudier la psychologie clinique, Rogers, qui s'intéressait depuis son jeune âge aux sciences naturelles et à l'expérimentation, obtient un diplôme d'agronome en 1924, puis fréquente un séminaire de théologie, à New York. Sa première expérience clinique a lieu auprès d'enfants perturbés, dans un Institut de Guidance Infantile marqué par une forte inspiration psychanalytique. Après son doctorat de psychologie, en 1931, il mène un travail d'équipe auprès d'enfants marginaux et délinquants au Centre de Guidance de Rochester, dont il deviendra lui-même directeur par la suite. Durant ces années, il fait la connaissance d'Otto Rank qui, à cette époque, avait rompu avec l'orthodoxie freudienne.

En 1940, après la publication de *The clinical treatment of the problem child*, Rogers accepte une chaire de professeur à l'université d'Ohio. Ce passage du champ clinique à un environnement académique le stimule à rendre plus explicites les intuitions relatives à la psychothérapie qu'il a développées jusque là. Des constats décevants issus de sa pratique clinique l'avaient en effet amené à mettre en doute l'efficacité thérapeutique des méthodes d'entretiens directives, ainsi que de la psychanalyse¹. Il avait en revanche pu observer que la capacité de l'individu à se développer nécessite

¹ Il faut rappeler qu'un courant de pensée à portée expérientielle, dont W. James est l'un des précurseurs, tend à s'affirmer aux USA à partir des années 1930-1940. Il réunit des cliniciens, psychologues et psychothérapeutes comme A. Angyal, K. Goldstein, A. Maslow, C. Rogers, etc. Soulignant la dimension organismique de l'être humain (primat de la totalité sur les fonctions isolées), ce courant tend également à se démarquer des approches thérapeutiques jugées trop directives ou intellectualisantes, en particulier des deux orientations comportementale et psychanalytique. C'est dans cette optique que Maslow cherchera à mobiliser ses pairs pour soutenir un mouvement d'idées et de pratiques, dénommé « troisième force » (*third force*). (N.D.)

un contexte social de relations positives, c'est-à-dire dépourvues de menaces vis-à-vis de la personne et de l'image qu'elle a d'elle-même. Durant quatre ans, il affine ses observations en se référant à la thérapie par le jeu (K. Horney) et à la thérapie de groupe. Dès 1945, sur la base de son expérience, il élabore sa propre méthode de psychothérapie « centrée sur le client », qui est coextensive d'une théorie de la personnalité. Par la suite, il dirigera, à l'Université de Wisconsin, une série de recherches scientifiques sur la psychothérapie.

Le fondement qui régit l'orientation psychothérapeutique développée par Rogers peut se résumer de la façon suivante :

« La relation d'aide psychologique est une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation. Cette hypothèse a un corollaire naturel : toutes les techniques utilisées doivent avoir pour but de développer cette relation libre et permissive, cette compréhension de soi dans l'entretien d'aide et cette orientation vers la libre initiative de l'action » (Rogers, 1969, p. 33).

Tout en approfondissant les aspects théoriques et pratiques de la thérapie centrée sur la personne, Rogers applique son approche à de nombreux domaines des relations humaines (cf. *infra*, section 9) et en dégage les implications possibles au niveau de la politique et des processus de paix dans le monde. Ses apports ont été par la suite de plus en plus utilisés et questionnés dans différents domaines : travail social, soins infirmiers, éducation, enseignement, économie. Cet élargissement s'inscrit dans la ligne de ce que l'on appelle l'« approche centrée sur la personne » (ACP).

À l'intérieur des pratiques thérapeutiques, deux tendances générales existent. L'une, « classique » et verbale, utilise exclusivement les trois conditions relationnelles facilitantes considérées par Rogers comme les conditions nécessaires et suffisantes du processus thérapeutique : l'authenticité, la considération positive et l'empathie. L'autre inclut, dans le cadre de ces trois conditions, la possibilité de recourir à des outils et techniques annexes.

2. Les concepts théoriques fondateurs

La tendance à l'actualisation

L'ACP se fonde sur l'énergie de croissance propre à tous les êtres vivants. L'être humain contient en lui les potentialités qui favorisent une croissance saine et créatrice. De la même manière que le gland se développe naturellement pour devenir un chêne si les conditions de base – eau, lumière, éléments nutritifs – sont présentes, l'être humain manifeste une tendance innée à *actualiser* ses potentialités et à les développer, pour autant que son environnement réponde favorablement à ses besoins. Ces besoins visent à satisfaire

l'organisme en son entier, ce dernier étant compris par Rogers sur un mode non réducteur, c'est-à-dire fonctionnant comme une entité psychophysique².

Ainsi, la tendance à l'actualisation ne concerne pas seulement la satisfaction des besoins « par déficience » (tels les besoins physiologiques de respirer, de boire et de manger), mais également les besoins sociaux, les besoins de sécurité, de reconnaissance et de considération, tout comme ceux de réalisation personnelle.

Cette tendance innée à l'actualisation peut être défavorisée, freinée, voire bloquée chez l'individu qui est gravement atteint par des interventions physiques ou psychiques néfastes de la part de son environnement, et en particulier par celles qui touchent à la conscience de soi (*self-perception*). Il arrive encore que cette tendance ne trouve une voie d'expression qu'au travers de manifestations déviées, bizarres ou anormales, qui peuvent conduire à des actions socialement plus destructrices que constructives.

L'expérience

La notion d'expérience (*experiencing*) inclut tout ce qui est en train de se passer dans l'organisme, au niveau de l'ici et maintenant. Elle intègre les processus situés au niveau du système viscéral et sensoriel d'une personne, ses perceptions, ses émotions, ses pensées et fantasmes. La globalité de cette expérience constitue ce que Rogers nomme le *champ phénoménal*.

L'expérience se caractérise essentiellement par la spontanéité : elle se réfère à une situation *présente*, et non à une accumulation d'acquis passés. L'expérience désigne ainsi, selon Rogers :

« tout ce qui se passe dans l'organisme à un moment quelconque et qui est potentiellement disponible à la conscience ; autrement dit tout ce qui est susceptible d'être appréhendé par la conscience. La notion d'expérience englobe donc tant les événements dont l'individu est conscient que les phénomènes dont il est inconscient » (1973, p. 174).

Psychologiquement, l'être humain vit dans une réalité constituée par la représentation qu'il s'en fait : c'est son expérience qui constitue sa réalité. Cette dernière appartient à son cadre de référence et n'est pas nécessairement la réalité objective.

² Ces formulations mettent bien en évidence l'image de l'homme ou la conception anthropologique que privilégie l'orientation rogerienne : en lui-même, l'homme est bon, outillé pour bien se développer en relation avec un environnement qui facilite sa réalisation (cf. *infra*, section 3). Cette vision de l'homme implique inévitablement une certaine conception de l'environnement et de la société, ainsi que du lien de l'individu à ceux-ci. De type assez rousseauiste, cette conception est différente, par exemple, de celles des courants gestaltiste et systémique, pour lesquels la dynamique interactionnelle entre l'organisme et son environnement s'exprime explicitement en termes d'influences mutuelles (cf. les notions de *contact* et d'*ajustement créateur*, pour la Gestalt-thérapie, chap. 8, et celles de *causalité circulaire* et de *co-évolution*, entre autres, pour le courant systémique, chap. 12). (N.D.)

Dans ce champ subjectif, il y a des faits et des événements que l'individu peut reconnaître comme se rapportant à lui-même et à son identité; cette part de l'expérience est ce que Rogers ressaisit par la notion d'« expérience de soi ». Les « expériences de soi » sont la matière première à partir de laquelle se forme la structure expérientielle spécifique qu'il nomme le « Moi » (cf. *infra*).

Le processus d'évaluation organismique

Tout individu en train de s'actualiser possède un processus d'évaluation interne qui fonctionne comme un système d'autorégulation. Ce système ne cesse d'évoluer et de se modifier, car les critères qu'il met en jeu ne sont jamais fixes ni rigides. Bien au contraire, ils se transforment constamment en fonction de la conscience que la personne a d'une partie de son expérience vécue et de la satisfaction organismique qui s'y rattache. Autrement dit, la personne évalue, peut-être inconsciemment, son expérience en tenant compte de ses besoins de conservation et d'enrichissement, et cela tant au niveau de son organisme que de son Moi. La tendance à l'actualisation sert ainsi de critère fondamental au processus d'évaluation organismique³.

Pour illustrer ce phénomène, l'on peut prendre l'exemple d'un jeune enfant qui est en train de jouer et qui a faim; il mange et, une fois rassasié, se détourne de ce besoin pour retourner à ses activités ludiques. Ce faisant, il montre qu'il est capable de reconnaître de manière naturelle et spontanée ce qui, dans l'ensemble de ses potentialités et des conditions de son environnement, favorise son développement.

Ainsi, l'homme est équipé d'un système inné de motivations et tend à actualiser les potentialités de son organisme. Son comportement représente un effort orienté vers la satisfaction de ses besoins d'actualisation. Un système d'autorégulation accompagne l'expérience et lui attribue une valeur positive lorsque la personne perçoit que cette expérience préserve ou enrichit son organisme, ou négative lorsque l'expérience est contraire à cette préservation ou cet enrichissement. Enfin, la personne tend à rechercher les expériences perçues comme positives et à éviter celles qui sont perçues comme négatives.

L'évaluation organismique peut cependant fonctionner de façon déficiente. C'est le cas, comme nous le commenterons plus loin, lorsque l'individu se réfère exclusivement à des critères externes et n'applique que des valeurs appartenant à autrui.

³ Concernant le processus d'évaluation interne inscrit dans la personne même, on peut dire que, sur ce point, Rogers est systémicien avant la lettre. En prétendant qu'il existe dans chaque organisme un mouvement en profondeur qui le pousse vers l'accomplissement de ses capacités inhérentes, Rogers ne rejoint-il pas en effet le courant systémique qui insiste sur le processus auto-organisationnel de chaque vivant? (N.D.)

Le Moi, l'Image du Moi, le Moi idéal

Sur la base de ses observations cliniques et des résultats de ses recherches, Rogers définit l'instance du Moi comme :

« la configuration expérientielle composée des perceptions se rapportant au Moi, aux relations du Moi avec autrui, avec le milieu et avec la vie en général, ainsi que des valeurs que le sujet attache à ces diverses perceptions. Cette configuration se trouve en continuel état de flux; autrement dit, elle est constamment changeante, encore qu'elle soit toujours organisée et cohérente. » (Rogers, 1969, p. 179)

Le Moi a donc pour caractéristique fondamentale d'être une configuration qui se modifie à mesure que les événements se déroulent. Au fil des expériences, cette configuration évolue à la façon d'une *structure mouvante* prise dans un processus de construction et de réorganisation constantes.

Une autre propriété importante de cette configuration expérientielle réside dans le fait qu'elle est *potentiellement disponible à la conscience* – ce qui implique qu'elle n'est pas nécessairement ni pleinement consciente.

Enfin, le Moi est aussi le régulateur du comportement, car il contient les critères de sélection de l'organisme. Les éléments de l'expérience qui s'accordent avec ce Moi sont rendus disponibles à la conscience, au contraire de ceux qui ne s'y harmonisent pas et qui, de ce fait, sont « interceptés ».

