

Carl Rogers et les thérapies expérientielles: une dissonance?

Garry Prouty

Traduction : Françoise Ducroux-Biass

Garry Prouty est psychologue américain. Ancien élève de Gendlin, il s'est formé à la thérapie centrée sur la personne à l'Université de Chicago. En travaillant avec des clients psychotiques et mentalement retardés en milieu hospitalier, il a développé la pré-thérapie, approche qui permet aux personnes privées de contact psychologique de pouvoir bénéficier d'une psychothérapie centrée sur la personne. Il est le fondateur du Pre-Therapy International Network qui a son siège à l'hôpital Sin-Camillus à Gand, en Belgique. Il est très connu en Europe car depuis plus de vingt ans, il vient y donner des conférences et des séminaires dans des cliniques, des hôpitaux et des instituts de formation. En 2004 l'Association américaine de psychologie de Chicago lui conféra le «Lifetime Achievement Award for Pre-Therapies». Il est président de l'«International Society for Psychological Study of Schizophrenia» et également «Scientific Associate to the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry».

Mots-clés: existentiel, expérientiel, processuel, experiencing, non-directivité, processus, intention technique, réductionnisme phénoménologique.

Introduction

Il semble que depuis quelques mois¹ le mouvement en faveur de la formation d'une organisation internationale centrée sur la personne et expérientielle ait pris de l'ampleur. J'ai tout d'abord accueilli ce mouvement sans état d'âme particulier car il me paraissait appartenir au même cadre historico-théorique que celui qui me fut familier au gré de mes fréquentations de Rogers et de Gendlin. Mais quelques mois plus tard, je me suis aperçu que sous le titre d'organisation centrée sur la personne et expérientielle se profilait un thème *nouveau*. Différentes approches expérientielles (Greenberg et al. 1993) étaient incluses dans le projet des concepteurs. Si l'on compte qu'il existe environ deux douzaines de méthodes expérientielles (Mahrer et Fairweather, 1993), il me semble nécessaire d'examiner cette fusion organisationnelle du point de vue de sa consistance avec les principes centrés sur le client. Il n'est *en aucun cas* question de mettre en doute l'efficacité empirique des thérapies expérientielles. Il ne s'agit pas, non plus, de procéder à une élucidation ou à une comparaison exhaustive de ces théories, mais bien plutôt d'un début d'exploration de la dissonance théorique qui existe entre la thérapie rogérienne et les thérapies expérientielles. Cette compréhension est nécessaire pour un développement organisationnel.

Il me paraît inapproprié de qualifier d'historique le changement de paradigme important qui s'est opéré depuis la conception de Rogers (1959) selon laquelle la relation est le facteur primordial de la guérison psychologique, par rapport à l'importance qui est actuellement attribuée aux facteurs d'ordre expérientiel. Toutefois je suis particulièrement préoccupé par l'absorption possible de la thérapie centrée sur le client par une mode expérientielle² et sa vague et éventuelle dissolution dans celle-ci. Cependant il convient de noter que j'ai moi-même écrit à la fois sur l'évolution de la théorie centrée sur le client et sur celle de la thérapie de Gendlin. Mais j'ai nettement fait la différence entre les deux approches. (Prouty, 1949.)

¹ Ndt: cette traduction est une révision de la traduction parue dans *Mouvance rogérienne*, n° 21, septembre 2000. L'original anglais a été publié dans la revue *Person-Centred Practice*, vol. 7, n° 1, 1999 sous le titre « Carl Rogers and Experiential Therapies: A Dissonance? ».

² Ndt: Prouty utilise le terme allemand « zeitgeist » qui signifie « l'esprit de l'époque ».

Rogers est-il expérientiel ?

Bien qu'en 1961 Rogers ait explicitement reconnu l'influence de la théorie expérientielle de Gendlin sur son propre travail, il n'a pas inscrit l'expérienting³ comme variable indépendante en recherche psychothérapique. Pour lui c'était une variable dépendante. L'expérienting était un *résultat* et non une *cause* de la thérapie (Prouty, 1994). Ceci est mis en évidence dans son chapitre intitulé «Le concept du Processus en Thérapie» (Rogers, 1961). Il y déclare clairement que ce sont les «attitudes» qui constituent les conditions fondamentales d'un changement expérientiel. Cette position est confortée par le projet du Wisconsin sur la schizophrénie (Rogers, Gendlin et al., 1967) qui décrit l'expérienting comme fonction des attitudes. Si tant est que Rogers n'ait jamais été tenté de considérer l'expérienting comme la cause de la thérapie, ce n'est pas ici, au plus fort de leur collaboration, qu'il faut en chercher la démonstration. Par ailleurs, dans la théorie rogérianne «l'ouverture à l'expérience» est l'une des caractéristiques de «la personne qui fonctionne pleinement». Rogers a fermement ancré ce concept dans la sécurité et l'acceptation offertes par la relation (Rogers, 1957).

