

Quelques enseignements tirés d'une étude de psychothérapie avec des schizophrènes

Carl R. Rogers

Traduction : Michel Muss

Résumé

Après avoir formulé des hypothèses théoriques sur les facteurs favorisant l'efficacité du processus thérapeutique auprès de clients dits «normaux», Carl Rogers en aborde la validité dans le cadre d'un travail d'accompagnement de personnes psychotiques hospitalisées. Certains paramètres émergent alors, comme la motivation consciente d'être aidé ou l'exploration de soi active. Rogers en vient au constat que l'importance des concepts théoriques s'efface au profit des manières d'être ou attitudes facilitatrices du thérapeute dans la relation avec le client schizophrène, et conclut en présentant sa manière d'aborder la thérapie avec ces personnes.

Mots-clés: schizophrénie, clients schizophrènes, échelle du processus, conditions thérapeutiques, relation, personne à personne.

Publié in *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer 1962 et in Rogers, C. R. & Stevens, B., *Person to Person. The Problem of Being Human*, Real People Press, 1967.

Introduction

Il y a longtemps, j'avais eu le sentiment d'avoir déjà apporté la contribution dont j'étais capable à la connaissance de la psychothérapie en hôpital de jour¹. Je tirais beaucoup de satisfaction de cet apport, quelque critiquable qu'il ait pu être. Toutefois j'étais désireux de repousser les limites de cette connaissance durement acquise. Dans quelle mesure nos théories et nos hypothèses tiendraient-elles si l'on travaillait avec des groupes plus extrêmes? De façon spécifique j'avais très envie de vérifier nos théories de travail psychothérapeutique en travaillant à la fois avec des individus psychotiques et des individus parfaitement normaux.

Deux théories de base

Voici quelques années, j'émis l'idée que ce n'était pas la connaissance professionnelle particulière du thérapeute, ni sa conception intellectuelle de la thérapie («son école de pensée») qui déterminaient son efficacité. Je fis l'hypothèse que c'était le degré auquel celui-ci possédait certaines attitudes personnelles dans la relation qui était important. Je m'efforçai de définir trois de celles-ci que je considérais comme fondamentales – le vrai, l'authentique ou congruence du thérapeute; le degré de compréhension empathique de son client dont il fait l'expérience et qu'il communique à son client; le degré du regard positif inconditionnel ou d'affection non possessive qu'il ressent vis-à-vis de son client.

La formulation de ces vues théoriques incita presque immédiatement les chercheurs à mettre au point des outils susceptibles de mesurer ces conditions attitudinelles. Des études importantes ont maintenant été réalisées qui montrent en effet que, dans une population de patients en hôpital de jour, plus le niveau de ces attitudes est élevé, plus les résultats thérapeutiques sont positifs. Ceci est vrai, que les mesures de la thérapie reposent sur la perception que le thérapeute a de la présence de ces attitudes, ou sur des évaluations d'observateurs indépendants ou encore sur la perception que le client a de la relation. La perception du niveau de présence de ces attitudes par le client semble être l'indice le plus précis du résultat éventuel.

Dans une deuxième perspective nous avons procédé à l'examen du processus détaillé de la thérapie tel qu'il se déroule chez le client ou patient. Pour commencer nous avons formulé une théorie du processus thérapeutique basée sur l'observation clinique; ensuite nous avons développé une «échelle du processus» (Scale of Process) dans le but de noter les

changements qui surviennent dans la manière dont le client s'exprime au cours de l'évolution de la thérapie et dans la qualité de son expression. Dit brièvement, cela consiste à placer un certain échantillon de l'expression du client sur un continuum déterminé. On constate qu'à un bout de l'échelle le fonctionnement psychologique de l'individu est rigide, statique, indifférencié, impersonnel. Les constructs² sont fixes. L'individu fait état de sentiments mais il ne se les approprie pas. Il est loin de l'experiencing³ qui le traverse. Il est incapable de faire des liens. Il est incapable de se dire. Ou bien il se voit comme n'ayant aucun problème ou bien il ne s'en sent pas responsable. A l'autre bout du continuum le fonctionnement de l'individu est fluide, changeant, et reflète l'experiencing toujours changeant qui se déroule à l'intérieur de lui-même ainsi que les événements qui se passent à l'extérieur de lui. Il fait l'expérience de ses sentiments sur le champ, se les approprie et les exprime lorsqu'il le sent opportun. L'individu est proche de son experiencing et s'y réfère pour guider sa conduite. L'expérience est interprétée de façon provisoire et de nouvelles significations sont tirées de nouvelles expériences. Les relations sont réelles et fluides. L'individu reconnaît sa responsabilité dans beaucoup de ses propres problèmes.

