

L'attitude non-directive et les conditions nécessaires et suffisantes appliquées aux schizophrènes et retardés mentaux

Garry Prouty

Traduction : Marie-Hélène Boudet

Garry Prouty est un psychologue américain qui apprit très tôt ce que signifie le handicap mental. Son frère était en effet schizophrène et retardé mental. «C'est dans un mélange de sentiments et d'expériences douloureux que se développa la pré-thérapie», dit-il. Formé à la psychothérapie centrée sur la personne à l'Université de Chicago, étudiant d'Eugène Gendlin, c'est dans le milieu hospitalier, en travaillant avec des clients psychotiques et mentalement retardés, qu'il a développé son approche thérapeutique personnelle. Entre autres publications et articles, Prouty est l'auteur de *Theoretical Evolutions in Person-Centered / Experiential Psychotherapy: Applications to Schizophrenic and Retarded Psychoses*¹, d'où est extrait l'article ci-dessous, et coauteur du texte allemand *Prä-Therapie*², les deux livres ayant été traduits en plusieurs langues. Par ailleurs, Garry Prouty est le fondateur du *Pre-Therapy International Network* (*Réseau international de pré-thérapie*, organisation européenne pour le

¹ (1994), Westport, Praeger Publishers.

² (1998), Stuttgart, Klett-Cotta, républié en Anglais en 2002 par PCCS Books, sous le titre de *Pre-Therapy, Reaching contact-impaired clients*, dont la première partie, sous la plume de Prouty, est parue en français par permission spéciale de Klett-Cotta dans *Mouvance Rogérienne* de mars 2004 sous le titre: *Les Fondements de la Pré-Thérapie*.

travail avec les psychotiques). Il donne depuis plus de vingt ans, en Europe, des conférences dans des cliniques, des hôpitaux et pour des organismes de formation. En 2004, l'Association de Psychologie de Chicago lui conféra le «Lifetime Achievement Award for Pre-Thérapie», il a été élu «Président de l'ISPS» (International Society for Psychological Study of Schizophrenia) et «Scientific Associate to the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry».

Résumé

Dans les lignes qui suivent, Garry Prouty présente l'attitude non-directive de Rogers comme une croyance en l'autodétermination du client tout au long du processus thérapeutique. C'est cette croyance qui fit de l'approche centrée sur la personne une théorie révolutionnaire. Elle repose sur les trois attitudes fondamentales qui, avec la tendance actualisante, caractérisent la théorie de Rogers. Prouty décrit chacune de ces attitudes à partir de sa propre réflexion, qu'il étaye de ses expériences avec les schizophrènes et retardés mentaux. Il met ainsi en évidence la radicalité de l'attitude non-directive.

Mots-clés: attitude non-directive, attitudes fondamentales, autodétermination, psychotiques, schizophrènes, hallucinations.

La théorie de la psychothérapie de Carl Rogers se présente comme un ensemble «d'attitudes fondamentales» (Mearns and Thorne, 1990) qui facilitent la tendance actualisante ou autoformatrice de l'organisme (Rogers, 1963, 1978). Classiquement, ces attitudes fondamentales s'articulent autour du regard positif inconditionnel (RPI), de l'empathie et de la congruence (Rogers, 1959). Certes, cette description représente le modèle de travail rogérien en psychothérapie. Elle ne traduit cependant pas complètement l'aspect historique et révolutionnaire de la pensée thérapeutique de Rogers.

Situer Rogers historiquement, c'est comprendre qu'il fait partie de la culture protestante (Van Belle, 1980). Il est possible d'interpréter les idées de Rogers comme une forme d'individualisme protestant en faisant une

comparaison avec Martin Luther. La théologie de Luther individualise la conscience morale et elle la place au-dessus de l'Église – entre l'homme et la divinité: elle va au-delà de la forme sociale pour s'élever jusqu'à Dieu. Luther, par ce concept théologique, a déplacé le pouvoir du social à l'individuel pour définir la réalité morale. La conscience morale devient une sorte d'investiture du pouvoir personnel.