En 1990, Brodley a mis en évidence les éléments qui caractérisent la différence entre l'approche expérientielle de Gendlin et la théorie de Rogers : la notion de confiance pour Rogers concerne *la personne tout entière* alors que pour Gendlin elle ne s'adresse qu'au *processus de l'expérienting*. Brodley fait aussi remarquer que «l'écoute» est différente dans les deux approches. Dans l'approche expérientielle de Gendlin elle est dirigée sur le sens corporel (Hendricks, 1986). Pour moi, à l'instar de Brodley, il s'agit de ce que j'appellerais un «réductionnisme phénoménologique», et par cela j'entends la réduction de la *personne* à un *processus*.

L'attitude non-directive

Bien qu'elle n'ait jamais été décrite de manière formelle, l'approche non-directive en psychothérapie est l'un des traits distinctifs de la thérapie centrée sur le client. Pour comprendre pleinement le sens de ce concept il faut d'abord en dégager les racines. Rogers a été élevé dans une tradition protestante à laquelle il consacra le début de ses études universitaires. Pour le dire simplement, de même que la doctrine révolutionnaire de Martin

³ Ndt : il n'existe pas, en français, de traduction pour le terme «expérienting», gérondif du verbe anglais «to experience» qui signifie dans sa forme verbale «être en train de faire une expérience» et dans sa forme substantive, «l'expérience qui est en train de se faire».

Luther a remplacé par la conscience de l'individu le pouvoir de l'interprétation morale détenu par l'Église, en santé mentale la doctrine distincte et révolutionnaire de Rogers (1977) a remplacé par le pouvoir du client celui de compréhension de l'expérience de soi détenu par le thérapeute. Le client se trouve ainsi investi de son propre pouvoir sur le sens à donner à son expérience. On pourrait dire que la conception non-directive de Rogers rappelle l'individualisme protestant. Ancien étudiant en théologie, Rogers avait étudié Luther.

Du point de vue de la psychothérapie, Rogers (1942) a décrit la non-directivité de plusieurs manières. Pour lui, en premier lieu, c'est le client qui a la responsabilité de la direction que prend l'entretien. Puis, dans sa manière de répondre, le thérapeute reconnaît le message que vient de lui donner le client; il répond au sentiment et à l'attitude immédiate du client. Le thérapeute indique au client que c'est à lui de prendre les décisions et qu'il accepte pleinement ses décisions.

Ensuite Rogers exprime de manière abstraite le concept de la non-directivité sous la forme de valeurs que doit respecter le thérapeute: le client a le droit de choisir ses propres objectifs; le client a le droit d'être psychologiquement indépendant et de conserver son intégrité psychologique; le client a le droit de choisir l'adaptation à la réalité qui lui convient. En langage plus moderne, l'autonomie du client est magnifiée, la relation thérapeutique est davantage démocratisée et l'individualisation du client est plus au centre. En conséquence, il semble que l'attitude du thérapeute ne puisse qu'être authentique et congruente. Le schéma précédent a été établi par Raskin (1951) sous le nom «d'attitude non-directive».

Je dirais, quant à moi, que Rogers a formulé une approche qui met profondément en valeur la liberté psychologique du client pour se définir et se créer. Je dirais encore que la description formelle que Rogers a donnée des conditions nécessaires et suffisantes de la thérapie (le regard positif inconditionnel, l'empathie et la congruence) *n'exclut pas* «l'attitude non-directive». Premièrement, Rogers ne s'est jamais départi de «l'attitude non-directive». Il l'a assimilée et intégrée dans la pratique de la thérapie centrée sur le client. Deuxièmement, «l'attitude non-directive» exprime le regard positif inconditionnel du simple fait qu'elle implique une profonde acceptation du client. Troisièmement «l'attitude non-directive» prend corps dans le suivi discipliné du processus du client, à savoir dans la compréhension empathique. Finalement, l'intégration de l'attitude non-directive, du regard positif inconditionnel et de l'empathie ne peut se réaliser sans la congruence du thérapeute.