Nous avons commencé par examiner la possibilité de l'existence d'un lien causal entre d'une part les conditions attitudinelles offertes par le thérapeute et d'autre part le processus de la thérapie et le changement de personnalité chez le client ou patient. Et nous avons ensuite émis l'hypothèse que ce lien resterait valide, que nous parlions de thérapie avec des schizophrènes, des névrosés ou des individus normaux⁴.

Je voudrais vous faire part de quelques éléments cliniques et autres qui nous sont apparus ainsi que de quelques résultats objectifs qui semblent émerger de cette étude.

² Ndt: terme anglais de plus en plus employé en français pour « désigner une idée fixe, sur laquelle est basée une prédiction concernant le monde. Rogers a emprunté ce terme à George Kelly (Kelly, 1955). Il l'a utilisé dans les *Sept stades de la conception du processus de la psychothérapie*, se référant aux constructs en tant que *Cartes de l'expérience* (Rogers, 1961, p. 157) ». In Tudor K. & Merry T., (2002), *Dictionary Of Person-Centred Psychology*, London, Whurr, p. 30.

³ Ndt: le terme « experiencing » n'a pas de correspondant sémantique en français. En conséquence nous avons conservé le terme anglais qui signifie dans sa forme verbale « être en train de faire intérieurement une expérience » et dans sa forme substantive « l'expérience qui est en train d'être faite. »

⁴ L'édition originale de cet article mentionnait la description du projet et des méthodes de la recherche dans laquelle furent impliqués huit thérapeutes et quarante-huit schizophrènes hospitalisés dont beaucoup étaient considérés comme malades chroniques (note de l'auteur).

La faible probabilité de changement dans notre groupe de schizophrènes hospitalisé

Le premier de ces enseignements s'est peu à peu imposé à nous. En effet en termes de probabilité de changement nous avons affaire à l'un des groupes les plus difficiles avec lesquels nous ayons jamais travaillé. Il s'agit d'individus plus ou moins chroniquement psychotiques qui d'après l'expérience s'avèrent être un groupe très difficile. Il s'agit également d'individus dont le niveau socioculturel est en moyenne assez bas. Ce sont des individus qui, presque sans exception, ne sont pas désireux de faire une thérapie, qui ont tendance à considérer que «parler ne peut pas aider» et pour lesquels le thérapeute n'est pas une personne potentiellement aidante. Non seulement certains d'entre eux ne sont pas motivés mais sont aussi résolument hostiles à toute tentative d'aide. Considérant l'ensemble de ces trois facteurs, je crois que je peux honnêtement affirmer qu'en termes de changement il s'agit de l'un des groupes les moins prometteurs que nous ayons jamais admis en thérapie.

Eu égard à la faible probabilité de changement dans notre groupe, on ne peut cependant s'empêcher d'être impressionné par un autre de nos constats. En effet, très souvent, nous avons pu entrer en contact, travailler avec ces personnes et faciliter chez elles certains changements. Je ne m'étendrai pas ici sur cette constatation car à mon avis elle sera évidente dans certains des autres matériaux que je vais présenter.

Le problème spécial du client non motivé

La grande leçon que nous avons glanée au cours de ce travail, c'est que l'absence de motivation consciente constitue un problème vraiment profond en psychothérapie. Ce n'est certainement pas une nouvelle, mais nous avons appris à reconnaître et formuler cette question de façon beaucoup plus claire et plus pointue. Il est très différent de travailler avec un client consciemment motivé, qu'il soit névrotique ou psychotique, que de travailler avec une personne qui n'a aucune intention consciente de le faire, qu'elle soit normale, névrotique ou psychotique.