La tendance à la différenciation – qui est un aspect de la tendance à l'actualisation – permet à un segment de l'expérience de se différencier et de parvenir à la conscience. Cette partie qui équivaut à la conscience d'exister et d'agir, représente « l'expérience du Moi ». Du fait des interactions entre l'organisme et le milieu, cette conscience d'exister augmente et s'organise graduellement pour former la « notion ou l'image du Moi » (*Self-concept*), faisant elle-même partie de l'expérience en tant qu'objet de la perception.

Quant au « Moi idéal » (*Ideal-self*), il est constitué de l'ensemble des caractéristiques idéales que la personne voudrait pouvoir posséder comme représentatives et descriptives d'elle-même.

3. La santé et la pathologie psychiques

Le dysfonctionnement psychique

La perte de la liberté expérientielle par besoin de considération positive

A mesure que le jeune enfant se développe grâce aux relations qu'il établit avec des personnes importantes pour lui, il en vient à avoir une « image de soi » qui demande à être assurée et considérée. La manière dont ce besoin de recevoir une considération positive de la part de l'entourage se trouve ou non satisfait est déterminante et exerce une influence importante sur le besoin de considération positive du soi à l'égard de lui-même, tel qu'il se développera ultérieurement. Dépendant des personnes de référence qui

sont autour de lui, l'enfant ne peut en effet répondre à son besoin d'auto-considération que s'il a d'abord été lui-même l'objet ou le bénéficiaire d'une considération positive inconditionnelle. Un individu entouré de personnes qui le critiquent, le jugent ou le condamnent par rapport à ce qu'il ressent apprend, pour se protéger et être à tout prix apprécié, à se couper de ce qu'il vit de façon libre et spontanée. C'est ce que nous nommons la *perte de la liberté expérientielle*.

Il nous semble utile d'insister ici sur le fait que cette liberté expérientielle ne signifie absolument pas la « liberté de tout pouvoir faire », mais bien celle de « tout pouvoir penser et ressentir ». Elle se rapporte donc aux phénomènes internes de l'individu. Elle est ce qui permet à celui-ci de reconnaître et d'élaborer librement ses expériences et ses sentiments personnels, sans devoir les nier ou les déformer pour garder l'estime des siens.

L'incongruence comme désaccord fondamental entre l'expérience vécue et le moi

Il arrive que, pour développer ou conserver une estime à ses propres yeux, la personne introjecte constamment les valeurs de personnes de référence extérieures au point de ne plus avoir, comme critères de valeur internes, que des normes importées. En pareil cas, la possibilité d'une vie authentique risque d'être restreinte, voire annihilée. Pour défendre son moi de ce qui le menace, l'individu « intercepte » (*subception*) en effet sa réalité intérieure, en sorte qu'un décalage progressif s'opère entre son expérience – peut-être inconsciente – et son moi conscient. C'est ce que Rogers appelle l'incongruence, l'inauthenticité ou le désaccord fondamental. Le sujet perçoit alors ses expériences de manière sélective, en fonction de ce qu'il pense devoir faire pour être apprécié et considéré. A moins d'être conformes à de telles conditions externes, ces expériences ne peuvent plus accéder à la conscience du moi sans subir de déformation ou de négation.

Mode externe d'évaluation et processus de dysfonctionnement

Pour s'assurer d'une appréciation positive de la part de son entourage, l'individu a dès lors tendance à placer de plus en plus son centre d'évaluation à l'extérieur de lui-même. Mais du même coup, de nombreuses expériences sont ressenties comme menaçantes. Des « je t'apprécie si tu es gentil » pourraient amener une personne à rejeter sa colère par crainte de ne plus être acceptée. Pour aider l'organisme à faire face, un processus de défense se met alors en place. Celui-ci peut résider en une « perception sélective », en une « déformation » et/ou en une « interception » partielle ou totale des expériences spontanées.

La personne qui ne se rend pas compte de son état de désaccord devient vulnérable à l'angoisse et au dysfonctionnement psychique. Si, à la suite d'une expérience critique, un désaccord se dévoile de façon indéniable,

l'image du moi peut se désintégrer; au moment de sa prise de conscience, le sujet se sent menacé par quelque chose qui est manifestement et indéniablement réel, mais qui est en désaccord avec l'image qu'il se fait de lui-même. Comme le processus de défense empêche l'expérience de se symboliser correctement, un effondrement se produit – le choc de la prise de conscience –, qui se caractérise par un état de désorganisation. Notons cependant que, si une telle crise survient dans un cadre sécurisant et empathique, comme celui du processus thérapeutique, elle peut elle-même devenir le moteur d'un processus de réintégration.

La personne qui fonctionne pleinement

La personne qui fonctionne pleinement (*fully functioning person*) se caractérise par la congruence, c'est-à-dire par un accord interne entre le moi et l'expérience. Cette notion de congruence, élaborée par Rogers au départ de sa pratique clinique, a une signification théorique centrale dans la mesure où elle désigne une condition première et incontournable du processus acheminant l'individu vers une « vie pleine »⁴.

Lorsque, par un travail de remise en question et de modification de l'image qu'elle se fait d'elle-même, la personne s'engage dans un processus visant à (r)établir l'accord entre son expérience et son moi, l'on peut observer trois types de conséquences positives:

Une ouverture accrue à l'expérience

Le trait le plus frappant chez une personne qui commence à fonctionner pleinement est l'ouverture toujours plus grande qu'elle manifeste face à ce qu'elle vit. Elle explore ce qui se passe en elle, l'écoute, l'accepte; elle s'autorise à éprouver et à penser sans se sentir menacée; elle devient aussi de plus en plus capable d'écouter les autres. Si nous pouvions être complètement ouverts à notre expérience, les déclencheurs internes ou externes pourraient être relayés directement par le système nerveux sans être déformés ou interceptés par un mécanisme de défense; la personne (hypothétique) vivrait la globalité de son expérience et en serait pleinement consciente.

⁴ Evoluer vers une « vie pleine » consiste à être de plus en plus *soi-même*, une expression-clé dans la pensée de Rogers. Interviewé par *Le Journal des psychologues* en janvier 1985, celui-ci fait à ce sujet le commentaire suivant: « C'est en évoluant en tant que personne qu'on laisse tomber les rôles pour n'être plus que soi-même dans toutes les circonstances de la vie. » (p. 11). On saisit bien ici la différence entre l'image de l'homme véhiculée par la thérapie centrée sur la personne, qui privilégie une vision unitaire, pleine, sans le parasitage des rôles, et celle de la psychanalyse freudienne, où les rôles de la personne sont constitutifs de son identité. Lacan, parlant de la folie de Louis II de Bavière, qui s'identifiait à sa fonction royale, écrivait non sans humour: « Il convient de remarquer que si un homme qui se prend pour un roi est un fou, un roi qui se prend pour un roi ne l'est pas moins »! (N.D.)

Une vie existentielle accrue

Un autre trait du mouvement vers la vie pleine réside dans l'aptitude à vivre le moment « ici et maintenant ». L'ouverture à l'expérience est cœxtensive d'une essentielle nouveauté de chaque moment de la vie – la configuration concrète et charnelle des situations n'étant jamais identique. La « vie pleine » désigne donc un style existentiel marqué par la fluidité, où la personnalité se présente comme émergente de l'expérience, au lieu que celle-ci soit déformée pour se plier à une structure préconçue du moi. La personne vivant pleinement ne contrôle pas, mais « participe » à l'expérience de son organisme.

Une confiance accrue dans son organisme

La troisième caractéristique de l'acheminement vers une « vie pleine » est le développement d'une confiance croissante de l'individu vis-à-vis de son organisme et de sa sensibilité. La personne qui fonctionne pleinement tire sa source d'évaluation et son principe de décision d'elle-même, et non d'un modèle normatif, emprunté à telle personne ou représentatif de telle autorité extérieure. Elle en éprouve un sentiment de liberté, mais aussi de responsabilité, assumant autant la décision de son action que les conséquences de ses choix.

La « vie pleine » peut ainsi se concevoir comme une tendance de l'organisme par laquelle l'expérience s'écarte d'un pôle de défense pour se diriger vers un pôle d'ouverture. Mais comme cette « vie pleine » n'est jamais un état, mais bien plutôt une direction vers laquelle nous tendons, un tel mouvement n'est pas linéaire ni dépourvu de fluctuations.

De même, ce mouvement se déroule dans toutes les directions, y compris dans celles dont le parcours s'avère actuellement douloureux. La personne, en d'autres termes, peut s'ouvrir tant à ses sentiments de joie, de courage, de tendresse ou d'admiration qu'à ceux de peur, de découragement, d'agacement ou de souffrance. Elle est de plus en plus capable de vivre pleinement les expériences de son organisme, sans plus leur refuser l'accès à la conscience.

L'orientation positive de la nature humaine

Il est clair que Rogers défend une conception « positive » de la nature humaine, qui tranche ouvertement sur les conceptions judéo-chrétiennes, freudiennes, puis behavioristes qui ont dominé la culture éducative et relationnelle de l'époque. Il ne voit pas dans l'homme, tel que sa pratique clinique lui a permis de l'observer, une nature imprévisible, irrationnelle et indigne de confiance qu'il faudrait contrôler par l'éducation et les structures de la civilisation. L'homme est fondamentalement, selon lui, un être social, un être qui, privé de contact, ne pourrait développer la conscience de son existence.

Soulignons enfin que cette conception de Rogers, souvent qualifiée de naïve, ne veut pas nier que l'individu puisse se comporter d'une manière immature, nuisible ou anti-sociale, voire cruelle et horriblement destructrice.

Mais elle comprend de tels comportements inadéquats comme des moyens de défense que l'individu déploie pour lutter contre ses peurs ou pour combler les frustrations qui découlent d'une absence de réponse à ses besoins fondamentaux ou de l'inadéquation des réponses reçues. De tels comportements impliquent certes un choix délibéré, mais ils résultent d'abord d'une reproduction de modèles comportementaux ou d'un conditionnement social.

Pour Rogers, l'être humain n'est pas cet être fondamentalement irrationnel dont les pulsions, si elles n'étaient pas contrôlées par la raison, aboutiraient à la destruction, y compris à la sienne. La finalité qui l'habite vise à une actualisation *équilibrée* de toutes ses potentialités, rationnelles autant qu'émotionnelles, sans prévalence de l'un de ces deux registres sur l'autre, dans la mesure où tous deux aident à répondre aux besoins et aux buts de l'organisme.

Les moyens d'évaluation (formels et informels)

Nous avons vu que, lorsque l'individu vit un dysfonctionnement ou un désaccord entre son expérience et son moi, le motif principal en est une défaillance plus ou moins grande de l'organisme à évaluer ses besoins. L'utilisation de moyens, formels et informels, visant à évaluer l'état de santé ou de maladie d'un individu, requiert dès lors une grande circonspection. Elle risque en effet de suggérer au client que le thérapeute est capable de fournir des solutions à ses difficultés – solutions qui ne seront pas authentiques par rapport à ses besoins propres et qui pourront contribuer à une *sur-dépendance* de sa part.