En ce siècle qui est le nôtre, il est possible de comparer Rogers et Luther. Rogers développa, en effet, une forme de psychothérapie selon laquelle les individus possèdent en eux-mêmes des ressources internes pour leur permettre de définir et conduire le processus de leur propre réalité psychologique. Le pouvoir de définir sa propre individualité psychologique est transféré du thérapeute au client. Rogers lui-même (1977) prit conscience de cet acte révolutionnaire dans le champ de la santé mentale, mais il ne réussit pas à voir ce que la comparaison historique avait de plus large. Luther renforça les pouvoirs accordés aux individus pour définir leur réalité morale; Rogers renforça ceux des individus pour définir leur réalité psychologique. Dans les deux cas la personne s'individualise. Il s'agit là de l'esprit même du protestantisme – l'individualisation.

Comment Rogers introduisit-il cette poussée d'individualisation dans la psychothérapie? Tout simplement par ce qui peut être appelé «l'attitude non-directive»³.

De fait, Rogers n'ajoute pas l'attitude non-directive aux attitudes thérapeutiques fondamentales; cependant, celle-ci est présente dans son travail dès le début. Au départ, Rogers (1942) conçut la non-directivité comme un style concret de réponse du thérapeute. Le client y est décrit comme prenant la responsabilité de diriger l'entretien. Le thérapeute lui répond de manière à lui indiquer qu'il a compris ses messages précédents. Il répond au sentiment et à l'attitude spontanés du client. Il indique que la décision appartient au client et qu'il accepte cette décision.

Rogers, ensuite, résume la non-directivité à un ensemble de valeurs que doit posséder le thérapeute. Le client a le droit de sélectionner des objectifs personnels. Le client a le droit d'être psychologiquement indépendant et de maintenir son intégrité psychologique. Le client a le droit de choisir la meilleure adaptation à la réalité.

En termes de pratique de la thérapie, on peut ajouter que le thérapeute ne guide, ni ne dirige le client; il n'interprète, ni n'explique ce qu'il dit;

³ Raskin, N., *The Non-Directive Attitude*, manuscrit non-publié, (également cité dans: Carl Rogers (1951), *Client Centered Therapy*, Boston; Houghton Mifflin, p. 29.)

il ne le conseille pas. Sa responsabilité première est de suivre et de faciliter son processus.

En langage centré sur la personne plus moderne, le client s'investit de son pouvoir personnel pendant l'entretien. L'autonomie du client est maximisée, la relation thérapeutique est plus démocratisée et l'individualisation du client est plus centrée. En d'autres termes, le client est «psychologiquement libéré pour devenir un soi (self)»⁴.

Il semble évident que pour pouvoir mettre en place cette approche non-directive, le thérapeute doit avoir une attitude non-directive authentique et congruente. Implicitement ou explicitement, le thérapeute ressent le besoin de valoriser la liberté humaine. Cette attitude respecte et accepte pleinement l'autonomie humaine et l'appropriation par le client de son pouvoir personnel. Une telle attitude fait également place à des relations démocratisées où les intentions de pouvoir sont minimisées. Dans cette attitude, il y a la conviction que les clients ont le droit et la capacité de trouver le sens de leur propre expérience et que le rôle du thérapeute est de suivre ce processus. En d'autres termes, l'attitude non-directive est une croyance en l'autodétermination tout au long du processus thérapeutique.

C'est cette croyance dans le droit et la capacité du client à s'autodéterminer tout au long du processus thérapeutique qui rendit l'approche centrée sur la personne révolutionnaire parmi les autres théories de santé mentale. C'est pourquoi les thérapeutes centrés sur la personne doivent la considérer comme une conviction et une attitude fondamentales.

En quoi cette attitude est-elle si précieuse ? En ce qu'elle permet de protéger le client des erreurs d'interprétation, de compréhension et d'intention du thérapeute.

L'exemple qui suit, extrême et spectaculaire, met en évidence le pouvoir thérapeutique de l'attitude non-directive. Il s'agit de la description d'une phase critique dans le traitement de l'une de mes clientes, profondément dépressive à la suite d'un accident d'auto qui l'avait défigurée. Elle n'était ni laide ni couverte de cicatrices car l'opération de chirurgie esthétique avait été un succès. Malgré tout, il lui semblait avoir perdu sa séduction féminine. Ceci, ajouté à des sensations de dépression, l'amena à entreprendre une thérapie. Au cours du traitement, elle découvrit que son mari avait une liaison avec sa sœur. Elle en devint de plus en plus suicidaire. Puis son mari prit

⁴ Stubbs, Jeanne P., (1992), Individual Freeing in a Person-Centered Community Workshop. *The Person-Centered Journal*, vol. 1 (1), Athènes, Iberian Publishing Co., pp. 38-49. Le concept de Stubbs de délivrance individuelle est un exemple de libération.

la décision de la quitter, ce qui augmenta les sentiments de laideur et de non valeur qu'elle éprouvait. Il en résulta des phases suicidaires aiguës. C'est alors que son mari, sous le prétexte de sa «maladie mentale», la poursuivit en justice pour obtenir la garde de leur enfant. Elle perdit le procès. À ce moment-là, le niveau de son agonie suicidaire était devenu tel que l'hospitalisation semblait inévitable.