Travailler avec une personne qui désire de l'aide, c'est de la psychothérapie telle qu'elle est généralement définie et comprise. A la richesse de l'expérience de cette relation s'ajoute maintenant l'accroissement constant de nos connaissances empiriques. Je pense qu'objectivement nous en savons beaucoup sur cette psychothérapie-là. Objectivement aussi nous

commençons à connaître le type d'individu qui a le plus de chance d'en tirer profit, le type de relation qui a le plus de chance de faciliter l'amélioration, le type de changements qui survient de façon très caractéristique à des degrés mesurables.

Mais pour parler du travail avec une personne dépourvue de désir conscient d'aide, nous avons besoin, je crois, d'un terme nouveau. Il s'agit d'un domaine où n'ont été développés que relativement peu de concepts ou théories. Jusqu'à très récemment aucun thérapeute n'acceptait de dévoiler la manière dont il travaillait avec ces individus. Nous sommes très redevables à des thérapeutes tels que Freida Fromm-Reichmann, John Rosen et Carl Whitaker d'avoir accepté de faire des démonstrations publiques de leur manière de travailler avec ces individus et d'enregistrer leur façon de faire naître une relation, là où n'existait à l'origine aucun désir de relation thérapeutique.

De notre expérience personnelle de travail avec des schizophrènes non motivés et un petit groupe témoin d'individus normaux également non motivés, j'en suis arrivé à une conclusion qui peut paraître surprenante. J'ai vraiment la conviction qu'il est plus difficile de travailler avec un individu dont la motivation consciente est absente que de travailler avec le problème de la psychose. Il s'agit d'une opinion subjective basée en partie sur notre incapacité générale à établir une relation facilitatrice avec des individus «normaux» de faible niveau socioculturel. Dans la mesure où les deux éléments sont séparables, je crois que l'absence de désir conscient d'aide s'avère pour le thérapeute un plus grand défi que la présence de la psychose.

En tout cas, j'en suis arrivé à penser que nous ferons plus de progrès dans ce domaine si nous reconnaissons qu'avoir affaire à une personne qui ne désire pas être aidée est une tâche nettement différente de celle de la psychothérapie, et si nous développons les concepts, théories et pratiques appropriés à ce travail. Le fait qu'une relation avec un tel individu puisse devenir de la psychothérapie quand il choisit de demander de l'aide, ne doit pas masquer le problème.

Différences entre les clients schizophrènes et les clients hospitalisés de jour

Je voudrais maintenant me pencher sur un autre domaine d'observation. Il s'agit des grandes différences qualitatives que nous avons trouvées entre nos clients schizophrènes et les clients hospitalisés de jour avec lesquels nous avons précédemment travaillé.

Dans mon travail clinique précédent, l'un des enseignements les plus profonds que j'avais retiré avait été l'attraction fantastique qu'exerce sur le client la satisfaction de faire l'apprentissage de son self⁵. Quelle que soit l'extériorité du problème exprimé initialement par le client – le comportement de sa femme, le choix d'une carrière professionnelle, etc. – une fois passée l'expérience des satisfactions aigres-douces de l'auto exploration, cela devenait inévitablement le point central de la thérapie. Je ne crois pas qu'il en soit ainsi avec nos clients schizophrènes. Même quand on a établi une relation avec lui, même quand l'individu a fait l'expérience d'une nouvelle facette de lui-même et se comprend un peu plus clairement, il ne continue pas nécessairement dans cette voie. A l'exception de très rares occasions et pour des raisons que je ne suis pas certain de cerner, il ne semble pas être attiré par l'exploration du self ni par l'expérience profonde qu'il en a. Au contraire, comme Gendlin l'a fait remarquer, il semble qu'il continue à rationaliser ses problèmes et refuser de s'approprier ses sentiments. Est-ce intrinsèquement lié à la nature de la réaction schizophrène face à la vie? Est-ce essentiellement caractéristique de la personne hospitalisée de manière chronique? Est-ce dû au faible niveau socioculturel de notre groupe? Ou bien est-ce simplement le fait que très peu de nos clients ont atteint le niveau de développement intérieur où l'auto exploration peut être source de satisfaction? Je ne peux le dire.