À mon avis, le fait que Rogers ait manqué l'occasion de décrire de manière formelle «l'attitude non-directive» lorsqu'il décrit formellement les autres conditions nécessaires à la thérapie, est à l'origine d'un problème historique de grande ampleur. Cela a eu pour *résultat de créer une situation théorique dans laquelle n'importe quelle technique peut être combinée aux conditions nécessaires et suffisantes aussi longtemps que celles-ci sont présentes*. Au niveau de la pratique, ce changement théorique trouve son illustration dans les «réflexions évocatrices» de Rice (1974) et dans les «réflexions centrées» de Hendricks (1986). Ces deux auteurs dirigent leur technique dans le sens du processus de l'experiencing.

L'approche expérientielle et processuelle

Il est important de s'arrêter sur cette approche car elle tend à contrôler l'approche centrée sur le client de manière théorique et organisationnelle en l'assimilant ou l'intégrant à des méthodes expérientielles.

La distinction faite par Rice, en 1983, entre la relation et la tâche thérapeutique a «permis» le développement de l'Approche Expérientielle et Processuelle. Cette approche mélange les «attitudes» au traitement⁴ expérientiel qui utilise de multiples méthodes (Greenberg et al., 1993). «Diriger le processus, non le contenu», est un slogan qui exprime peut-être cette façon de voir et illustre bien les conséquences de la «séparation» de la non-directivité d'avec les conditions attitudinelles de la thérapie, ainsi que l'engagement théorique pour l'experiencing en tant que «cause» et non pas «résultat» de la thérapie.

La description la plus élémentaire de la thérapie expérientielle et processuelle est la suivante : elle consiste à combiner les attitudes centrées sur le client avec des méthodes ou des techniques expérientielles directives du processus. C'est peut-être dans la citation ci-après de Greenberg et al. (1983), que cette façon de voir est le plus clairement présentée :

Notre approche intègre une combinaison équilibrée des réponses empathiques centrées sur le client et du processus directif des thérapies expérientielles et gestaltiennes. Dans cette approche le thérapeute s'ajuste à chaque instant aux sentiments de son client et à l'expérience de ce qu'il est. Mais il est également *directif du processus* en guidant à différents moments les stratégies qui lui permettent de traiter les informations de nature affective et

⁴ Ndt: le terme «traitement» (processing) est utilisé ici dans le sens de traitement de données et non de traitement médical.

d'apporter un éclairage sur l'éventuelle résolution du problème. Notre thérapeute peut ainsi faciliter le processus du client à la fois en répondant empathiquement à son expérience et en lui fournissant les directions ou les suggestions concernant les actions ou les opérations mentales que celui-ci pourrait faire sur-le-champ pour activer le processus. L'objectif est de stimuler une nouvelle prise de conscience, une nouvelle construction de l'expérience et du sens. Ce n'est pas de fournir un nouvel insight, ni de modifier la connaissance.

Le deuxième «pilier» de l'approche expérientielle et processuelle consiste dans le fait que le processus sert de base de diagnostic. *Comment* le client procède fournit, en effet, un «marker» qui rend la technique expérientielle appropriée au diagnostic. Il s'agit d'un diagnostic processuel. C'est ainsi que Greenberg et al. (1993) l'expliquent dans les lignes qui suivent:

Le thérapeute reconnaît les différents états tels qu'ils se présentent; il peut ainsi intervenir à différents moments de manières différentes pour faciliter les types particuliers du traitement de l'information. Cette intervention est guidée par un type de «diagnostic processuel» de l'état actuel du client et par les idées de ce qui pourrait être le plus utile pour faciliter à un moment particulier le processus cognitivo-affectif de celui-ci.

Le diagnostic processuel implique donc l'identification d'un «marker» des problèmes d'ordre émotionnel. Lorsqu'apparaît un «marker» d'un processus particulier, le thérapeute facilite certains types d'activité de traitement établis en fonction de la résolution du problème dont le client fait l'expérience. Si, par exemple, le client fait l'expérience d'un conflit, la technique des deux chaises de la Gestalt sera utilisée. Si le client fait l'expérience d'un sens corporel vague, c'est au focusing qu'il sera fait appel. Le thérapeute est expert es processus.

Étant donné qu'il est reconnu que la directivité fait partie de l'approche expérientielle et processuelle, il est important de clarifier pleinement et honnêtement le sens qui est donné à «directif» dans cette thérapie. Et nous nous référerons à nouveau aux auteurs cités ci-dessus.