Bien que, pour des raisons de sécurité, l'hospitalisation de la cliente sembla nécessaire, il apparut que des effets éventuels de stigmatisation pourraient altérer davantage son estime de soi déjà précaire. Cela souleva la question d'un gain à court terme par rapport à un changement psychologique à long terme. Après en avoir discuté avec elle, il fut décidé de ne pas l'hospitaliser.

Suivit une désintégration plus prononcée de son état et une «danse du suicide» entre elle et le thérapeute. Dans cette danse, il y eut utilisation temporaire de médicaments et des phases d'overdose qui alternaient avec des épisodes suicidaires. La cliente obtenait des médicaments en dupant les médecins. Je finis par développer une certaine habileté à contacter ces médecins et stopper l'approvisionnement. L'usage des médicaments était un symptôme secondaire et non primaire. C'est alors que débuta une confrontation avec ma cliente et une bataille pour la maintenir en vie. Par ailleurs, sur le plan professionnel, je commençai à me sentir questionné par le bien-fondé de mon attitude et par les complications légales qui pourraient résulter de cette non-hospitalisation (intention du thérapeute). Ma volonté de maintenir la cliente en vie et l'éventualité de son hospitalisation devinrent de plus en plus prégnantes. Je me battais avec ma cliente pour la garder en vie.

C'est à ce moment qu'elle me lança un formidable défi. Elle me confronta avec le droit ultime, ontologique, «d'être ou ne pas être». Pourquoi, face au martyr qu'était sa vie, ne pourrais-je pas accepter son choix ultime de vivre ou de mourir? L'aimais-je assez pour la laisser mettre fin à ses souffrances? La thérapie était devenue une bataille supplémentaire pour elle. Je reconnus que je ne pouvais pas supporter la douleur de l'idée de sa mort et que la lutte pour la vie était ma valeur. J'étais en train de m'agripper à la vie de ma cliente à partir des valeurs de la société et de mes propres valeurs. La cliente n'avait pas cette liberté «d'être ou ne pas être». Il fallait qu'on l'estimât assez pour que lui soit accordée cette «terrible liberté».

Ma cliente venait de mettre le doigt sur l'attitude non-directive en me posant un réel défi. Cette liberté et ce respect couraient un grand risque.

J'étais forcé d'écouter ma cliente à un niveau existentiel très profond. De nouveau, le conflit se situait entre un gain symptomatique à court terme et un changement de personnalité plus profond à long terme. Je devais également accepter de renoncer au pouvoir et assumer mes responsabilités. C'était très différent de la compréhension classique et sociologique du rôle du thérapeute. Je décidai «d'être avec» ma cliente.

Ce fut le tournant décisif. J'avais peur d'avoir pris ce risque et j'en éprouvais de la culpabilité, cependant que ma cliente, elle, commençait à aller mieux. Elle ressentit liberté et acceptation. Elle se sentit affermie dans sa personne, capable de choisir. Elle perçut la confiance que j'avais en elle et elle fit l'expérience du thérapeute en tant que personne (vulnérabilité). Nous commençâmes une relation plus profonde. Elle était moins isolée (antisuicidaire)... Plus tard elle acquit un diplôme universitaire, se remaria, trouva un emploi et obtint de nouveau la garde de son enfant. Il s'agit d'un exemple de liberté psychologique: la cliente s'était investie de son propre pouvoir.

Le regard positif inconditionnel (RPI)

Le regard positif inconditionnel est une attitude complexe, considérée par Rogers (1957) comme l'une des «conditions nécessaires et suffisantes» de la psychothérapie. Il est décrit comme l'une des attitudes fondamentales qui doit être naturelle pour le thérapeute et qui doit être présente dans la relation thérapeutique.

Rogers décrit le RPI comme une acceptation chaleureuse de chacun des aspects de l'expérience du client. L'acceptation est sans condition; il n'y a pas de jugement. Cela signifie prendre soin du client.