L'objectif réel des évaluations (et de l'éventuel recours à tests) est donc déterminant et doit être clarifié, autant dans l'esprit du thérapeute que dans leur présentation au client. L'ACP ne nie pas leur utilité – Rogers disait que « les faits sont des amis » et il est effectivement important de se donner les moyens d'observer et de comprendre les réalités humaines relationnelles. Mais, d'un point de vue thérapeutique, ces évaluations ne s'avèrent efficaces que si elles sont en relation avec un besoin que la personne nourrit d'avoir un outil de regard sur elle-même et sur son fonctionnement.

Dans l'esprit de l'ACP, l'indication du traitement est le seul élément qui exige une évaluation systématique de la part du thérapeute. Celle-ci doit clarifier l'état de l'estime que le client se porte, son mode de relation à lui-même, son degré de tension, de stress ou de détresse, son éventuelle dépendance par rapport à un contrôle extérieur (familial ou autre). Il importe aussi d'examiner quel type d'intervention est le plus approprié – direct (setting individuel) ou indirect (rencontre des parents...) – et d'évaluer la disposition du thérapeute lui-même (se sent-il capable d'accepter et de comprendre les difficultés et les besoins de la personne qui le consulte?).

Avec nos observations personnelles, lorsque nous évaluons, nous nous servons aussi de diverses batteries de tests courants standardisés, mais applicables à l'ACP (Neidhart, 1998; Eckert, 1995). Nous nous référons également au DSM-III-R, au DSM-IV et au CIM-10 lorsqu'il est nécessaire de poser un diagnostic selon une terminologie universelle ou pour communiquer avec des collègues pratiquant d'autres approches. Pour des motifs de formation ou les demandes du client, fréquemment nous utilisons l'enregistrement audio ou vidéo, cela évidemment avec l'accord de règles claires entre le client et le thérapeute. Comme types d'outils individuels ou collectifs d'(auto)évaluation, nous en proposons plusieurs : des inventaires de contrôle, des questionnaires, des « Q.Sort », des évaluations par consultation, par graphiques, par appréciation, etc.

Concernant ce que nous entendons par « évaluations informelles », nous sommes particulièrement attentifs aux processus de la communication verbale et non-verbale, de notre relation, de notre fonctionnement et de celui du client. Selon les intérêts ou les sensibilités propres à chaque thérapeute et client, nous pouvons nous servir d'un matériel aussi divers que varié, comme le questionnaire, le photo-langage, le journal de bord, la « ligne de Vie », les contes, des collages, de la peinture, des jeux, le travail avec la terre, les jeux de rôles, la musique, etc. L'ensemble de ces observations faites tout au long de la thérapie nous aident à évaluer son évolution. Découvertes par lui-même ou reflétées chaleureusement et respectueusement par le thérapeute lorsque c'est nécessaire, les données qui en ressurgissent servent et nourrissent sans cesse le processus thérapeutique.

4. Objectif thérapeutique

Etant donné la nature fondamentalement sociale de l'être humain, les relations qu'une personne noue avec son entourage ont un rôle déterminant dans son processus de développement. Si nous avons présenté plus haut la dimension relationnelle de l'existence comme la source d'un dysfonctionnement ou d'un blocage possible de l'actualisation vers la vie pleine, la pratique thérapeutique a également permis d'affirmer que cette dimension peut contenir les éléments qui favorisent les processus de croissance et d'actualisation, ceux-ci étant synonymes d'un fonctionnement psychique épanouissant.

C'est à l'élucidation et à l'élaboration pratique de ces conditions relationnelles que Rogers a consacré une grande partie de son activité. Il a constamment pu vérifier que l'aspect qualitatif de la relation représentait l'élément central des processus individuels (et collectifs) d'actualisation, d'évolution et d'apprentissage – la thérapie étant elle-même conçue comme un processus d'apprentissages expérientiels.

Si son but ultime vise à favoriser la croissance d'une personne vers un « fonctionnement plein », la thérapie centrée sur la personne a en effet pour objectif premier d'offrir au client une qualité de relation particulière. Le climat

relationnel doit être « facilitateur » – la relation elle-même se caractérisant, selon Rogers, comme une « relation d'aide ». Pour favoriser le développement d'un accord entre le Moi et son expérience, la thérapie centrée sur la personne cherche donc de prime abord à offrir une attention, une présence et un dispositif qui garantissent une relation sécurisante et non-jugeante. C'est grâce à ce lien que la personne pourra s'autoriser à explorer son vécu pour le comprendre, lui donner un sens et l'accepter ou prendre de nouvelles décisions menant en direction de ce qu'elle perçoit comme une actualisation plus plénière de son être.

Comme nous le commenterons dans la suite, la présence de certaines attitudes congruentes chez le thérapeute déclenche inévitablement chez le client un processus de changement orienté. Ce mouvement ne se produit assurément pas pour chacun au même rythme, et sa profondeur psychologique n'est pas la même chez tous. L'approche centrée sur la personne a justement en propre de laisser au client le soin d'évaluer lui-même les buts et les objectifs qu'il veut atteindre au terme de sa progression thérapeutique; et tous ne choisissent pas de parcourir la même distance. Du point de vue du client, l'objectif de la thérapie est donc variable : certains font le choix de s'arrêter aussitôt qu'ils se sentent soulagés d'une souffrance psychologique qui était intolérable; d'autres visent une modification plus globale de leur fonctionnement personnel (même si, dans certains cas, les attentes initiales ont pu être plus modestes).

De façon concrète et englobante, nous schématiserions les effets du processus thérapeutique en disant que le patient présente progressivement :

- une manière renouvelée de vivre son expérience interne et de gérer ses sentiments;
- un changement dans le climat d'acceptation de soi;
- un passage de la non-congruence inconsciente à la congruence;
- une nouvelle manière de se rapporter à ses problèmes;
- un changement dans son mode de relation à autrui⁵.

⁵ Les trois critères de santé psychiques présentés plus haut (ouverture accrue à l'expérience, vie existentielle accrue, confiance accrue dans son organisme, cf. *supra*, section 3), ainsi que les objectifs thérapeutiques mentionnés ici, sont décrits de manière très concrète et parlante, mais ressortissent essentiellement à la sphère privée de l'expérience personnelle. L'ancrage social de celle-ci n'est pas vraiment souligné, même si Rogers insiste sur sa dimension relationnelle en fonction de la nature fondamentalement sociale de l'homme. Cette dimension relationnelle est restreinte à un point de vue qui reste, selon nous, très psychologique. A ce sujet, il est intéressant de renvoyer à un échange public ayant eu lieu en 1957 entre Carl Rogers et Martin Buber, philosophe existentialiste juif. Selon ce dernier auteur, la conception rogerienne de la relation humaine n'implique ni une réelle réciprocité, ni un sentiment d'appartenance et d'affiliation à des communautés humaines. Lors de ce débat public, Buber s'expliqua ainsi : « Un individu peut devenir de plus en plus un individu sans que cela ne le rende vraiment homme. J'ai un grand nombre d'exemples de personnes qui sont devenues de plus

Nous illustrerons brièvement cette idée par un exemple clinique. Il s'agit d'une femme d'une cinquantaine d'années qui consulte trois ans et demi après que son mari se soit donné la mort. Elle souffre d'un brusque épisode dépressif qui se manifeste par une perte de motivations et par des sentiments d'échec, de culpabilité, d'inutilité et de rejet. Elle présente un état de stress et des angoisses, dont celle de se suicider. Tendue et à bout, elle demande de l'aide pour se « sentir mieux »; sa demande, au départ, ne va pas plus loin.

Le fait que cette cliente se sente en face d'une personne qui l'écoute, qui cherche à la comprendre, qui accepte ses émotions et ses pensées sans jugement, lui permet peu à peu de nouer avec elle-même des relations plus authentiques. Le climat de la relation l'aide aussi à observer son propre fonctionnement avec plus de distance. Elle s'autorise à exprimer et à examiner ses émotions, ainsi que les valeurs, largement issues de son éducation, qui lui servent de référence: son sens du devoir, sa valorisation de la volonté, etc. Progressivement, elle accepte la responsabilité qu'elle a dans les relations qui l'ont fait souffrir, mais elle commence aussi à percevoir ses qualités et ses capacités multiples. En fin de thérapie, elle dit se sentir « construite, sereine, plus vraie ». Au cours du dernier entretien, elle résume de la façon suivante ses découvertes les plus marquantes: « J'ai appris ici à accepter ce qui se passe en moi, à ne pas le juger; je me suis aussi rendu compte que, finalement, il n'y a que moi qui puisse être responsable de ma vie. » Cette cliente reflète visiblement dans son discours les effets bénéfiques qui ont découlé de sa relation au thérapeute, qu'elle a ressenti comme vrai, acceptant et empathique.

5. Processus thérapeutique et techniques

Là où une réelle relation d'aide peut s'établir, le client chemine sur une trajectoire qui, en général, part d'une image de soi relativement pauvre ou négative et se déroule vers une position où cette image de soi est proche de l'être tout entier. Une telle trajectoire requiert de la part du thérapeute des comportements qui confirment le client dans cette perception plus fine de

en plus des individus, vraiment distincts des autres, s'étant beaucoup développés dans leur originalité sans n'être du tout ce que j'aimerais appeler un homme. » (Cf. B. Thorne, 1992, *Comprendre Carl Rogers*. Trad. franç. Toulouse: Privat, 1994, pp. 95 ss).

On peut se demander – et la remarque qui suit vaut pour la plupart des approches représentées dans cet ouvrage – pourquoi les psychothérapeutes « psychologisent » si facilement l'objectif de leurs activités et ne l'explicitent que très rarement en termes de construction du lien social. Même les plus « socialisants » d'entre eux, parmi lesquels nous rangeons les adlériens, les gestaltistes et les systémiciens, ne sont en général pas plus loquaces que leurs collègues sur la fonction sociale de la psychothérapie. Par exemple, des thérapies avec des migrants, des chômeurs, des sidéens, des personnes abusées ou maltraitées, etc., peuvent-elles se conformer à la seule option psychologique-individualiste? A ce sujet, cf. N. Duruz, *Psychothérapie ou psychothérapies?* Neuchâtel: Delachaux & Niestlé, 1994, particulièrement pp. 123-127. (N.D.)

soi. Dans la mesure où celle-ci est acceptée, elle peut être vécue plus positivement par le client; son comportement se modifie alors et nourrit à son tour favorablement l'image qu'il se fait de lui-même.

Facteurs curatifs essentiels

La relation d'aide telle que Rogers la comprend ne se réduit pas à l'application de techniques qui régiraient l'établissement de la relation et prescriraient la manière dont il s'agit de régler les problèmes. La qualité relationnelle qui, comme nous l'avons dit, est au principe de la possibilité d'un changement curateur, est déterminée par trois facteurs que Rogers considère comme essentiels et qui, tous trois, relèvent de l'attitude du thérapeute: son authenticité, son empathie et sa considération positive inconditionnelle. En référence à Portelance (1992, p. 9), nous définissons l'*attitude* comme:

« la disposition psychologique qui se dégage inconsciemment d'une personne et qui révèle ses émotions, ses intentions et ses pensées réelles. C'est un état intérieur de l'aidant qu'il communique à son insu, dans toutes ses relations, par son langage non-verbal: l'intonation, le débit, le volume de sa voix, ses mimiques, ses gestes et surtout les ondes énergétiques émises par son corps physique et par son corps éthérique. »

Les trois facteurs susmentionnés qui sont constitutifs de la relation d'aide ont cependant en propre d'impliquer à la fois l'attitude de la personne « aidante » et la perception que l'aidé a ou peut avoir de cette relation.