Ayant écrit ces lignes il y a très peu de temps, je m'aperçois que des faits objectifs viennent de les modifier. En effet, une étude dont les résultats n'ont été annoncés que quelques heures avant que je ne quitte Madison, indique – et cela confirme mon affirmation – que les clients du centre de counseling faisaient généralement preuve d'un degré d'auto exploration nettement plus profond que nos clients schizophrènes. Ce résultat a été obtenu à partir d'une nouvelle mesure d'exploration intra personnelle, développée à partir de notre échelle du processus et de ses dérivés. Toujours en accord avec nos attentes, il a également été mis en évidence que, dans les cas où le succès avait été le plus évident, le degré de l'auto exploration augmentait avec le temps, tandis que dans les cas, aussi bien névrotiques que psychotiques, où le succès était moindre, l'exploration intra personnelle dans la suite de la thérapie était *moindre* qu'elle ne l'était au début. Or, et c'est bien

⁵ Ndt: Le mot *soi* ne traduit pas nécessairement le terme *self* dans la définition de Rogers: *self* est un terme qui inclut «toutes les perceptions par l'individu de son organisme, de son expérience et de la manière dont ces perceptions sont reliées à d'autres perceptions et objets de son environnement ainsi qu'au monde extérieur». In K. Tudor & T. Merry, *Dictionary of Person-Centred Psychology*, London, Whurr, 2002, p. 125.

là le plus surprenant, c'est chez les schizophrènes où le succès était le plus évident que l'on a trouvé, du début à la fin de la thérapie, la plus forte augmentation de la profondeur de l'auto exploration, plus forte même que dans les cas des névrotiques qui avaient le mieux réussi. Ceci est à la fois réconfortant et surprenant. Cela signifie que chez les schizophrènes pour lesquels les tests objectifs font état d'une nette amélioration, cette amélioration est précédée de l'expression spontanée et chargée d'émotion d'un matériau qui leur est personnellement significatif, conséquence d'une auto exploration active, éprouvante et terrifiante. En termes simplifiés à l'extrême, il semble bien que lorsqu'un schizophrène va mieux c'est qu'il est «entré en thérapie», comme nous l'entendons habituellement.

Autre simple observation : nos schizophrènes ont tendance à être silencieux à l'extrême, ou à se lancer dans de longues conversations, peu révélatrices. On a trouvé qu'au cours de leur deuxième entretien, le taux de silence de nos schizophrènes était soit inférieur à 1 %, soit supérieur à 40 %. Ces résultats sont largement différents de ceux obtenus chez les clients de l'hôpital de jour. Nos clients schizophrènes tendent à éluder la relation par un silence presque total qui se prolonge souvent sur plusieurs entretiens, ou bien par un débordement de paroles qui a également pour effet d'empêcher toute vraie rencontre.

La thérapie en tant que relation ou rencontre

J'aimerais maintenant aborder d'autres enseignements plus personnels, des enseignements qui nous ont touchés plus personnellement en tant que thérapeutes. Le plus important se trouve peut-être bien dans la confirmation que le concept – et son extension – de la thérapie a à faire avec la *relation* et n'a pratiquement rien à voir avec les techniques, la théorie ou l'idéologie. A cet égard, je pense que ma façon de voir est devenue encore plus extrême. Je crois que c'est le fait que le thérapeute est *réel* dans la thérapie qui en fait l'élément le plus important. C'est lorsque le thérapeute est naturel et spontané qu'il semble être le plus efficace. Il se peut qu'il s'agisse d'une «attitude humaine acquise», comme le suggère un thérapeute de notre entourage, mais dans l'instant il s'agit bien de la réaction naturelle de *cette* personne-là. C'est ainsi que des thérapeutes nettement différents obtiennent de bons résultats de façons tout à fait différentes. Pour l'un, une approche impatiente qui consiste à dire «pas de bêtises, mettons les cartes sur table» sera très efficace car c'est ainsi qu'il est le plus franchement lui-même. Pour un autre, l'approche sera peut-être une approche beaucoup plus douce et

manifestement plus chaleureuse, correspondant à la manière d'être de *ce* thérapeute. Ce sont nos expériences qui ont profondément renforcé et élargi ma façon de voir, à savoir que le thérapeute efficace est une personne qui est capable d'être *ouvertement* elle-même au niveau le plus profond qu'il soit. Il se peut que rien d'autre ne soit important.