À mes étudiants, je présente le RPI comme une capacité à multiples facettes qui peut être exprimée sous plusieurs formes différentes. Ils apprennent à identifier les aspects de leur personnalité qui expriment naturellement le RPI. Ils apprennent à être naturels dans cette attitude pour éviter de développer un rôle que le client ressentirait comme artificiel.

Le regard positif inconditionnel peut être exprimé comme de l'amour. En thérapie, il existe des cas où le thérapeute peut éprouver des sentiments d'amour envers le client – pas un amour sexuel ou familial, mais une manière humaine d'aimer véritablement le client pour lui-même. Comme disait une cliente: c'était comme si, en regardant dans les yeux du thérapeute, elle se voyait elle-même exprimée. Pour Rogers, le RPI peut se manifester sous la forme de prendre soin de quelqu'un. Cela peut vouloir

dire que ce qui arrive au client est vraiment important pour le thérapeute au niveau personnel. Je me souviens d'une cliente qui souffrait de schizophrénie affective avec des symptômes secondaires de dépendance à la drogue. Elle était également suicidaire. Une nuit, un médecin de l'hôpital m'appela pour me dire que, à la suite d'une overdose, il n'était pas certain qu'il puisse la sauver. Je me rappelle avoir pleuré à la pensée de cette cliente et à l'éventualité de sa mort. C'était vraiment fort pour moi. L'éventualité de sa mort n'était pas une simple affaire objective. Je fus très soulagé d'apprendre qu'elle avait survécu.

La compassion est une autre dimension du RPI. C'est la réaction du thérapeute à la souffrance du client. La littérature professionnelle qui traite de la santé mentale accorde peu d'attention à la souffrance. C'est cependant l'une des préoccupations majeures des personnes sérieusement atteintes. Je me souviens d'un client schizophrène mentalement retardé qui était tourmenté, terrorisé, et profondément affecté par l'hallucination d'une apparition indistincte, pourpre et démoniaque qui se moquait de lui en le menaçant. Cela se produisait, très fréquemment, les jours où il essayait de travailler dans un centre de réinsertion. On ne pouvait pas ne pas éprouver de la compassion pour cette personne qui devenait folle en essayant de s'adapter aux attentes du centre.

Comme Rogers l'a indiqué, le non-jugement est également un aspect du RPI. Dans l'exemple suivant, il s'agit d'une cliente schizophrène-paranoïde, présentant des symptômes suicidaires et homicides, que j'avais traitée avec succès sans médicaments. À l'issue de la thérapie, elle exprima la conviction que le traitement aurait été impossible si je n'avais pas été capable de «séparer la personne de sa maladie». Cette conviction décrivait l'expérience qu'elle fit de mon attitude de non jugement. Cela met en évidence l'importance fondamentale du RPI.

De plus, selon Rogers, l'acceptation est une composante nécessaire du RPI. On pourrait la présenter ainsi à des étudiants : l'acceptation permet au thérapeute de s'imprégner de ce que le client veut dire. Vous accueillez profondément dans votre expérience ce que le client exprime. Vous pouvez accepter en vous-même les sentiments du client. Vous pouvez faire l'expérience de vous ouvrir et de recevoir. Le client est vivant en vous ; il fait l'expérience d'être accueilli à l'intérieur de vous. Ceci est difficile voire critique quand on explore des sentiments suicidaires, homicides ou sexuellement bizarres.

Le soutien fait également partie du RPI. Il s'exprime souvent au cours de la thérapie par une attitude profondément aidante et d'un grand secours.

Par exemple, être disponible au moment où un client est en crise est souvent important. Une cliente qui était suicidaire m'appelait fréquemment lorsque je dormais. Dans ces moments-là, elle tenait dans la bouche un revolver qui cliquetait contre ses dents afin que je puisse l'entendre. Dans la réponse que je lui faisais : «je suis là, je suis là», elle ressentait comme un soutien dans ses efforts pour ne pas se tuer impulsivement. Une femme thérapeute raconte qu'elle avait tenu dans ses bras un homme schizophrène qui régressait en position fœtale.

Donner de l'estime, c'est révéler aux clients les aspects de leur être qui ont vraiment du prix à vos yeux. Très souvent, en thérapie, je donne de la valeur au courage d'un client. Par exemple, j'avais une cliente qui souffrait de graves hallucinations, elle était psychotique et alcoolique. Elle vint en thérapie pendant des années, au cours desquelles elle se débattit avec ce type de problème. Bien qu'elle fût psychotique et dangereuse, elle se battait courageusement pour s'en sortir. Très souvent je lui exprimais mon admiration pour sa force et son sens de la responsabilité.