L'authenticité ou la congruence du thérapeute

Au même titre que les deux autres attitudes que nous allons commenter, l'authenticité est une notion qui ne désigne pas un état atteint, mais une évolution constante dans une certaine direction. L'authenticité renvoie en l'occurrence à la préoccupation que le thérapeute a d'exister dans la relation d'une manière qui puisse être perçue par l'autre comme vraie, engagée, sûre, digne de confiance et conséquente.

Au fil des années, Rogers élaborait de façon toujours plus profonde la question de savoir comment être soi, c'est-à-dire à la fois vrai – sans masque ni façade – et capable de communiquer d'une façon congruente. L'attitude consistant à « faire semblant » est une attitude qui, selon lui, est toujours plus ou moins perçue par l'autre comme contradictoire ou inconséquente et qui, comme telle, déclenche de la méfiance et de l'insécurité. Pour être digne de confiance, le thérapeute doit se conduire de façon congruente; « j'entends par ce mot, explique Rogers, que mon attitude ou le sentiment que j'en éprouve, quels qu'ils soient, seraient en accord avec la conscience que j'en ai » (Rogers, 1968, p. 39).

La congruence implique donc la capacité de percevoir ses expériences présentes et de les exprimer au moment opportun, de même que la capacité d'utiliser ses diverses facultés, tant émotionnelles que rationnelles, de

manière adéquate et équilibrée. La communication authentique n'est cependant pas une chose qui s'apprend en répétant une série de règles, de conduites ou de techniques. Cet apprentissage est d'ordre expérientiel et, en tant que tel, se fait à partir de sa propre personne. Il exige que le thérapeute accorde du temps et de l'espace à la perception de ses propres besoins et émotions, à la prise de conscience de ses limites, à l'accueil ouvert de ce qui se vit chez lui-même et chez l'autre et, simultanément, au travail de différenciation entre ce qui est respectivement à soi et à l'autre.

La conséquence directe d'une telle attitude réside, chez le client, en une sécurité accrue dans la relation au thérapeute et dans la (re)découverte qu'il est possible de vivre une émotion et de l'exprimer d'une manière personnelle et responsable sans être dévalorisé.

L'acceptation ou la considération positive inconditionnelle

La considération positive inconditionnelle est une attitude qui répond à un besoin profond du sujet humain. En acceptant l'autre en tant que personne, de manière inconditionnelle, avec ce qu'il vit, exprime, pense ou éprouve, le thérapeute lui transmet qu'il est digne de valeur. Cet accueil positif suscite chez le client un recentrage sur son propre système d'évaluation et une plus grande confiance en lui. Pour qu'il puisse explorer son Moi, puis mieux l'accepter ou corriger les aspects de l'image de lui-même qui lui sont reflétés et qu'il perçoit comme incorrects, il est important que tous ses sentiments, même hostiles, et toutes ses expériences – qui ne sont pas équivalentes à ses comportements – ne soient pas jugés, mais entendus et compris. Le message que le thérapeute transmet à l'autre lorsqu'il l'accepte inconditionnellement est celui-ci : « je te reconnais une valeur, quoi que tu vives ; je t'apprécie comme tu es, dans toute ta personne et sans condition ; je te reconnais le droit d'évaluer toi-même en fonction de ta propre actualisation ». Cette attitude facilite le changement dans la mesure où le client devient de plus en plus capable de s'accepter dans la plénitude de ses aspects et, par suite, de poser les choix qui correspondent au mieux à ses aspirations profondes.

L'empathie

L'empathie consiste à percevoir et à comprendre aussi complètement que possible le cadre des références internes du client, avec les composantes émotionnelles et les significations qui s'y rattachent. Parmi les besoins fondamentaux de la personne, cette attitude répond à ceux qui visent la reconnaissance et l'estime. En exprimant le plus clairement possible la manière dont il perçoit la signification du monde interne de son client, le thérapeute lui manifeste non seulement son attention, mais aussi son intention de le comprendre et de le reconnaître tel qu'il est. Cette recherche de compréhension de la part du thérapeute facilite l'aptitude du client à modifier son

estime de soi et à s'ouvrir plus largement à ses expériences. Écouté et accepté dans un climat chaleureux, le client apprend à s'écouter et à s'accepter lui-même.

Concrètement, il s'agit pour le thérapeute de se mettre à la place de l'autre « comme s'il était l'autre », mais sans oublier ce « comme si ». Au niveau de la communication, une telle attitude d'empathie consiste à se centrer davantage sur la signification personnelle que le thérapeute perçoit à travers les messages verbaux et non-verbaux du client que sur le contenu intellectuel des mots. De nombreuses recherches (cf. notamment Rogers, 1980 ; Tausch *et al.*, 1979) ont montré qu'un niveau élevé d'empathie constitue le facteur facilitateur le plus puissant de l'auto-exploration et du changement.

Si l'empathie est une compétence qui peut s'entraîner, la recherche a cependant montré (Biermann-Ratjen *et al.*, 1995) que l'expérience personnelle du thérapeute en était une composante importante et non réductible. L'effort de compréhension du monde subjectif du client doit en effet être sincère chez le thérapeute ; il exige par ailleurs que ce dernier puisse momentanément mettre de côté ses propres valeurs et modes de pensée pour pouvoir entrer sans préjugé dans le monde du client. À cet égard, la dimension du développement personnel est primordiale ; le thérapeute ne pourra momentanément mettre son propre Moi de côté que s'il est assuré de pouvoir le retrouver, sans risquer de se perdre dans l'univers bizarre ou étrange de l'autre⁶.

Description d'un cadre thérapeutique possible

Comme précisé plus haut, la relation forme déjà en elle-même un cadre thérapeutique. Étant donné que la clarté et le respect de l'engagement assurent la sécurité dans la relation, il est déterminant que le thérapeute clarifie rapidement – en général dès la première séance – les clauses du contrat thérapeutique. Les attentes du client doivent être explicitement abordées, et le cadre de fonctionnement du thérapeute doit être explicité (tarif, mode de paiement, fréquence des séances, durée envisagée, etc.).

⁶ Cette formulation sur l'attitude du thérapeute qui devrait « s'oublier » au profit du client renvoie à la critique amorcée dans la note précédente. Si la relation thérapeutique doit favoriser l'expression et le développement de l'espace privé et personnel du client – et de ce point de vue, le thérapeute ne sera jamais assez rogérien ! – il n'en reste pas moins que cet espace doit être connecté à une référence autre qu'à la seule référence du client. C'est là qu'un certain nombre d'auteurs (dont des psychanalystes et des psychosociologues constructivistes entre autres) se demandent si ce type de relation n'accorde pas paradoxalement une grande puissance au thérapeute, qui favoriserait à son insu une dépendance du client à son égard. Ils s'interrogent aussi sur la place réservée dans la relation thérapeutique à l'expression des affects négatifs, en particulier de l'agressivité, et via leur expression, à l'expérience par le client de la limite et de la différence, dimension constitutive dans la construction sociale de l'identité humaine. (Concernant ces critiques, cf. entre autres Thorne, *op. cit.* pp. 89-118). (N.D.)

La fréquence des séances est déterminée en fonction de la situation du client. Elle peut être modulée, dans le cours du processus thérapeutique, en fonction de la transformation des besoins: lors d'une situation aiguë, par exemple, le thérapeute pourra proposer deux ou trois séances par semaine, alors qu'en fin de processus, les séances seront espacées de plusieurs semaines. Au début d'un traitement, la régularité des entretiens est cependant un facteur déterminant. Le rythme d'une séance par semaine ou par quinzaine est une pratique courante dans la thérapie individuelle.

Quant à la durée du traitement, elle varie en fonction de la demande d'aide du client, de son mode de fonctionnement et des objectifs qu'il vise. Certains demandent à accomplir une démarche personnelle profonde, qui exige plusieurs mois de suivi; d'autres attendent un soutien plus ponctuel en rapport avec un événement douloureux, une décision à prendre, une tâche éducative et parentale, etc.

6. Le rôle du psychothérapeute

Nous avons vu que les conditions relationnelles de base de la relation d'aide – authenticité, considération positive, empathie – constituent une manière d'être envers le client plutôt qu'une simple application de techniques que l'aidant pourrait apprendre et reproduire. Ainsi, le thérapeute centré sur le client a prioritairement pour rôle de manifester certaines attitudes de base dans le cadre de cette relation particulière qu'est la thérapie. Comme la qualité première de ces attitudes réside dans leur authenticité, le thérapeute a pour tâche importante de se donner les moyens de développer toujours mieux la perception et l'expression de ses propres besoins et vécus intérieurs. Cet axe du développement personnel doit lui permettre de se différencier de son client et de pouvoir ainsi mieux l'accompagner.

Le thérapeute centré sur la personne se sert bien sûr aussi de techniques de communication, telles la « reformulation » ou l'« écoute active », qui sont des moyens verbaux d'exprimer l'empathie et qui ont souvent été considérées comme les outils classiques et spécifiques de l'ACP.

Reste cependant que les techniques n'ont d'efficacité thérapeutique que si elles sont utilisées pour répondre avec respect aux besoins actuels du client; en aucune façon, elles ne peuvent se muer en un paravent qui masquerait le thérapeute ou le détournerait d'une attention empathique portée au vécu présent de son client.

Les qualités d'un psychothérapeute centré sur la personne relèvent donc prioritairement du domaine du développement personnel: connaissance et acceptation de soi, gestion et communication des émotions dans la relation, déploiement d'attitudes positives. Ce travail constant lui permet de différencier ses réalités internes de celles de son client et, par là, d'être davantage à même de comprendre et d'accepter son cadre spécifique de références.

7. Récit d'une psychothérapie

Nous présenterons à titre d'illustration un processus thérapeutique qui a duré 7 ans (avec un total de 144 séances). Nous évitons de poser un diagnostic. Le client, que nous nommerons Charles, consulte à l'âge de 18 ans; il souhaite aborder des « questions très personnelles ». Grand jeune homme à l'allure plutôt athlétique, il est l'aîné d'une famille de trois garçons et fréquente le gymnase. Le thérapeute et le client s'engagent pour une psychothérapie.

Première phase de la thérapie: « Quitter la famille »

Durant les premières séances (séances 1 à 10), le lien se noue progressivement; le thérapeute et le client déterminent ensemble ce qu'ils peuvent se fixer comme objectifs. Charles présente les problèmes qui l'ont amené à consulter. Il a de sérieuses difficultés au gymnase – difficultés relationnelles avec une enseignante, en particulier, ce qui diminue ses performances et le menace même d'un échec. Dans sa famille, il se sent rejeté; en tant qu'aîné, il se vit comme la cible des critiques. Il décrit son père comme très autoritaire et évite toute relation avec lui. Au niveau personnel, il manque d'énergie et de buts; il ne sait pas ce qu'il aimerait faire. Recherchant un équilibre entre le manuel et l'intellectuel, il hésite à arrêter le gymnase, mais ne voit pas d'alternatives. Il aimerait trouver un lieu où il soit compris, accepté, aimé, mais se sent incapable de provoquer un tel changement. Il se sent bien lorsqu'il est loin de la maison, chez une tante par exemple. Là, il se ressource, mais, sitôt à la maison, tout est de nouveau comme avant. Ses yeux s'illuminent lorsqu'il parle d'un projet de vacances en Amérique, mais dans l'ici et maintenant, rien ne paraît l'enthousiasmer.