La place de la théorie dans la thérapie

Il me semble avoir redécouvert la juste place de la théorie – plus précisément l'absence adéquate de théorie – dans la conduite même de la thérapie. Lorsque j'écoute des enregistrements de mon propre fonctionnement avec ces schizophrènes, je peux clairement identifier les endroits où mon comportement est déterminé par ma théorie de la thérapie. Après avoir écouté l'entretien de Carl Whitaker avec un psychotique et en avoir discuté avec lui, je note que certaines de ses questions ou remarques – au sujet des cigares, par exemple – sont régies par sa théorie de l'implication homosexuelle éventuelle chez le patient. Quand, dans le livre de Schefflen, je lis des extraits des entretiens de Rosen, sa théorie du rejet maternel et des désirs incestueux transparait souvent comme étant la cause de la schizophrénie. Et lorsque je m'écoute moi-même, de même quand j'écoute ces autres thérapeutes, il me semble que la relation n'est plus ma préoccupation au moment où ces théories sont présentes. J'ai dans l'idée que chacun d'entre nous serait aussi efficace en soutenant des théories très différentes, à condition qu'on y croit. J'irai jusqu'à risquer l'hypothèse que, au moment-même de la relation, la théorie particulière du thérapeute est sans importance voire qu'elle serait même *préjudiciable* à la thérapie. Je veux dire par là que c'est la *rencontre existentielle* qui est importante et que, au moment même de la relation thérapeutique, avoir conscience de la théorie n'apporte aucune aide. Pour formuler cela différemment je dirais que, si au cours de la relation nous pensons à la théorie, nous devenons spectateurs, non plus acteurs; or c'est en tant qu'acteurs que nous sommes efficaces. Ce n'est pas nier le fait qu'à d'autres moments il puisse s'avérer utile de développer une théorie nous concernant, nous et nos clients aussi bien que sur le processus même de changement. Mais pendant la relation, je suis porté à penser qu'une telle théorie serait injustifiée, voire préjudiciable. Alors, s'il fallait à tout prix avoir une théorie, il me semble que celle-ci devrait être prudente, légère, flexible et librement ouverte au changement et qu'elle devrait être mise de côté au moment de la rencontre elle-même.

Nouvelles manières d'être dans la relation

C'est en relevant le défi que constituait le travail avec ce groupe de schizophrènes que nous avons appris de nouveaux comportements facilitateurs. Comment peut-on amorcer une relation avec de tels individus ? L'un des moyens que la plupart d'entre nous a finalement trouvé est l'utilisation de l'expression par le thérapeute de ses sentiments immédiats sans que le client n'en ressente le poids. C'est ainsi que j'ai dit à un client très silencieux : « Le silence, ce matin me va bien, alors que parfois, quand on ne se parle pas, je me sens comme impatient de savoir ce qui se passe. Mais ce matin ça me va bien d'être là, juste tranquillement avec vous ». A un autre j'ai dit : « J'ai l'impression que vous êtes en colère contre moi. Je n'en suis pas sûr. Evidemment, puisque vous ne me l'avez pas dit mais je continue à me demander pourquoi vous êtes en colère avec moi ». De telles affirmations sont exprimées sur un mode de réflexion intérieure, non comme des questions ou des exigences. Elles peuvent être beaucoup plus longues que ne le sont ces brefs exemples. Elles tendent à positionner le thérapeute en tant que personne dans la relation, sans menacer le client par des exigences. Elles ne font que répéter sur des modes variés : « je suis ici ; j'offre une relation ; je suis une personne avec des sentiments, des perceptions ; je suis sensible à la personne que vous êtes et à tout ce que vous voudrez bien me dire de vous ». Comme le dit Gendlin, « le thérapeute peut faire appel à son *experiencing* du moment, réservoir toujours présent dans lequel il puisera pour amorcer, approfondir et poursuivre l'interaction thérapeutique même avec une personne non motivée, silencieuse ou rationalisante ».