Valoriser est un autre aspect du RPI. Il renvoie à une attitude du thérapeute envers la croissance existentielle du client. Beaucoup de clients font de petits pas pour améliorer leur existence. Par exemple, une cliente qui avait été profondément psychotique fit assez de progrès pour intégrer un cours d'informatique à l'université. J'étais vraiment très heureux de cette évolution dans sa vie.

Bien qu'elle ne soit nommée qu'en dernier, l'attitude de respect n'est pas le moindre des aspects du RPI. Le respect transmet aux clients le sentiment qu'ils ont en eux-mêmes des ressources positives. «Vous êtes capable de prendre cette décision.» Je cite, pour exemple, le cas d'un client qui avait été abusé sexuellement, sodomisé par son père et était obsédé par la sexualité animale. Grâce au traitement, cet homme finit par devenir plus humain et adopter un style de vie homosexuel. Puis il décida d'arrêter son traitement et d'entrer dans le Corps des Marines américain. Le thérapeute craignit alors un éventuel épisode sexuel avec rechute psychotique. Néanmoins, il respecta la capacité du client de prendre ses propres décisions. Ce dernier accomplit son service avec succès chez les Marines. Il en revint plus fort et plus respectueux de lui-même.

L'attitude empathique

Dans une phase ultérieure de développement, Rogers passe d'une position méthodologique à une position phénoménologique plus clairement définie

(Zimring et Raskin, 1992). Il affirme que l'individu existe dans un monde d'expérience dont il ou elle est le centre. Il établit alors que la personne réagit au contexte phénoménologique en fonction de son expérience. Pour le client, le champ de perception est la réalité.

Cet accent placé sur la phénoménologie renforce l'importance que Rogers accorde à l'empathie (Rogers, 1957). Il définit l'empathie comme étant l'expérience faite par le thérapeute d'une compréhension adéquate de l'expérience du client. Le thérapeute ressent le monde de son client «comme si» c'était le sien. Plus précisément, Rogers établit que le thérapeute est capable de comprendre les sentiments du client. Le thérapeute n'éprouve aucun doute quant aux sentiments de son client. Ses réponses correspondent à l'humeur du client et le ton de sa voix véhicule cette humeur.

Lorsque je forme des personnels de santé mentale à l'empathie, je mets l'accent sur la structure psychologique de l'empathie pour que les stagiaires puissent trouver l'empathie à l'intérieur d'eux-mêmes. Premièrement, l'empathie est considérée comme étant perceptible. Le thérapeute peut regarder le visage du client et y lire directement son émotion. Deuxièmement, l'empathie est émotionnelle. Le thérapeute peut ressentir l'émotion du client, ce qui peut être conceptualisé en termes de résonance émotionnelle, semblable à la résonance du diapason. Enfin, l'empathie est communicative, ce qui signifie que le thérapeute peut verbaliser avec justesse l'expérience vécue du client.

Pratiquer l'empathie avec les psychotiques et les psychotiques mentalement retardés nécessite une *Einfühlung*, mot allemand qui signifie «un sentiment vers l'intérieur» (Berger, 1987). Le thérapeute ne sait probablement pas ce qu'est l'expérience du psychotique, c'est-à-dire la peur de la perte du sens de la réalité, les sentiments d'irréalité, la terreur des hallucinations et des illusions, l'expérience d'un corps qui se déforme, etc. Parce que le thérapeute ne vit pas l'expérience psychotique, il doit l'assimiler en y pénétrant graduellement. Ceci nécessite une empathie qui conduit à la perte du sens de soi et à la perte du sens de la réalité – c'est-à-dire la perte de l'ego.

Qu'est-ce que cela fait de vivre une hallucination psychotique? Qu'est-ce que cela fait de ressentir que les murs rétrécissent? Qu'est-ce que cela fait de vivre l'expérience du temps qui s'arrête? Qu'est-ce que cela fait de faire l'expérience que son corps se métamorphose sexuellement? Parce que nous sommes sains, il nous est difficile de nous identifier à ces expériences. Il n'est pas facile de les visualiser, de les ressentir, ni de les exprimer. Ce sont

des expériences dont la portée dépasse notre identification psychologique au quotidien.