Ses problèmes se clarifient progressivement comme convergeant vers une difficulté à vivre les relations. Des projets se mettent timidement en place; il aimerait s'affranchir, prendre sa vie en main, partir pour recommencer sur de bonnes bases.

Au niveau de la relation entre thérapeute et client, l'on note dans cette première phase que Charles apprécie le climat des rencontres, qui lui apportent ce qu'il ne trouve pas dans sa famille. Il fait part de sa confiance et de sa sympathie pour le thérapeute. Celui-ci reste très prudent; sentant Charles fragile, il choisit de manifester beaucoup d'empathie et très peu de confrontation.

Pour ce qui est du mode de fonctionnement du client au départ, l'on relève que Charles parle peu de ses sentiments et ne sait pas nommer clairement ses difficultés; il les impute essentiellement aux autres (il n'a pas de chance avec ses parents, ses enseignants, ses copains...) et se sent impuissant à changer quoi que ce soit dans sa situation. Il a certes un espoir magique: tout s'arrangera un jour – mais ne peut former de projets. Son discours est essentiellement orienté vers la plainte.

Deuxième phase: «A la recherche de la famille idéale»

Durant la seconde phase de la thérapie (séances 11 à 17), les relations en famille se sont dégradées; un conflit violent a éclaté entre Charles et son père, qui le menaçait d'une arme. Charles décide de quitter son milieu familial et s'établit dans la ville où il suit le gymnase, dans une famille à qui il loue une chambre. Très vite, il remarque que, si cette famille met une chambre à sa disposition, c'est pour gagner un peu d'argent, et non pour l'accueillir lui. De petits incidents suivis de quelques confrontations lui font dire, après trois mois, qu'il s'entend encore mieux avec son père... Au gymnase, la situation s'améliore, aussi bien sur le plan des résultats que de ses relations avec les enseignants et les étudiants. Il se rapproche notamment d'une jeune fille, qui lui dit qu'elle a déjà un ami. Il est content d'avoir pu, pour la première fois, se rapprocher d'une fille. Il se rend par ailleurs compte qu'il n'était pas prêt à s'investir dans une relation amoureuse.

L'on observe certains changements dans son mode de fonctionnement. Prenant les choses en main, il déménage et découvre peu à peu qu'il a un pouvoir sur ce qui lui arrive. Dans ses relations, il note avec étonnement que, lorsque lui-même change, ses partenaires et la relation changent aussi. En séance, il commence à parler moins de la méchanceté des autres et davantage de sa propre peur de s'ouvrir. Certes, son auto-exploration le trouble, surtout lorsqu'il découvre qu'il pourrait remettre ses idéaux en cause. Il accepte ses sentiments de tristesse, mais pas du tout ses colères ni son pessimisme, hérité de son père.

Dans sa relation au thérapeute, il commence à rectifier les reformulations lorsque celles-ci ne correspondent pas bien à ce qu'il voulait exprimer ou lorsqu'elles l'étonnent. Le thérapeute peut doucement commencer à le confronter. Le climat relationnel est quelquefois teinté par l'humour; il est aussi marqué par un partage de la tristesse. Souvent, Charles sollicite l'avis du thérapeute comme celui d'un bon père ou d'un grand frère.

Il a toujours de la difficulté à définir ses souhaits et à élaborer des projets. Rêvant de l'Amérique, il y passe effectivement ses vacances d'été, en séjournant chez un oncle. Son séjour se passe bien; il connaît des moments de bonheur, rencontre une fille et revient plein d'énergie.

Troisième phase: «Le retour au foyer»

La troisième phase de la thérapie s'étend de la 18^e à la 32^e séance. En revenant d'Amérique, Charles retourne vivre dans sa famille. – choix qui se révèle vite être très destructeur. Il commence à admettre que son père le touche énormément, mais qu'il aimerait y être insensible, car ces émotions le « bouffent complètement ». Il sent de la part de son père un rejet absolu. Il commence une régression importante, donnant même l'impression de descendre plus bas qu'en début de thérapie. Remettant tout en cause, il a envie

de repartir de la maison, d'arrêter le gymnase; il n'a plus non plus le goût d'entrer en relation avec sa copine, qui lui témoigne pourtant de la sympathie.

L'on apprend qu'au niveau familial, il n'y a pas que lui qui souffre: sa mère a décidé de quitter le foyer conjugal. Le frère cadet suit sa mère, tandis que celui du milieu veut rester avec son père. L'idée de se retrouver avec son père sans sa mère est insupportable à Charles. Il consulte le service social pour élaborer un départ négocié dans la légalité. Pendant cette période douloureuse, il s'accroche aux quelques éléments stables de sa vie – un groupe religieux, les cours d'appui qu'il donne à un élève et la thérapie elle-même – mais en même temps, il a envie de partir, de fuir. Il est globalement déçu par la vie qu'il mène et se demande si, en thérapie, il a fait du chemin. Il transmet sa peur de paraître ridicule aux yeux du thérapeute et sa honte de vouloir à nouveau déménager. L'on aperçoit, séparés en lui, le Charles qui juge, qui décide, qui énonce une série de « tu dois » et le Charles qui souffre et se plaint. Il se trouve dans un état d'incongruence maximale. Après six mois, il décide d'aller vivre chez un oncle qui vit proche de chez lui.

Même si Charles répète à deux ou trois reprises au thérapeute qu'il va bien, ils ont l'un et l'autre l'impression de tourner en rond et de se centrer sur les problèmes urgents pour éviter d'aborder les problèmes essentiels. Lorsque cette impression peut être thématisée, un pas en avant s'accomplit: l'on quitte le discours narratif pour accueillir la souffrance. Le thérapeute propose qu'en dehors des séances, Charles écrive ses émotions et ses insatisfactions. En séance, il l'invite à écouter son corps à travers des exercices de *focusing* (cf. *infra*, 9), sentant que l'habileté verbale de Charles lui permet d'éviter d'aborder le noyau de son problème, à savoir son incongruence.

A présent, Charles demande souvent un avis de spécialiste au thérapeute qui, selon lui, devrait pouvoir résoudre ses problèmes. Mais le thérapeute le renvoie toujours à lui-même. Charles est irrité et découragé.

Cinq années s'écoulent (séances 33 à 126), tandis que la thérapie se poursuit, avec des hauts et des bas, et certains changements dans la vie de Charles (études, armée, etc.). Mais nous voudrions concentrer la suite de notre présentation sur la phase finale de la thérapie.

Phase finale de la thérapie: «Le retour d'Asie»

Charles est allé six mois en Asie, où il a eu l'occasion de prendre confiance en lui, de travailler dans un bar, de faire des rencontres sympathiques. A son retour, il continue ses études à l'Université et, après trois mois, reprend contact avec le thérapeute. Il se sent bien; il trouve que ce serait le moment d'avoir une relation avec une fille et se demande ce qui l'en empêche encore. Il dit souhaiter avoir encore trois entretiens, puis mettre un terme à sa thérapie.

Après deux séances, pourtant, il déclare qu'il voudrait prolonger celle-ci. Il dit qu'il s'est trahi en prétendant que tout allait bien et soulève le thème de son manque de sécurité, ainsi que sa peur de ne plus trop savoir ce qu'il veut.

Un élément déclencheur de cette remise en question a été l'une de ses rencontres avec sa mère, qui l'a mis dans un état tel qu'il est allé chez son médecin pour obtenir des calmants. Le thérapeute l'invite à écrire sur un papier ses états d'âme lorsqu'il se sent angoissé. Le fait de les écrire diminue considérablement ses angoisses.

Il commence alors un travail de réconciliation avec sa famille, qu'il va revoir de plus en plus souvent, les deux frères ayant rejoint la mère. Il a envie de parler moins, mais de dire ce qu'il pense vraiment. Il aide son frère cadet qui a de grandes difficultés scolaires et – chose complètement nouvelle – il dit vivre de l'affection en famille.

L'on poursuit le travail de reconnaissance des deux Charles, qu'il nomme maintenant « l'immobile » et « l'essence ». Il élabore sa peur de s'engager et d'être déçu. Lors des dernières séances, il aborde ses peurs liées à la sexualité, vécue comme dangereuse et chargée d'agressivité. Jusqu'à présent, il n'a jamais réussi à relier la tendresse, le respect et la sexualité. Il lui est difficile d'aborder une fille sans arrière pensée, car son esprit est habité par toute sorte d'idées; il y a chez lui un conflit entre la tête et l'instinct. Il découvrira peu à peu qu'il a honte d'éprouver du désir et qu'en un certain sens, sa peur des femmes l'arrange. Lorsqu'il élabore les idées et les croyances héritées de sa famille concernant la sexualité, l'on comprend mieux qu'il ne puisse pas bien la vivre. Ces idées sont, en gros, de cet ordre; la sexualité est une malédiction; elle est un piège dans lequel, une fois pris, l'on perd tous ses moyens; elle rend agressif; elle est une expérience décevante, ou encore, un plaisir interdit. Le fait que Charles puisse identifier ces croyances qui l'habitent et l'inhibent contribue déjà à les modifier.

Sa plus grande peur concerne la question de savoir comment quitter une relation dans laquelle il s'est engagé à fond. L'on peut schématiser son dilemme comme suit; « si je m'engage, c'est pour la vie; et si je découvre que ce n'était pas la bonne personne, je ne peux plus me libérer de la relation ». Il se présente un peu comme une voiture qui n'oserait pas foncer parce qu'elle n'aurait pas de freins. Chaque fois que le thérapeute propose à Charles un travail centré sur les messages du corps, un pas en avant semble se faire. Par exemple, un jour que son corps était complètement tendu et crispé, le thérapeute l'amène à se détendre, mais cette détente lui donne une sensation de mollesse, de déchéance, de vide. Son corps lui dit: « il y a en toi un vide et tu dois faire un grand effort pour le nier. »

Au niveau relationnel, de grands changements se produisent. Charles est actif dans une église où il se sent reconnu et accepté. Thérapeute et client élaborent un contrat en fixant des objectifs qui sont régulièrement atteints. Par exemple, lorsque quelque chose touche Charles en famille, il doit s'écouter et le noter ensuite dans son carnet, sans réagir immédiatement avec violence, comme c'était le cas auparavant. Il en arrive à comprendre et à accepter que les autres sont comme ils sont.

Durant cette dernière phase, suite à un accord réciproque, les séances sont plus espacées (une par mois), en sorte qu'il est plus difficile de garder le fil conducteur. A partir de la 130^e séance, Charles recommence à manquer les

séances (une sur trois environ) sans avertissement, mais cette fois, le thérapeute l'accepte très mal. Il lui fait signer un contrat avec un tarif pour les présences et un tarif pour les absences. C'est précisément lors de la séance où ce contrat est fixé que Charles dit qu'il souhaite mettre un terme à sa thérapie. Il apparaît alors que le thérapeute était devenu, durant les 7 années écoulées, le père de substitution que Charles avait de la peine à quitter et dont, en même temps, il devait s'affranchir.