Cependant, le client est considéré à la fois comme expert en ce qui concerne sa propre expérience et comme agent actif dans son processus de changement. Tout au long de la thérapie, même lorsqu'il dirige le processus, l'attitude du thérapeute est celle de quelqu'un

qui explore et non celle de quelqu'un qui sait. De cette position se dégage une impression de curiosité et de suggestion plutôt que d'une autorité qui sait. Les actions et les attitudes du thérapeute expriment le désir de connaître davantage le client ; les suggestions sont là pour aider à expliquer l'implicite, plutôt que pour donner l'idée que les thérapeutes en savent plus et qu'ils sont à la recherche d'un matériau caché. La position de ce ceux «qui en savent moins» – qui est celle des thérapeutes expérientiels et processuels – contraste avec celle de ceux «qui en savent plus», adoptée par les tenants de l'approche interprétative dans laquelle le thérapeute agit comme expert de l'expérience du client tant sur la base de vérités théoriques que de connaissances professionnelles. En étant directif du processus, le thérapeute s'engage avec ses clients non pour faire sens à leur place, ni identifier des patterns, ni démasquer le caché, ni pour suggérer une meilleure façon de se voir eux-mêmes ou de voir le monde. Mais au contraire il les guide et les stimule afin qu'ils s'engagent eux-mêmes dans des activités de traitement de l'information susceptibles, semble-t-il, de faire ressortir schématiquement l'information qui peut les aider à réorganiser leur expérience et trouver un sens nouveau à des parties d'eux-mêmes qui les inquiètent. C'est la réorganisation auto-générée des zones où le changement est désiré qui aide le mieux les gens à voir d'une manière nouvelle à la fois eux-mêmes et leur propre monde (p. 16).

L'attitude directive

La question de «l'attitude directive» est difficile à cerner car cette attitude se tisse subtilement à travers les approches thérapeutiques de Gendlin, Rice et Greenberg. Chacun de ces théoriciens propose de diriger le client vers son *experiencing*. Cette attitude s'exprime par les termes *guider*, *suggérer*, *stimuler*, *expliquer*, *mettre en évidence*. C'est également une attitude d'écoute théorique et sélective dotée d'une *intention technique*, mais c'est aussi le problème auquel il est fait allusion plus haut, à savoir celui du *réductionnisme phénoménologique*.

Dans ma compréhension de l'expérience thérapeutique, une empathie adéquate accompagne le client dans sa prochaine expérience qui s'est organisativement formée ; ainsi se constitue un pattern d'*experiencing* non-directif dans lequel le flux de l'*experiencing* suit *naturellement* l'organisme.

La différence entre le point de vue de Rogers et les visées expérientielles réside dans l'expérencing qui est, d'un côté, une conséquence naturelle, de l'autre, le résultat de l'intention du thérapeute. Pourquoi est-ce si important?

L'intention technique

La question de l'intention du thérapeute n'est importante que face à la question de l'intention du client. On peut dire raisonnablement que l'une des différences entre Rogers et les thérapies expérientielles se situe dans l'intention du thérapeute. L'intention des thérapies expérientielles est de guider le client vers l'expérencing. Ce n'est pas l'intention de la thérapie rogéienne centrée sur le client qui est de faciliter l'intention du client par une « reddition » à l'*autodirection* de celui-ci.

Le terme « intention technique » sous-entend une attitude qui fait porter l'attention sur le *comment* du processus expérientiel. Le thérapeute est empathiquement au diapason du « comment » de l'expérencing. C'est comme s'il s'agissait d'une écoute *sélective* du processus ayant pour intention l'expérencing thérapeutique. Mais cela ne traduit pas l'attitude existentielle qui consiste à entendre le client appréhender sa « réalité », ce qui est une bien meilleure expression de l'empathie adéquate. On peut ainsi formuler le problème : afin de satisfaire l'intérêt technique d'un thérapeute pour le « comment » du processus, l'empathie est *utilisée* comme base d'intervention diagnostique – réponse « je-tu » bien peu authentique.