Le terme *Einfühlung* (sentiment vers l'intérieur) renvoie à une appropriation plus forte du phénomène psychotique. Pour saisir une hallucination, la première sensation requise du thérapeute est de ressentir la *présence* de l'hallucination chez le client. Cela demande de ressentir la spatialité ou la temporalité de l'expérience visuelle et auditive. Cela peut impliquer de suivre le regard du client, sa posture corporelle, ses réactions corporelles et ainsi de suite. La deuxième sensation consiste à littéralement ressentir l'expérience. Le thérapeute doit ressentir comme le client le *sens de la réalité* de l'apparition. Il a besoin de connaître, comme s'ils étaient les siens, la spatialité, le mouvement, la taille, la forme, la couleur, les ombres, et les autres détails perceptibles qui sont perçus par le client.

Il faut ensuite que le thérapeute pénètre le sens ressenti (*felt sense*) de l'hallucination par le client – pour savoir si le client ressent cet état de réalité avec de la peur, de la méfiance, de l'humour, du courage, de l'ambivalence, ou de l'assurance, etc. Enfin, il faut que le thérapeute connaisse l'état de l'hallucination au niveau du sentiment, quels sont les sentiments qui existent en elle. Le thérapeute doit savoir quelles sortes d'émotions existent dans cet espace littéralement psychotique.

Pour résumer, le thérapeute a besoin de s'imprégner de la façon dont le client vit avec son hallucination. Il a besoin de connaître l'hallucination comme une «expérience vécue» (Makkreel, 1986). *Einfühlung*, alors, signifie intérioriser une expérience vécue, la connaître, faire corps avec le phénomène.

Être vrai

Être vrai est une autre attitude que le thérapeute doit avoir dans la relation. Rogers (1957) la décrit en termes de congruence et d'intégration dans la thérapie. Cela signifie, pour lui, que le thérapeute est librement et profondément lui-même. Cela signifie que l'on est réellement sa propre expérience et que l'on est représenté de manière adéquate dans la conscience que l'on a de soi.

Rogers dit plus loin qu'il n'est pas nécessaire que le thérapeute mène une existence totalement vraie. Il semble d'abord limiter cette attitude à l'heure thérapeutique. Je me souviens avoir compris que je pouvais l'élargir à mon cadre social personnel. Cela se traduit par la constitution d'un réseau personnel autosélectif. En étant vraies, les personnes qui acceptaient

cette manière d'être restaient dans la relation, les autres s'en excluaient d'elles-mêmes.

L'être vrai doit tenir compte du client. Tout d'abord, le client doit être prêt. Si un client est très angoissé par un sentiment homosexuel et que le thérapeute partage avec lui cette expérience ou ce sentiment, cela peut être très menaçant pour lui. Mais quand un client lutte pour s'accepter, un soutien vrai peut l'aider. L'être vrai doit être pertinent. Le partage de sentiments personnels doit tenir compte du client pour avoir un sens. Il est pratiquement inutile de partager des expériences inappropriées. Quand cela arrive, c'est peut-être parce que le thérapeute utilise le client pour exprimer ses propres besoins. En outre, le partage de sentiments personnels doit être réel. Le thérapeute doit veiller à ce que son partage ne devienne pas un rôle. Il se pourrait qu'un thérapeute répète les mêmes sentiments encore et encore. Dans ce cas, la présence existentielle du thérapeute deviendrait artificielle, même si les événements ou les sentiments étaient réels. Le partage deviendrait professionnalisé.

Dans mon enseignement, je décris être vrai comme être authentique⁵. L'authenticité revêt trois dimensions: (1) ressentez vos sentiments; (2) exprimez vos sentiments; (3) comportez-vous selon vos sentiments. L'étudiant apprend également qu'utiliser ses sentiments est une question de discernement, de responsabilité, et de choix.

Il est important de ressentir ses propres sentiments en thérapie parce que cela libère le thérapeute (Zucconi, 1984). Soulager la tension viscérale des émotions bloquées permet au thérapeute de se sentir plus à l'aise et plus détendu. Le thérapeute étant moins sur la défensive, il est capable d'être plus présent au client. Cela est particulièrement important quand le thérapeute est troublé par ce qu'éprouve un client psychotique. À plusieurs occasions, j'ai admis ma peur face à des clients violents. La congruence a aidé le client à prendre contact avec la réalité en faisant appel au sens plus raisonnable de sa personne. Que le thérapeute exprime ses sentiments est aussi un aspect important de la thérapie. Bien des personnes profondément perturbées ont fait l'expérience de messages conflictuels à double sens reflétant un maximum d'incongruence (irréalité). Cela s'est traduit par des perturbations mentales et un contact médiocre avec la réalité. Cependant, trop de congruence peut effrayer le client psychotique.