Lors du dernier entretien (144^e séance), Charles a de la peine à se souvenir des préoccupations qu'il avait au début de la thérapie. Lorsque le thérapeute lui relit quelques notes prises 7 ans auparavant, il constate combien son regard a changé, à commencer par le regard qu'il porte sur lui-même.

Charles dit avoir appris à identifier ses sentiments; il peut aussi les transmettre dans certains milieux. Il a mis en communication les différentes personnes qui sont en lui: celle qui pense et veut et celle qui ressent, souffre et aime; celle qui a peur et freine et celle qui avance avec confiance. Ce travail de réconciliation avec lui-même s'est aussi traduit dans ses relations aux autres. Il a des contacts riches avec une communauté religieuse où il a l'occasion de parler de lui sans crainte d'être jugé. Et il a retrouvé sa famille, qu'il retourne voir régulièrement. Il a appris à déceler autre chose que de la haine dans le regard de son père. Et il peut se confronter à sa mère, comme à d'autres, sans que cette confrontation vire à l'agression irrespectueuse. Il ose reconnaître et affirmer ses besoins, autant dans la relation thérapeutique qu'en dehors de celle-ci.

Lorsque le thérapeute et le client font un dernier bilan sur leur relation, Charles dit avoir apprécié que le thérapeute ait regardé ses problèmes – énormes à ses yeux – sans perdre confiance. Il transmet qu'il a quelquefois ressenti la relation comme distante, en particulier quand il était question de thèmes qui, pour lui, s'entouraient de gêne (telles sa relation à son père ou la sexualité). Dans ces moments, il se sentait triste et en échec, mais ne pouvait, dans le présent, évoquer de telles émotions. Le thérapeute et le client se séparent dans un climat de confiance et d'estime réciproques. Charles émet le souhait de garder la possibilité de revenir ponctuellement – ce que le thérapeute accepte.

8. Indications et contre-indications

A lui seul, le diagnostic n'est pas déterminant pour prédire le succès d'une thérapie ACP. Celui-ci dépend en effet de façon prioritaire de la relation de confiance qui s'installe entre le client et le thérapeute, et est influencé de façon secondaire seulement par le type de troubles.

Dans une étude (Lasogga, 1987) menée auprès de clients souhaitant entreprendre une thérapie centrée sur la personne – ceux pour qui une psychothérapie n'était pas indiquée ont été exclus –, les données catamnestiques

indiquent que, dans l'ensemble, les deux tiers profitaient du traitement. Chez les personnes toxicodépendantes, le taux de résultats positifs tombait à un tiers. L'application de l'ACP à des personnes toxicomanes, alcooliques et schizophrènes semble néanmoins obtenir des résultats plus concluants s'il y a une adaptation spécifique à la problématique, un cadre plus structuré, ou s'il s'agit d'une pré-thérapie ou d'une thérapie de soutien. Cette remarque est aussi valable pour les personnes souffrant d'un trouble hystérique ou d'un stress post-traumatique. L'expérience clinique démontre aussi que les personnes présentant des troubles névrotiques classiques (tels que dépression, phobies ou angoisses) ont une meilleure chance de traitement que les personnes souffrant de troubles obsessionnels. De même, dans le cas de troubles graves de la personnalité, le pronostic, avec un traitement classique, est nettement moins favorable que dans le cas de troubles névrotiques. Une certaine compensation des troubles peut néanmoins être obtenue par une durée thérapeutique plus longue – ce qui ne semble pas être le cas pour les personnes dites névrotiques.

Pour ce qui est des critères de l'indication à une psychothérapie centrée sur la personne, les recherches récentes de Biermann-Ratjen *et al.* (1995, p. 155) montrent qu'ils correspondent à ceux qui furent définis initialement par Rogers :

- le trouble est d'ordre psychique et a comme base une incongruence ;
- le client a une certaine conscience de lui-même (de son image de soi) et jouit, dans une mesure suffisante, d'une capacité de relation à soi ;
- le client a une certaine conscience de son problème ; il perçoit en lui, fût-ce de façon vague ou partielle, une incongruence et souhaite que cette situation change ;
- le client est en mesure de percevoir et d'accepter, fût-ce de manière limitée, l'offre d'une relation thérapeutique selon l'ACP ;
- une diminution de l'incongruence est ressentie par le client comme un premier pas vers la guérison de son dysfonctionnement ou comme la solution à son problème.

Lors du premier entretien, l'évaluation du quatrième critère a une importance capitale puisqu'il concerne la disposition du client à accepter l'offre relationnelle du thérapeute.

L'évaluation de l'ensemble des critères peut se faire par une application de questionnaires ou d'échelles compatibles avec l'ACP, tels l'échelle d'auto-exploration du client selon Tausch *et al.* (1979) ou le *Bielefelder Klientenerfahrungsbogen* (BIKEB) de Hoeger. Il existe de nombreux instruments d'évaluation. Ils sont décrits en détail par Neidhart (1998) et Eckert (1995), en ce qui concerne les adultes. D'autres s'appliquent aux enfants, aux couples ou aux groupes.

Les contre-indications concernent essentiellement la situation où la démarche psychothérapeutique ne garantit pas un processus de changement avec une certaine probabilité. C'est par exemple le cas lorsqu'une personne a déjà entrepris plus de quatre thérapies en les interrompant sans succès, ou lorsqu'elle est obligée de suivre une thérapie, sans en ressentir aucune motivation ni besoin. Il semble aussi contre-indiqué d'offrir une thérapie ACP à une personne qui ne ressent nullement comme problématique le fait de vivre exclusivement seule et sans aucun contact social, hormis la relation thérapeutique.

En raison de l'attitude compréhensive et peu directive du thérapeute, la thérapie ACP semble par ailleurs être contre-indiquée auprès des sujets qui présentent des traits profondément narcissiques et qui risquent d'être encore renforcés dans l'impression que tout tourne uniquement autour de leur personne. De même, elle semble inadéquate pour les clients qui attendent indéfiniment des consignes ou des conseils précis pour la résolution de leurs problèmes, ou pour ceux dont les buts visent tout autre chose qu'une certaine confrontation à leur propre personne, telle qu'elle est requise pour un changement et une évolution. Le constat est identique lorsqu'un client se sent trop menacé ou trop déstabilisé par les conséquences subjectives que le processus de remise en question pourrait déclencher.

Le fait qu'un certain nombre de thérapies soient interrompues (un tiers) et que des clients disent avoir peu profité de la démarche classique ne permet plus d'affirmer purement et simplement, comme le faisait Rogers, que l'ACP soit indiquée dans tous les cas. Rogers semble à cet égard avoir sous-estimé l'importance de la recherche sur les indications différentielles.

D'après les recherches menées depuis, l'ACP s'est révélée efficace pour soulager les conflits émotifs et les sentiments d'insécurité, d'angoisse, d'inhibition ou d'insuffisance. Pour les phobies et les symptômes psychosomatiques, son indication est positive lorsqu'elle est combinée avec d'autres techniques. Son application sous sa forme « phénoménologique » éclectique semble obtenir un certain succès, mais a été peu évaluée à grande échelle avec certains groupes de clients (personnes psychotiques, handicapées mentales, sans emplois, etc.). Enfin, la combinaison de l'ACP avec un traitement médicamenteux s'est avérée être une pratique possible, pour autant que la personne reste accessible à un certain dialogue.

9. Modifications de la méthode

La psychothérapie centrée sur la personne est en évolution constante et est, par nature, ouverte aux courants nouveaux – Rogers ayant lui-même souvent insisté sur l'importance d'une remise en question régulière et d'une intégration de nouvelles données provenant à la fois de la recherche scientifique et de l'expérience tirée de la pratique.

La dénomination même de l'approche reflète bien cette évolution : Rogers a parlé à l'origine d'une psychothérapie « non-directive », puis « centrée sur le client », puis de « personne à personne », pour arriver enfin aux termes de « centrée sur la personne ». Gendlin, un de ses proches collaborateurs, a utilisé pour sa part le terme de psychothérapie expérientielle. R. et A.-M. Tausch (1979) ont introduit le terme, très répandu aujourd'hui dans les pays germanophones, de *Gesprächspsychotherapie* (psychothérapie par l'entretien). En Hollande, mais aussi dans les pays francophones, l'on parle assez facilement de thérapie ou d'approche rogérienne.

Rappelons par ailleurs que la conception de l'homme et de la thérapie qui a été élaborée par Rogers ne fixe pas du tout la manière précise dont un praticien doit agir. Elle définit une attitude globale : une attitude de confiance dans les capacités d'actualisation et de croissance de chaque être humain et, à titre d'instrument indispensable et déterminant du traitement, une attitude dans la relation au client qui est faite d'authenticité, de respect et d'empathie.

En ce qui concerne les développements divers qui ont marqué l'évolution de l'ACP, nous en mentionnerons un, dans ce contexte, qui a eu un retentissement particulier ; il s'agit de l'élaboration par Gendlin (1974, 1986) du *focusing*, que l'on peut traduire en français par « centrage » et qui désigne une modalité d'accompagnement du client qui a en propre d'accorder une grande importance au ressenti corporel. Face à des problèmes ou des changements importants, beaucoup de personnes voient en effet leur vie s'embrouiller : certains ignorent les sentiments qui les bouleversent, d'autres s'égarent dans leurs émotions trop fortes – d'où l'importance d'arriver à « se centrer » corporellement. Apprendre à se centrer, c'est trouver un chemin intérieur qui permette de saisir la sagesse de son corps et de son esprit réunis, c'est-à-dire de ce que Rogers nomme « l'organisme ». Le *focusing* doit en effet permettre à la personne de sentir, sur un plan à la fois affectif, physique, mental et énergétique, son problème s'alléger, se transformer et se résoudre. Le *focusing* est une méthode de traitement qui est particulièrement appropriée pour élaborer le sens profond d'un rêve, ou encore, pour aborder des symptômes psychosomatiques⁷.

L'on peut dire que, depuis 1975, deux grands courants existent en Europe au sein de l'ACP : un courant « scientifique » et un courant plus « phénoménologique ».

- a) Les partisans de la tendance *scientifique* essayent de comprendre et d'expliquer ce qui fait l'efficacité de l'activité du thérapeute. Ils tentent de répertorier les comportements dans l'interaction du client et de l'aidant de

⁷ Le « sens corporel » (*bodily felt sense*), dont parle Gendlin avec beaucoup de rigueur et de subtilité, est une topique qui va favoriser aux USA le développement de toutes formes de thérapies corporelles humanistes. Il n'est pas toujours facile, au premier abord, de discerner la dérive sectaire dans cette arborescence de techniques, dont certaines ont une empreinte spirituelle, voire mystique, assez marquée. A ce sujet, cf. *supra*, chap. 7, note 1, p. 179. (N.D.)

manière à optimiser le rôle de ce dernier. Les thérapeutes de cette tendance s'appliquent à réaliser avant tout dans les entretiens les trois variables de base que constituent l'authenticité, l'acceptation inconditionnelle et l'empathie, cette application constituant en elle-même une méthode de travail efficace. Selon une enquête faite auprès de praticiens, l'ACP « classique » est essentiellement pratiquée par des thérapeutes en formation.