Quelque bienveillant ou utile que puisse être le mobile du thérapeute, des situations cliniques difficiles et complexes entourent la question de la directivité. Et d'abord la résistance consciente du client. Il y a, en thérapie, des situations où l'expérencing est menaçant pour le client, c'est-à-dire qu'il est une manifestation de sa peur. « Faire une expérience » peut réellement être désintégrant pour le self. Cela peut se produire au cours de l'intégration de sentiments homosexuels, d'expériences psychotiques ou encore de certaines facettes d'une personnalité multiple. Ces situations peuvent être considérées comme des exemples du « processus fragile » décrit par Warner (1991). Ce sont des sentiments où *seul* le ressenti du client fournit une voie de sécurité. Combien de fois n'ai-je pas vu de ces « expériences » trop menaçantes pour être soumises à un expérencing « directif ». Dans ces cas, la seule voie sûre semble être de s'en remettre lentement à l'expérencing et à l'intégration « naturels » – certainement pas aux interventions intentionnées du thérapeute qui devancent le processus du client. Ceci est souvent vrai pour les expérencings psychotiques ou pseudo-psychotiques.

Réductionnisme phénoménologique

Une de mes clientes m'a rapporté une expérience qui illustre bien le problème du «réductionnisme phénoménologique». Elle se souvint d'avoir eu besoin de la présence et de la réponse empathiques de son thérapeute, au lieu de quoi elle fut «guidée» vers son *experiencing*. Elle mentionna un sens viscéral auquel elle ne s'était pas sentie reliée. Elle ressentait que son self était ignoré et qu'elle faisait l'expérience de l'intention du thérapeute plutôt que son empathie. Cet exemple fait ressortir le problème du «réductionnisme phénoménologique» qui peut être décrit comme empathie *vers* l'*experiencing* plutôt que comme empathie *pour* le self. Le self est réduit à son *experiencing*. Le thérapeute est empathiquement relié au *processus* de l'*experiencing* plutôt qu'à *tout l'être* existentiel du self.

J'ajouterai un exemple tiré de mon expérience de thérapeute. Je travaillais alors avec une cliente schizophrène ayant une tendance homicide très marquée. Son *experiencing* était celui d'un sentiment homicide. Cette cliente m'a dit que ce qui l'avait le plus aidée dans sa thérapie, ce fut ma capacité à discerner entre son *experiencing* et son self. Son self existentiel n'était pas le processus de son *experiencing*. En parlant de son ressenti elle répétait constamment : «ce n'est pas moi». Cette distinction entre le self et l'expérience eut à long terme des conséquences empathiques et thérapeutiques.

Résumé et conclusions

Cet article a pour objet d'introduire une discussion sur la dissonance qui existe entre la théorie centrée sur le client de Carl Rogers et l'approche expérientielle. Cet effort a été motivé par mon appréhension de voir absorbées de manière inadéquate la théorie et la thérapie centrées sur le client dans une mouvance expérientielle et un tout organisationnel. Le premier motif de mes préoccupations réside dans le fait qu'il existe environ deux douzaines de méthodes expérientielles et processuelles, ce qui appelle à une plus grande clarification. J'ai insisté sur l'exploration de l'approche expérientielle et processuelle en raison de son leadership empirique et organisationnel. Il est évident que ce n'est pas sa validité empirique qui est mise en cause ; mon investigation s'est portée au niveau de la théorie et de la pratique.

En premier lieu, j'ai essayé de savoir si la thérapie centrée sur le client de Rogers pouvait être considérée comme «expérientielle». Il s'agit d'une question-clé car certains spécialistes considèrent Rogers comme expérientiel.

L'experiencing est certes présent chez Rogers mais il est fonction des attitudes, c'est un résultat. Il y est considéré comme une variable du résultat. C'est ainsi qu'il est traité dans le projet du Wisconsin aussi bien que dans le chapitre de Rogers sur la «conception du processus de la thérapie». En outre, «l'ouverture à l'expérience» caractéristique de la «personne qui fonctionne pleinement» est, elle aussi, fonction des attitudes. Pour Rogers, l'experiencing est un résultat de la thérapie, il n'en est pas la cause.

L'importante question à laquelle je me suis ensuite attaché est celle de la construction théorique des «attitudes» par Rogers. Il est vrai qu'il n'a jamais rejeté sa conception de la non-directivité, mais il ne l'a pas formellement incluse dans sa théorie de la thérapie. Ceci a pour résultat que n'importe quelle méthode peut être utilisée aussi longtemps que les conditions sont présentes. Et c'est faire la place à des techniques directives telles que les subtils mouvements vers la directivité que l'on trouve à la fois dans les œuvres de Gendlin (focusing) et de Rice (réflexion évocatrice), et peut-être plus explicitement encore dans celles de Greenberg et les autres promoteurs de la directivité processuelle.