Certains de nos thérapeutes vont encore plus loin dans leur comportement. L'un d'entre eux en particulier tend de plus en plus à faire alliance avec la personne cachée, non révélée, chez le schizophrène tout en « démolissant » ouvertement sa carapace de défense. Sa manière de travailler ressemble vraiment à celle de Rosen et Whitaker. De toute évidence il s'occupe de la personne cachée, mais il critique de manière violente et parfois sarcastique les symptômes psychotiques, la peur de la relation, les défenses et les évitements. C'est peut-être en partie parce que cette approche lui convient en tant que personne qu'il la trouve efficace. Bref, lorsqu'on écoute les entretiens enregistrés des différents thérapeutes de notre groupe, on élargit peu à peu le répertoire des conduites qui sont vraies pour chacun d'entre nous face à des clients psychotiques, et on forge lentement les moyens de faciliter le mouvement chez la personne non motivée.

En attente de la « volonté positive »

Une autre leçon que nous avons apprise, en tant que thérapeutes, se trouve dans la patience qui est nécessaire pour faire naître chez un individu qui ne l'a jamais pratiquée, ce que Rank a appelé la « volonté positive » (Positive Will).

Nous avons peu à peu pris conscience que pratiquement aucun des individus avec lesquels nous avons travaillé ne s'étaient jamais affirmés en tant que personne. Ils n'ont jamais dit de façon manifeste : « je sens », « je vis », « j'ai le droit d'être ». Au contraire, ils ont subi passivement les blessures de la vie, les coups, les événements. Il faut beaucoup de patience, d'après mon expérience, pour attendre la naissance et le développement de la volonté de dire : « je *suis*, je mérite d'*être*. » Pourtant ce phénomène de croissance est à certains égards d'autant plus passionnant qu'il a longtemps été mis en sommeil.

L'insignifiance du contenu psychotique

Pour des thérapeutes qui, comme pour un certain nombre d'entre nous, n'avaient travaillé qu'avec des individus psychotiques non hospitalisés, l'évolution du sens que nous donnions au contenu psychotique au cours de nos contacts n'est pas sans intérêt.

La façon la plus simple de décrire notre attitude actuelle est de dire que nous avons appris le caractère relativement peu important du matériau psychotique. Ceci pourrait être facilement mal interprété. L'hallucination, le fantasme, le langage et la posture bizarres ont bien sûr leur signification dans la dynamique psychologique de l'individu schizophrène. Mais dans la relation thérapeutique ils constituent simplement un moyen de communication plus difficile. Quand on travaille avec un enfant en thérapie par le jeu, son langage est son comportement et ceci est parfois difficile à comprendre. Ou quand on travaille avec un client d'origine étrangère, les expressions confuses et les erreurs de prononciation rendent la compréhension plus difficile. Il en est ainsi, nous semble-t-il, avec le schizophrène. Ses incohérences bafouillées, ses idées paranoïdes, les voix qu'il entend ne représentent qu'un mode de communication qu'il est souvent *très* difficile de comprendre. Nous avons trouvé que la différence réside plutôt dans l'intensité que dans la nature de celle-ci et nous n'y avons pas attaché d'importance particulière, pas plus que nous n'avons utilisé de procédures spéciales, quand nous avons affaire à une personne franchement psychotique dans sa façon de s'exprimer.

Quelques enseignements objectifs

Je voudrais mentionner quelques-uns des résultats objectifs qui semblent ressortir de nos analyses. Cependant, je voudrais également signaler que la plupart de ces affirmations ont un caractère provisoire et qu'elles peuvent être modifiées par des études ultérieures.