- b) Les adeptes du courant « *phénoménologique* » accordent plus d'importance à l'attitude toujours perceptible du thérapeute et beaucoup moins à la technique pure d'entretien. L'engagement humain et réel du thérapeute, son application et l'attention qu'il porte au client sont d'abord significatives. Dans ce contexte, le thérapeute fera aussi des propositions qui lui semblent propres à aider le client : suggérer, selon ses affinités, un exercice de détente, une activité corporelle, un rêve éveillé, un jeu de rôle, une observation de soi à effectuer durant la semaine, une activité créatrice, etc. L'ACP peut en effet se combiner avec les éléments de nombreuses autres méthodes psychothérapeutiques, pour autant que le thérapeute respecte la condition de base que représente l'attitude authentique, respectueuse et empathique. Lorsqu'il s'agit essentiellement d'améliorer les compétences sociales du client, l'on peut aussi proposer une thérapie de groupe, parallèlement ou non à une démarche individuelle. Cette mesure a l'avantage de faciliter l'entraide entre les participants et les fait bénéficier des réflexions et des vécus partagés.

10. Institutionnalisation de la méthode

Rogers a toujours refusé de créer une école et d'institutionnaliser l'approche ACP⁸. Soucieux d'encourager l'initiative et l'engagement personnels de ses adeptes, il craignait de créer des liens de dépendance ou de soumission à l'autorité et, par là, de bloquer les développements futurs du mouvement. Cohérent avec ce point de vue, il a encouragé, dans différents pays, la création de communautés de travail et de recherche autonomes et autogérées. Tout comme Rogers, et dans l'idée de « rendre la psychothérapie à la

⁸ « Je me suis toujours opposé à la création d'une école parce que je trouve que les écoles psychanalytiques ont beaucoup contribué à scléroser l'approche psychanalytique (...) D'avoir lancé des programmes de formation est un risque mais, en même temps, j'ai la conviction qu'il n'y aura jamais une vraie orthodoxie en ce qui concerne la thérapie centrée sur le client. » (Rogers, *Le Journal des psychologues*, janvier 1985, p. 12). On peut admirer l'antidogmatisme de Rogers, mais en même temps se demander dans quelle mesure, en conformité avec sa pensée, il pense suffisamment l'insertion des actes individuels dans le jeu des échanges sociaux. L'expérience de soi peut-elle se construire sans une confrontation avec les réalités du pouvoir, de l'autorité ou de l'exclusion ? (N.D.)

société», Gendlin a également eu le souci de créer des communautés de changement (*change community*) en favorisant le co-conseil, l'entretien par des pairs (*peer counselling*).

C'est dans cet esprit que le *Center for Studies of the Person* a été créé à La Jolla (USA). Sous l'impulsion de l'un de ses membres, Devonshire, des rencontres interculturelles ont été organisées en Europe, dans les années 1970 et 1980, avec la présence de Rogers. En Suisse alémanique, les premières formations furent organisées dans les années 1970, sous l'initiative de A. Wild et, en Suisse romande, dès les années 1980, par Salamin et Wandeler.

L'ACP est aujourd'hui répandue dans le monde entier; elle compte environ 10'000 thérapeutes certifiés. Elle est une méthode psychothérapeutique considérée comme très importante aux Etats-Unis et au Canada. En Europe, sa présence est plus marquée dans les pays anglophones et germanophones que dans les pays francophones, où elle ne s'est pas établie dans le milieu de la psychiatrie ni dans le monde universitaire. En revanche, elle y est pratiquée par un nombre important de psychothérapeutes privés et a beaucoup d'influence dans le travail social, l'éducation spécialisée, l'enseignement, la formation et les soins.

Sur le plan européen, différentes associations nationales ont été créées dans les années 1970, pour offrir un support à l'échange entre les membres, à la diffusion de l'information, ainsi qu'à la formation des psychothérapeutes et des *counselors*. En Allemagne, en Autriche, en Hollande et en Suisse, ces associations sont parmi les centres de formation thérapeutique les plus importants en ce qui concerne le nombre de membres adhérents (environ 4'500 thérapeutes certifiés en Europe, dont 3'000 en Allemagne, 1'000 en Autriche et 300 en Suisse).

Diverses associations nationales éditent leur propre revue. En Suisse, par exemple, la Société Suisse pour l'Approche et la Psychothérapie Centrées-sur-la-Personne (SPCP) publie *Brennpunkt*; en Allemagne, c'est la *GWG Zeitschrift*. En France et en Belgique, les associations francophones ont également leur propre journal (*Le Journal de l'AFPC*, à Bruxelles; *Le Journal du PCA* et *Mouvance Rogérienne* en France).

Un réseau des associations européennes a été créé en 1998, le *Network of European Associations for Person-Centered Counselling and Psychotherapy* (NEAPCCP). A ce jour, il regroupe l'essentiel des organisations régionales et nationales de 12 pays. La réglementation de la psychothérapie dans les pays de la communauté européenne, la reconnaissance réciproque des diplômes et la nécessité d'une meilleure information dans le domaine de la recherche et du développement de l'approche sont les raisons principales qui ont motivé une telle coordination (qui existait déjà depuis 15 ans entre pays alémaniques).

Existe aussi l'*European Association for Counselling* (EAC), qui regroupe des personnes pratiquant l'ACP dans des domaines professionnels divers,

sans pour autant se dénommer psychothérapeutes. L'on trouve enfin, au niveau mondial, la *World Association of Person-Centered Counselling and Psychotherapy*.

11. Recherche sur le processus et les effets de l'approche centrée sur la personne

Rogers a été le premier psychologue qui soit à la fois ouvert à l'expérience subjective et qui soit à ce point discipliné dans le recours au rationalisme scientifique et aux méthodes reconnues pour vérifier objectivement les résultats de ses thérapies⁹. Un grand nombre de thérapies a en effet été minutieusement analysé, à partir d'enregistrements audio, dans le but de mieux comprendre les effets de l'attitude du thérapeute dans le changement du client. L'ACP s'est constamment développée en tenant compte de ce type de recherche, qui a par ailleurs contribué à démystifier la psychothérapie en rendant plus transparent son déroulement.

Schmid (1994a, 1995) a recensé plus de 4350 publications et recherches concernant surtout la psychothérapie, en anglais et en allemand essentiellement. Il constate aujourd'hui un certain transfert de la recherche des Etats-Unis vers l'Europe, en particulier vers l'Allemagne et l'Autriche (Eckert, 1995). Beaucoup de recherches se sont par ailleurs intéressées à l'application de l'ACP et à son efficacité dans d'autres champs que celui de la thérapie, tel celui de la formation des enseignants. Malheureusement, l'on trouve peu de publications écrites ou traduites en français (Priels & Demaret, 1998).

De nombreuses recherches ont confirmé l'importance de la qualité relationnelle dans le processus thérapeutique, ainsi que l'efficacité des trois attitudes de base du thérapeute, même si celles-ci, à elles seules, ne garantissent pas toujours la réussite d'une thérapie (Rogers, 1980; Biermann-Ratjen et al., 1995; Frenzel et al., 1996; Schmid, 1994b). Ces variables ont au demeurant été reprises dans d'autres approches. L'engagement personnel de l'aidant, son aptitude à adopter une attitude confrontative à certains moments de l'échange et le soutien empathique qu'il apporte à la concrétisation des aspirations du client dans la vie courante sont des facteurs qui se sont avérés importants pour un pronostic positif.

⁹ Cette introduction de l'enregistrement audio, puis vidéo dans les séances de thérapie, dès les années 1940, mérite d'être soulignée. En effet, dans l'histoire des recherches empiriques en psychothérapie, après les premiers efforts entrepris à l'Institut psychanalytique de Berlin dès 1930, l'apport des rogériens a été marquant et a été utile aussi pour l'enseignement. Aujourd'hui, craignant une excessive objectivation du processus intersubjectif psychothérapeutique, plusieurs psychothérapeutes récusent le recours à l'enregistrement audio ou vidéo dans les séances, et le jugent même peu respectueux du client. Certes, on peut être surpris que ce soit Rogers, partisan farouche de l'empathie, qui l'ait introduit. Toutefois, en prenant en compte son souci de transparence et de congruence en toute expérience humaine, on comprend mieux son initiative. La mentalité américaine explique peut-être le reste ! (N.D.)

Eckert (1995) et Lietaer *et al.* (1990) remarquent que les accents dans la recherche portent actuellement sur le développement de la théorie ACP et son application différenciée dans la pratique thérapeutique. A titre d'exemples, nous relevons certaines questions intéressantes sur lesquelles des chercheurs s'arrêtent ou se sont arrêtées ces dernières années. Est-ce que des écoles thérapeutiques sont encore de mise et ont-elles encore un sens pour la formation des futurs psychothérapeutes? Existe-t-il une identité spécifique du thérapeute centré sur la personne comparativement à des thérapeutes d'autres courants spécifiques (analystes, cognitivistes ou comportementalistes)? Qu'est-ce qui se passe dans le travail de supervision; est-il un support réel et significatif dans la pratique d'un thérapeute? La psychothérapie centrée sur la personne dispose-t-elle d'un modèle de relation thérapeutique qui soit applicable de façon suffisamment large dans la pratique quotidienne ou existerait-il une nécessité de méthodes de travail plus différenciées selon les problématiques présentées par les clients? Quelle est l'importance des émotions dans le processus thérapeutique? Quels sont les effets spécifiques d'une thérapie de groupe? Dans quelle mesure le comportement relationnel concret du thérapeute doit-il tenir compte du type de schéma de relation interpersonnelle pratiqué par le client? Quelle est l'efficacité réelle, à long terme, d'une thérapie centrée sur la personne? Les méthodes d'évaluation appliquées jusqu'ici dans la recherche sont-elles vraiment en mesure de saisir de manière fiable les processus et effets complexes d'une thérapie individuelle ou de groupe?

Si nous regroupons toutes les études faites durant ces dernières décennies – et cela même au-delà de notre approche, si les thèmes traités sont révélateurs pour l'ACP – (Grawe *et al.*, 1994; Wittmann & Matt, 1986), devons-nous absolument encore démontrer le fondement scientifique d'une application large et efficace si nous voulons par exemple que nos traitements soient remboursés aux clients par les assurances sociales?

12. Formation

La formation des psychothérapeutes est régie par les dispositions particulières des sociétés nationales. Partout, cependant, les accents sont mis sur le développement personnel du futur psychothérapeute, ainsi que sur le développement de ses connaissances théoriques et de ses compétences pratiques.

La formation à la psychothérapie

La plupart des formations de psychothérapie en Europe sont exigeantes et requièrent plus de 1500 heures. Par exemple, la formation proposée par la *Société suisse pour l'approche et la psychothérapie centrée sur la personne* (SPCP) organise, en français et en allemand, la formation post-universitaire des psychothérapeutes, qui comprend globalement 1900 h. réparties au moins sur cinq ans.