En raison du rôle qu'ils jouent dans la fusion organisationnelle entre les thérapies centrées sur le client et expérientielles dont il est question, j'ai examiné les principes de l'approche expérientielle et processuelle. Cette approche se présente comme la fusion de la thérapie centrée sur le client «traditionnelle» et des techniques expérientielles basées sur des «markers» de diagnostic. «Diriger le processus, non le contenu» tel pourrait être le slogan qui la dépeindrait. Elle repose sur la théorie de la Gestalt qui fait porter l'attention sur le «comment» du traitement expérientiel.

Au niveau de la pratique plusieurs questions ont été soulevées. D'abord celle de l'intention du thérapeute. L'intention autodirigée du client est comparée à l'intention dirigée du thérapeute. Celle-ci, dirigée vers le «comment» de l'experiencing, est décrite comme une intention technique qui ne correspond pas à la pleine présence du thérapeute. Écouter avec une empathie accordée au «comment de l'experiencing» dépeint une intention sélective qui peut facilement faire l'impasse sur le self du client, ce qui constitue un problème fondamental.

Finalement j'ai exploré la problématique de la «réduction phénoménologique». La réduction phénoménologique est définie comme étant l'empathie vers le processus expérientiel par opposition à l'empathie pour l'être tout entier. Nous pouvons la décrire en termes de relation «je-cela» par opposition à la relation «je-tu». En 1989, le philosophe Levinas avançait l'idée que lorsqu'on parle d'*états psychologiques* (processus expérientiel)

des êtres humains, on parle sur le mode d'objectivation «je-cela» et non sur le mode existentiel «je-tu» – *de personne à personne*.

Il est évident qu'il appartient à chaque praticien de trouver sa propre solution à ces problèmes fondamentaux. En définitive, la question est de savoir si nous nous rallions à l'intention autoactualisante et non-directive de Rogers ou si nous souscrivons à l'idée d'une thérapie réduite sur le plan de l'empathie.

Références

- Brodley, B. (1990). Client-centered and experiential: two different therapies. In C. Lietaer, J. Rombauts and R. Van Balen, (eds). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties*. Leuven, Belgium. Leuven University Press, pp. 87-107.
- Greenberg, L., Rice, L. & Elliot, R. (1993). *Facilitating Emotional Change*. New York. Guilford Press.
- Hendricks, M. (1986). Experiencing level as a therapeutic variable. *Person-Centered Review*, 9(2), pp. 141-162.
- Levinas, E. (1989). Martin Buber and the Theory of Knowledge. In S. Hand (ed). *The Levinas Reader*; Cambridge, Mass. Blackwell, p. 63.
- Mahrer, A., Fairweather, D. (1993). What is 'experiencing'? A critical review of meanings and applications in psychotherapy. *The Humanistic Psychologist*, 21 (Spring), pp. 2-25.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical Evolutions in Person-Centered Therapy: Applications to Schizophrenic and Retarded Psychose*. Westport, Conn. Praeger.
- Raskin, (1951). In C. R. Rogers, *Client-Centered Therapy*. Boston. Houghton Mifflin, p. 29.
- Rice, L. (1974). The Evocative function of the therapist. In D. Wexler and L. Rice (eds.). *Innovations in Client-Centered Therapy*. New York. John Wiley, pp. 289-311.
- Rice, L. (1983). The relationship in client-centered psychotherapy. In J.J. Lambert (ed.). *Psychotherapy and Patient Relationships*. Homewood, IL. Richard D. Irwin, pp. 36-60.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Boston. Houghton Mifflin, pp. 115-126.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), pp. 95-103.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.). *Psychology: The Study of a Science*, Vol. 3 New York. Mac Graw-Hill, pp. 184-256.
- Rogers, C. R. (1961). A process conception of Therapy. In C.R. Rogers (ed.). *On Becoming a Person*. Boston. Houghton Mifflin, p. 128.
- Rogers, C. R. (1989). A therapist view of good life: the fully functioning person. In H. Kirschenbaum and V. Henderson (eds). *The Carl Rogers Reader*. Boston. Houghton Mifflin, p. 412.
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Keisler, J. T., Truax, C. B. (1967). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison, Wis. University of Wisconsin Press.
- Warner, M. (1991). Fragile process. In L. Fousek (ed.). *New Directions in Client-Centered Therapy: Practice with Difficult Client Populations*. Chicago Counseling and Psychotherapy Research Center, pp. 41-58.