⁵ Lietaer, G., (1993), *Authenticity, Congruence and Transparency*, in D. Brazer (Ed.), *Beyond Carl Rogers*, London; Constable, pp. 17-46. L'auteur décrit la transparence comme la couche externe de l'authenticité du thérapeute et la congruence comme l'expérience interne.

L'intimité interpersonnelle suscite fréquemment une inquiétude extrême chez le client. C'est là que se situe la difficulté de la recherche d'équilibre pour le thérapeute qui s'occupe de personnes psychotiques. Je me souviens d'avoir travaillé avec une cliente aux pulsions homicides qui me demanda ce que je ferais si elle amenait une arme pour me tirer dessus. Je répondis que je me défendrais. La cliente fut profondément soulagée parce qu'elle sentit qu'elle n'avait pas besoin de me protéger. Elle ajouta plus tard qu'elle n'avait pas à être responsable des deux pôles de la relation. Cela l'aida aussi à me ressentir comme plus réel. À certains moments, être vrai peut être socialement inadéquat mais thérapeutiquement utile.

Parfois, agir en accord avec ses sentiments se révèle utile. Souvent, j'exprime des sentiments sincères de chaleur et de soutien en prenant le client dans mes bras, en lui donnant une tape dans le dos, etc. À d'autres moments, je peux exprimer une attitude aidante en donnant ou en prêtant de l'argent, si cela aide le client à survivre ou à grandir.

L'authenticité est également importante parce qu'elle est le fondement premier du RPI et de l'empathie. Ces attitudes, lorsqu'elles sont exprimées de manière congruente, deviennent une réalité plus positive pour le client. L'authenticité de l'expression fonctionne aussi comme un modèle pour le client, l'invitant à prendre davantage de risques à s'exprimer personnellement. Elle illustre la sécurité psychologique et le potentiel relationnel qui existe en étant soi-même.

Ces trois attitudes : regard positif inconditionnel, empathie et congruence constituent les principes qui sont au centre de la relation thérapeutique telle que Rogers la présente. Elles sont considérées comme fondamentales pour une « relation aidante » et elles se différencient nettement de la relation classique et neutre de la psychanalyse et de l'attitude objective du behaviorisme. Elles dénotent une sensibilité vivante pour le monde intérieur du client. Ces trois attitudes facilitent l'accès à ce monde intérieur pour le thérapeute comme pour le client. Elles représentent l'humanisme compatissant du thérapeute – l'utilisation par le thérapeute de son soi humain. Voilà pourquoi Rogers est considéré aux États-Unis comme le « Père de la psychothérapie humaniste ». Plus profondément encore, elles incarnent une manière d'être dans une relation de guérison.

L'écoute et la réflexion

Parce que Rogers était attentif aux dangers possibles de la manipulation directive et technique, il encouragea les thérapeutes à allier « écoute et

réflexion» dans leurs réponses. L'écoute peut être décrite comme l'essence et la réflexion comme la technique. L'écoute-réflexion s'accorde bien avec la théorie de Rogers. En 1966, il donna forme et cohérence à ce concept en décrivant l'écoute-réflexion comme le vecteur de la non-directivité, de l'empathie, et du RPI. L'écoute-réflexion est non-directive parce qu'elle suit le processus du client. Elle est empathique en exprimant la compréhension du monde que vit le client. Elle communique le RPI en comprenant le client et lui transmettant ainsi sa profonde acceptation.

La technique réflexive a d'abord été employée par Otto Rank (Rychlak, 1971). Il s'en servait comme méthode cognitive. Le thérapeute réfléchissait ce que le client exprimait. Ainsi le thérapeute pouvait-il intérioriser plus à fond ce que pensait le client. Cela permettait également au client d'entendre plus complètement ce qu'il venait de dire. Rogers (1975), grandement influencé par Rank, eut l'idée d'étendre la réflexion au sentiment.