Les « conditions » attitudinelles thérapeutiques

En essayant de mesurer les conditions nécessaires à la thérapie telles qu'elles existent chez le thérapeute, nous avons trouvé qu'il était possible d'utiliser trois modes de perception. «L'inventaire de la relation (Relationship Inventory)»⁶ nous donne une mesure de ces attitudes perçues par le thérapeute et par le client. Puis avec l'aide de juges indépendants qui écoutaient des segments d'entretiens, nous avons pu mesurer le niveau auquel ces conditions existaient pour un observateur neutre. Quant au troisième mode d'évaluation, il a été difficile pour les juges d'arriver à une fiabilité correcte. En effet il est difficile pour quiconque de dire à partir des paroles et du son de voix du thérapeute, si ce dernier est authentique, s'il se sent vraiment concerné. Par contre le degré de fiabilité est plus élevé dans le cas de l'évaluation de la justesse de la compréhension empathique. De toute façon ce qui est important c'est que nous ayons pu développer des moyens pour mesurer des attitudes subtiles et significatives à partir de trois perspectives : du point de vue du thérapeute lui-même, du point de vue d'un observateur et du point de vue du client.

Le mouvement du processus mesuré par l'échelle du processus, pendant les 30 premiers entretiens est bien plus élevé chez les schizophrènes qui perçoivent le plus de conditions attitudinelles chez leur thérapeute (mesurées d'après leurs réponses à l'Inventaire de la relation) qu'il ne l'est chez les schizophrènes pour lesquels la perception de ces attitudes pendant la relation est moindre.

Les mesures effectuées par les juges sur l'une de ces qualités font apparaître un autre de ces résultats préliminaires, à savoir la justesse de l'empathie. Celle-ci a fait l'objet d'une étude par Truax de huit patients schizophrènes, quatre d'entre eux faisant état d'une amélioration aux tests psychologiques, les quatre autres d'une certaine détérioration. Des échantillons

⁶ Ndt: l'inventaire de la relation «est utilisé pour étudier les conditions facilitatrices présentes dans les relations entre un thérapeute et un client, ainsi que dans d'autres relations comme entre un enseignant et un étudiant.» In K. Tudor & T. Merry, *Dictionary of Person-Centred Psychology*, London, Whurr, 2002, p. 122.

ont été enregistrés chez ces patients lors des premiers vingt-quatre entretiens, à savoir trois cent vingt-cinq échantillons en tout. Quatre juges ont indépendamment écouté ces échantillons et ont évalué le degré de justesse et de compréhension empathique du thérapeute. L'analyse de ces évaluations a mis en évidence que les patients qui allaient mieux étaient ceux auxquels davantage de compréhension empathique avait été régulièrement dispensée contrairement à ceux dont l'état ne s'améliorait pas.

Les résultats de nos clients schizophrènes confirment également un résultat antérieur obtenu avec des clients en hôpital de jour. On a trouvé que les schizophrènes moins bien adaptés, plus psychotiques d'après le MMPI⁷, perçoivent moins de ces conditions thérapeutiques que les clients mieux adaptés. Il apparaît donc que l'existence perçue de ces qualités dans le cours de la relation est de nature interactionnelle. Le client qui est profondément perturbé a des difficultés à percevoir ces attitudes, même lorsqu'elles existent chez le thérapeute.

La mesure du mouvement thérapeutique

Le deuxième pôle important de la recherche traitait de la mesure du mouvement ou processus en psychothérapie. Il apparaît clairement que nous avons pu développer une mesure du processus raisonnablement fiable, raisonnablement précise, qui permet même de distinguer des différences entre les premières et les deuxièmes moitiés des entretiens thérapeutiques. Cette mesure est basée sur des indices verbaux et vocaux objectivement différenciables. Elle a déjà permis de trouver des données importantes concernant les clients en hôpital de jour, comme le fait, à notre surprise, que les clients chez lesquels la thérapie aura un résultat positif *commencent* à un niveau élevé du processus et qu'ils finissent de même. Cette échelle semble s'appliquer aux entretiens avec des clients schizophrènes comme avec les clients en hôpital de jour, résultat que nous avons à peine osé espérer.