Le cursus est divisé en deux phases. Il procède à des évaluations régulières et sélectionne les participants après deux années et demi et en fin de formation. La formation comprend obligatoirement un entretien préliminaire, un développement personnel en groupe, un *training* et des exercices pratiques, de la supervision, une thérapie individuelle, des connaissances théoriques, des travaux écrits et une activité personnelle de thérapeute.

Pour obtenir le certificat de psychothérapeute SPCP, l'étudiant doit présenter deux thérapies terminées avec leur processus analysé et documenté par des supports objectifs (enregistrements, pré- et post-tests, catamnèse, etc.). Les méthodes d'apprentissage tiennent compte de la philosophie de cette approche en étant vivantes, participatives et se déroulant en petits groupes principalement.

La formation continue des psychothérapeutes diminue le risque d'une application nuisible ou inefficace de l'ACP dans la pratique par l'engagement pris par tous les thérapeutes de suivre continuellement une supervision ou une intervision avec des collègues. En effet, ces aidants sont encouragés à enregistrer (audio ou vidéo) régulièrement leurs entretiens thérapeutiques et à présenter leur travail. Ce moyen objectif favorise une réflexion et une remise en question de l'attitude face au client. Il renseigne sur le processus thérapeutique et il permet surtout d'encourager les praticiens à un contrôle de la qualité des démarches effectuées et à se perfectionner.

La grande importance accordée au développement personnel ou à la connaissance de soi lors de sa formation permet au thérapeute de prendre conscience de ses déficits et d'y remédier, afin que ceux-ci n'interfèrent pas négativement dans ses relations aux clients. Par la suite, cet apprentissage facilite la constance d'un regard réflexif sur sa propre personne au fil des interactions.

La formation à la relation d'aide et à l'entretien centré sur la personne

Une formation à la relation d'aide et à l'entretien centré sur la personne est organisée indépendamment de celle de psychothérapeute. Elle peut déboucher sur l'obtention d'un titre de spécialiste praticien de la relation d'aide. Elle concerne les personnes qui ne répondent pas aux critères d'admission de la formation en psychothérapie ou celles qui ne veulent pas devenir psychothérapeutes.

D'une manière générale, cette formation vise à développer chez les participants leurs compétences d'aide et d'écoute, mais cette fois dans un cadre d'activités non-psychothérapeutiques comme le travail social, l'orientation professionnelle, l'enseignement, la psychologie scolaire, l'éducation, la formation d'adultes, les soins infirmiers, le travail pastoral ou la gestion du personnel, etc. Soulignons pour finir que cette formation est compatible avec les normes édictées par l'*European Association for Counseling* (EAC).

13. L'avenir de la méthode

L'ACP a une position radicale dans la théorie et la pratique de la psychothérapie pour différentes raisons. Elle (re)donne au client l'autorité et la responsabilité de sa propre vie et rappelle à un grand nombre de spécialistes qu'ils peuvent faire confiance aux potentialités de croissance des personnes, des groupes ou des systèmes sociaux plus complexes. D'autre part, l'ACP a démystifié la psychothérapie en favorisant le développement de méthodes de recherches en thérapie qui tiennent compte de la complexité et de l'unicité qui caractérisent le processus d'évolution d'un client. Sur un mode innovateur, l'ACP a procédé au transfert des connaissances et des compétences psychothérapeutiques dans le vaste domaine des relations humaines et de la vie sociale. Enfin, elle a renforcé la possibilité de prises en charge psychothérapeutiques en dehors de la psychiatrie et a ouvert la profession de psychothérapeute au-delà du champ médical.

Sa force réside certainement dans l'attitude de ses praticiens, qui est marquée par un refus de l'étiquetage, par l'acceptation respectueuse, par une proximité participative et par une confiance forte dans les capacités des personnes – que l'on nomme consciemment clients et non « patients ».

A l'aube du troisième millénaire, nous constatons que l'ACP est fortement présente et reconnue, comme courant psychothérapeutique, en Europe et dans le monde. Cependant, comme nous l'avons déjà mentionné, elle est actuellement peu répandue en France et en Suisse Romande et est peu représentée en psychologie et en psychiatrie francophones, au niveau de la formation et de la recherche universitaires. Un déficit d'informations et de publications à son sujet est flagrant, et il serait souhaitable d'y remédier.

Là où l'Etat a réglementé la psychothérapie, l'ACP a été reconnue comme une démarche scientifiquement fondée et jouissant d'un large champ d'application. Il importe en ce sens de maintenir un bon niveau de formation en développant des modules spécifiques consacrés au travail avec les enfants, les couples, les familles et les groupes. Il importe également d'élaborer des moyens de contrôle de qualité, qui soient économiquement applicables dans la pratique quotidienne et qui soient compatibles avec la philosophie de base de l'ACP : celle qui consiste à laisser au client la responsabilité et l'autonomie de choisir les chemins d'évolution qui répondent à ses besoins.

L'importance d'un dialogue avec d'autres approches thérapeutiques, mais aussi entre les praticiens et les chercheurs, est aujourd'hui largement reconnue ; il est partiellement pratiqué et facilité par des colloques scientifiques organisés par des organisations faîtières de psychothérapeutes et des journaux publiés en communs.

14. Bibliographie

Bichsel J. (1993). *Analyse du processus thérapeutique*. Script non-publié. Reconwillier/CH.

- Biermann-Ratjen E.-M., Eckert J. & Schwartz H.-J. (1995). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eckert J. (1995). *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie*. Cologne: GwG.
- Hetu J.-L. (1986). *La relation d'aide. Eléments de base et guide de perfectionnement*. Montréal: Ed. du Méridien.
- Frenzel P., Schmid P.F. & Winkler M. (1996). *Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie*. Cologne: Humanistische Psychologie.
- Gendlin E.T. (1974). Client-centered and experiential psychotherapy. In D.A. Wexler & L.N. Rice (Eds), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 211-246). New York: Wiley.
- Gendlin E.T. (1986). *Une théorie du changement de la personnalité*. Trad. franç. Montréal: CIM, 1982.
- Gendlin E.T. (1978). *Au centre de Soi/Focusing*. Trad. franç. Montréal: Le Jour, 1982.
- Grawe K. et al. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.
- Lasogga F. (1987). Welche Therapie? *Psychologie heute* (CH-Bâle), 1991, 57-72.
- Liettaer G., Rombauts J. & van Balen R. (Eds) (1990). *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven/B: Leuven University Press.
- May R., Rogers C. & Maslow A. (1961). *Psychologie existentielle*. Trad. franç. Paris: Epi, 1971.
- Neidhart S. (1998). Werkstattbericht Praxisforschung/contrôle de la qualité, Gesprächspsychotherapie und das Fragebogenpaket von Prof. Dr. D. Höger. *Brennpunkt, Zeitschrift der SGGT-SPCP* (CH-Zürich), 75, 38-45.
- Portelance C. (1992). *Relation d'aide et amour de soi. L'approche non directive créatrice en psychothérapie et en pédagogie*. Montréal: Les éditions du Cram.
- Portelance C. (1994). *La communication authentique*. Montréal: Les éditions du Cram.
- Priels J.M. & Demaret C. (1998). Esquisse d'une bibliographie francophone 1951-1998. *Mouvance Rôgérienne (AFPC)*, numéro hors série.
- Rogers C. (1942). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Trad. franç. Paris: ESF, 1977.
- Rogers C. & Kinget M. (1962). *Psychothérapie et relations humaines*. Paris: Nauwerlaerts, 1973 (6^e éd.), 2 vol.
- Rogers C. (1967). *Autobiographie*. Trad. franç. Paris: Epi, 1971.
- Rogers C. (1969). *Liberté pour apprendre*. Trad. franç. Paris: Dunod, 1977.
- Rogers C. (1970). *Les groupes de rencontre*. Trad. franç. Paris: Dunod, 1985.
- Rogers C. (1972). *Réinventer le couple*. Trad. franç. Paris: Laffont, 1974.
- Rogers C. (1977). *Un manifeste personnaliste*. Trad. franç. Paris: Dunod, 1979.
- Rogers C. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Schmid P. (1994a). *Bibliography/Bibliographie Carl Rogers (1902-1987)*. Vienne: APG & PCA.
- Schmid P. (1994b). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie – Ein Handbuch*. Cologne: Humanistische Psychologie-EHP.
- Schmid P. (1995). *The person-centered approach bibliography/Bibliographie zum person-zentrierten Ansatz 1940-1994*. Vienne: APG & PCA.

Tausch R. & Tausch A.-M. (1979). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Wittmann W.W. & Matt G.E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 37, 20-40.

Ouvrages de référence

Rogers C. (1951). *Le développement de la personne*. Trad. franç. Paris: Dunod, 1968.

Rogers C. (1989). *L'approche centrée sur la personne*. Anthologie de textes présentés par H. Kirschenbaum et V. Land Henderson. Lausanne: Ed. Randin (éd. originale 1989).

Thorne B. (1992). *Comprendre Carl Rogers*. Trad. franç. Toulouse: Privat, 1994.

Adresses

European Association for Psychotherapy EAP: <http://www.psychother.com/eap>

World Association for Person-centered and experiential Psychotherapy and Counselling (WAPCEPC): www.pce-world.org

Chapitre 11

L'APPROCHE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Valentino POMINI, Lilo NEIS, Meinrad PERREZ

1. Contexte socio-historique

La psychothérapie cognitive et comportementale a toujours puisé ses sources dans les travaux scientifiques contemporains de la psychologie. A ses débuts, elle fut définie comme l'ensemble des méthodes d'intervention dérivées des principes expérimentalement fondés de l'apprentissage. A l'heure actuelle, avec l'éclosion progressive d'une grande diversité de spécialisations et de pratiques parmi les représentants de cette approche, la définition de la thérapie comportementale n'existe plus. On peut parier toutefois sur le fait que la plupart des auteurs s'accorderaient à dire qu'elle correspond à l'usage clinique de méthodes d'investigation, d'évaluation et d'intervention qui s'appuient sur les connaissances de la psychologie scientifique. Cette application a pour but la résolution des problèmes psychopathologiques des clients, la prévention primaire, secondaire et tertiaire des troubles, ainsi que la promotion de la santé (Perrez, 1997).

La thérapie comportementale prit son essor dans les années cinquante. La publication (1950) du livre de Dollard et Miller, *Personality and psychotherapy. An analysis in term of learning, thinking and culture*, qui soulignait l'importance de l'étude scientifique des émotions, en a été un des premiers moteurs. On doit également citer les critiques d'Eysenck sur la nature non scientifique de la psychothérapie freudienne. Mais c'est sans doute aux efforts et publications d'un noyau de personnes en Angleterre, aux Etats-Unis et en Afrique du Sud (Wolpe, Lazarus, Shapiro, Eysenck...), que l'on doit le véritable envol clinique de cette approche (Krasner, 1990). Si au départ l'approche comportementale s'appuya essentiellement sur les travaux menés par Pavlov, Watson, puis Skinner (pour leurs études sur le conditionnement), c'est qu'elle considérait ces derniers comme les seuls répondant à l'exigence de scientificité voulue. Elle donna ainsi une sorte de deuxième vie à ces recherches de laboratoire qui n'avaient pas eu jusqu'alors de véritable impact sur le plan clinique.