L'écoute-réflexion, même si elle n'est pas couramment utilisée en thérapie centrée sur la personne, revêt la valeur de technique de supplément. D'une manière générale, sa valeur thérapeutique est celle de développement relationnel. Un client est plus à même d'établir une relation quand il se sent compris et accepté de manière empathique. Être écouté ne soulève pas tellement de résistance (Stickers, 1985) en raison de la nature ego-congruente et phénoménologique de la situation.

L'enseignement de l'écoute-réflexion se déroule en trois phases. D'abord, on demande à un étudiant d'écouter un client-stagiaire, puis de répéter ce qu'il a entendu à un autre stagiaire. Ceci amplifie l'écoute. Ensuite, le stagiaire reflète le contenu des expressions d'un autre stagiaire. Cela permet à l'étudiant d'entendre clairement la réalité du message. Enfin, le stagiaire reflète les sentiments, donnant ainsi au client la possibilité de s'auto-explorer plus profondément.

L'écoute-réflexion avec des clients psychotiques retardés mentaux nécessite parfois une approche différente. Très souvent, écouter et refléter le contenu de la communication du client s'avère aidant. C'est important parce que le contenu peut paraître bizarre ou irréal. Souvent, lors de ce genre de communication, le client est angoissé par les difficultés que rencontre le thérapeute pour comprendre ou éprouver de l'empathie. Le client est rassuré si le thérapeute reformule le contenu de la relation. En outre, comme le décrit Gendlin (1970), l'affect, chez ce type de client, est absent ou «gelé». Souvent, le contenu de la relation est la «seule porte d'entrée». La réflexion du contenu peut aussi apporter au client une certaine sécurité psychologique puisqu'il n'implique pas directement les sentiments.

Ces clients ont souvent peur de communiquer ou de partager l'expérience de leurs émotions.

La non-directivité, le RPI, l'empathie, l'authenticité, et l'écoute-réflexion sont les composants majeurs d'une thérapie rogérienne classique. Watson (1984) a dressé l'historique des études empiriques sur le sujet.

Références

- Berger, D. M. (1987). *Clinical Empathy*. Northvale, N. J.: Jason Aronson.
- Makkreel, R. A. (1986). Dilthey and universal hermeneutics: the status of the human sciences. In S. Glynn (Ed.), *European Philosophy and the Human Sciences* (p. 3) Hampshire, England, Gower Publishing.
- Mearns, D. and Thorne, B. (1990). *Person-Centred Counselling in Action*. London: Sage Publications.
- Gendlin, E. T. (1970). Research in Psychotherapy with schizophrenic patients and the nature of that "illness" In J.T.Hart and T. M. Tomlinson (Eds), *New Directions in Client-Centered Therapy* (p. 288). Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic and personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In E. Koch (Ed.), *Psychology. A Study of Science*, Vol.3 (p. 251) New York: McGraw-Hill
- Rogers, C. (1963). The actualizing tendency in relation to 'motives' and to consciousness. In M. Jones (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*. (pp. 1-24). Lincoln: Neb. University of Nebraska Press.
- Rogers, C. (1977). *Carl Rogers on Personal Power: Inner strength and Its Revolutionary Impact*. London: Constable and Co.
- Rogers, C. (1978). The formative tendency. *Journal of Humanistic Psychology*, 18 (23-26).
- Rychlak, J. (1971). Applied phenomenology: the client-centered psychology of Carl Rogers. *Introduction to Personality and Psychotherapy* (p.410). Boston. Houghton Mifflin.
- Stickers, K.W. (1985). Phenomenology as psychic technique of non-resistance. In W. Hamrick (Ed.), *Phenomenology in Practice and Theory* (pp. 129-152). London: Martinus Nijhoff, Dordrecht.
- Van Belle, H. (1980). *Basic Intent and Therapeutic Approach of Carl R. Rogers*. Toronto, Canada: Wedge Publishing Foundation.
- Watson, N. (1984). The empirical status of Rogers' hypotheses of the necessary and sufficient conditions for effective psychotherapy. In R. Levant and J. Shlien (Eds), *Client-Centered Therapy and the Person-Centered Approach* (pp.17-40). New York: Praeger.
- Zimring F. and Raskin, N. (1992). Carl Rogers and client/person-centered therapy. In D. Freedman (Ed.), *History of Psychotherapy. A Century of Change*. (pp. 629-656) Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Zucconi, A. (1984). Stress intervention for helping professionals. In A. Segrera (Ed.), *Proceedings of the First International Forum of the Person-Centered Approach*. Oaxtepec Morelos, Mexico: University Ibero Americana.