La relation entre les conditions et le processus

Notre hypothèse centrale était, on s'en souvient, que plus les conditions thérapeutiques existent chez le thérapeute, plus on trouverait de mouvement thérapeutique (mesuré à l'aune des échelles du processus) chez le client schizophrène. Il est trop tôt pour dire si cette hypothèse sera confirmée. Certaines de nos anciennes analyses semblent le faire. D'autres non.

⁷ Ndt: Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

Un premier élément de preuve apporté à cette thèse fait ressortir que le degré de mouvement au cours des trente premiers entretiens, mesuré par l'échelle du processus, est de toute évidence en rapport avec le degré de perception des conditions thérapeutiques par le client dans la relation. Plus il perçoit le thérapeute comme empathique, par exemple, plus il y a de mouvement thérapeutique et plus le client change. Par contre la plupart des corrélations entre les évaluations des qualités du thérapeute d'une part et le mouvement du processus chez le client d'autre part, n'ont pas été significatives.

Tout ce que nous pouvons dire pour le moment, c'est que, d'après les tests psychologiques, à un haut degré de qualité du thérapeute semble correspondre un haut degré de changement positif et que le mouvement thérapeutique, mesuré selon l'échelle du processus, est également associé à des changements. L'affirmation qui compléterait ce triangle logique, à savoir qu'un haut degré de conditions thérapeutiques est associé à un mouvement thérapeutique marqué, ne peut être faite pour le moment en raison de l'ambiguïté des résultats actuels.

Conclusion

Voici donc un rapport personnel sur une grande entreprise qui est loin d'être achevée. J'ai simplement essayé d'esquisser les contours de notre programme avec des schizophrènes ainsi que quelques significations et changements que cela a impliqués pour nous, thérapeutes. J'ai aussi essayé de suggérer le type de résultats qui sont en train d'émerger et qui continueront à le faire à partir de cette étude.

En termes d'objectifs, il n'y a évidemment pas de conclusion possible. Mais cela a eu beaucoup d'importance pour moi d'avoir pu approcher ces individus schizophrènes en tant que *personnes*. Nous ne pouvons certainement pas dire ce qu'en sera le résultat final. Peut-être que le degré d'adaptation sociale sera modeste. Mais il est important pour moi sur le plan personnel et aussi théorique d'avoir pu aider des individus renfermés sur eux-mêmes, bizarres, sans espoir, à devenir des êtres humains.

Je repense à un homme avec qui j'ai passé de nombreuses heures, y compris de nombreuses heures de silence. Il y avait de longues périodes pendant lesquelles je n'avais aucun moyen de savoir si la relation avait un sens quelconque pour lui. Il ne communiquait pas, semblait indifférent, renfermé, et s'exprimait avec difficulté. Je repense à cette heure pendant laquelle il se sentait complètement inutile, sans espoir, suicidaire. Il voulait fuir,

il voulait se supprimer parce que, comme il le marmonna sur un ton monochorde et désespéré : « Je m'en fiche, tout simplement ». Je répondis : « Je sais que vous vous fichez de ce qu'il peut bien vous arriver, mais je veux tout simplement que vous sachiez que *moi je ne m'en fiche pas.* » Et alors, après une longue pause, il se laissa aller à un flot de sanglots, profonds, atroces, suffocants, qui dura presque une demi-heure. Il avait saisi le sens de mon sentiment pour lui. C'était la preuve spectaculaire de ce que nous avons tous appris, à savoir que derrière le voile de silence, d'hallucination, de discours étrange, il y a dans chaque cas une personne et que si nous savons faire et avons de la chance, nous pouvons *atteindre* cette personne, et que nous pouvons vivre avec elle, souvent pour de brefs instants seulement, dans une relation de personne à personne. Pour moi, ce fait semble en dire long sur la nature de la schizophrénie. Il en dit long aussi sur la nature de l'homme et sur sa soif et sa crainte d'une relation humaine profonde. Ceci semble dire que les êtres humains sont des personnes, que nous les ayons catalogués comme schizophrènes ou quoi que ce soit d'autre. Et je sais que ces moments de relation vraie avec de vraies personnes ont été la récompense essentielle pour nous tous qui avons participé à ce programme.