

L'attitude non-directive en thérapie centrée sur le client

Barbara Temaner Brodley

Traduction : Nicole Stora et Françoise Ducroux-Blass

Barbara Brodley, docteur en psychologie de l'Université de Chicago, fut une ardente avocate du paradigme de la non-directivité en Approche Centrée sur la Personne. Elle travailla notamment avec Nat Raskin et John Shlien, à l'*University of Chicago Counseling and Psychotherapy Research Center*. Formatrice infatigable, elle était également psychothérapeute. À sa mort à Chicago en 2007, à l'âge de 75 ans, elle laissa un nombre important d'écrits colligés par ses amis et publiés sous le titre *Practicing Client Therapy*, dont l'article *The non-directive attitude in client-centered therapy*, traduit ci-après¹.

Résumé

Pour le thérapeute centré sur le client, l'attitude non-directive a des implications à la fois dans sa vie subjective et dans son comportement communicatif. Dans la sphère subjective, avec la congruence thérapeutique, elle requiert un long processus d'auto exploration et d'auto définition pour affronter les pressions sociales et contextuelles du paternalisme et de l'autoritarisme. Dans le domaine du comportement thérapeutique, l'attitude non-directive contribue

¹ N.d.t.: Brodley, B. T. (2011). *Practicing Client-Centered Therapy*. Ross-on-Wye. PCCS Books (Kathryn A. Moon, Marjorie Witty, Barry Grant & Bert Rice, Ed.). Ouvrage non traduit en français. Cinquième chapitre de ce livre, l'article publié ici est paru tout d'abord in *Person-Centered Journal*, 1997, 4 (1), pp.18-30.

à la forme de réponse faite aux clients qui s'introspectent et s'expriment. Elle contribue aussi à éviter les comportements susceptibles de nuire à l'autonomie du client et à son autodétermination.

La théorie de la thérapie de Rogers est une théorie du pouvoir personnel et l'attitude non-directive est le guide intérieur du thérapeute pour protéger ce pouvoir personnel.

Mots-clés: attitude non-directive, approche centrée sur le client, pouvoir personnel, engagement du thérapeute.

L'engagement d'aider les clients sans léser leur pouvoir personnel fait des thérapeutes centrés² sur la personne des thérapeutes uniques. La théorie de l'Approche centrée sur la personne (Rogers, 1980) repose sur l'hypothèse que tous les êtres humains ont un pouvoir personnel inné, des capacités de croissance personnelle et des tendances prosociales. De plus, la réalisation de ces capacités est largement favorisée par des conditions facilitantes interpersonnelles de congruence, regard positif inconditionnel, compréhension empathique. Selon la théorie de la thérapie, les potentialités de guérison et de plus grande croissance sont libérées et accélérées lorsque les clients perçoivent l'empathie acceptante du thérapeute congruent et que, dans le même temps, le thérapeute évite les attitudes et les comportements susceptibles de léser le pouvoir personnel des clients dans la relation.

C'est l'adhésion à l'attitude non-directive centrée sur le client qui réalise et exprime l'engagement des thérapeutes à éviter de léser le pouvoir de leurs clients pendant le processus d'aide. Dans la théorie centrée sur le client, l'attitude non-directive est l'adhésion au creuset de la fusion des attitudes thérapeutiques fondamentales. C'est une qualité intrinsèque aux attitudes thérapeutiques. Elle influence le thérapeute pour qu'il protège les processus autodéterminés du client favorisant sa prise de pouvoir personnel. Et elle encourage le thérapeute à éviter les intentions et les comportements qui pourraient léser le pouvoir du client. Cet article a pour but de clarifier les significations et quelques implications du concept de l'attitude non-directive dans la thérapie centrée sur le client lorsqu'elles s'appliquent au thérapeute. Les implications pour le client seront évoquées dans un autre article.

² N.d.t.: les expressions «thérapie centrée sur le client» et «thérapie centrée sur la personne» font référence à la même thérapie. L'expression «centré sur le client», utilisée par Barbara Brodley, sera conservée dans cet article.

Définitions

Webster (1979) définit ainsi le verbe diriger: «gérer les affaires de..., guider, conduire, régler, contrôler, donner des instructions autoritaires et ordonner (de faire quelque chose), ordonner, commander³». En tant qu'adjectif, «directif» est défini comme «tendant à diriger ou ayant l'intention de diriger». De toute évidence «non-directif» signifie quelque chose d'opposé au sens de «diriger» et à «directif». Ainsi, «l'attitude non-directive» se réfère littéralement à une attitude dans laquelle on n'a pas l'intention de diriger les affaires des autres, pas l'intention de guider, pas l'intention de conduire, de régler, de commander ou de contrôler les autres. De façon claire, l'attitude non-directive centrée sur le client n'est pas une attitude paternaliste; c'est une attitude anti-autoritaire.

L'attitude non-directive peut être également définie en termes positifs. Les significations positives du concept demandent de faire référence aux valeurs qui définissent cette attitude. L'orientation philosophique de l'attitude centrée sur le client (Rogers, 1951⁴) affirme en priorité l'idée de la valeur précieuse et inhérente de la personne humaine. Elle affirme les valeurs de respect et de confiance envers les personnes, les valeurs démocratiques et égalitaires ainsi que la valeur de la liberté telle que définie en partie dans les termes de John Stuart Mill en 1859: «[...] poursuivre ce qui est bon pour nous comme nous l'entendons pour autant que nous ne cherchions pas à priver les autres de ce qui est bon pour eux ou que nous n'entravions leurs efforts pour l'obtenir [...]» (Lerner, 1961⁵). L'attitude non-directive dans le travail centré sur le client existe dans les intentions du thérapeute de faire l'expérience des valeurs de respect et de confiance aussi régulièrement et profondément que possible, et de n'agir que de manières qui expriment ces valeurs dans la relation avec les clients.

L'attitude non-directive est intrinsèque et nécessaire à un vrai travail centré sur le client. Sans une bonne connaissance et sans l'experiencing⁶ intérieur de l'attitude non-directive, le thérapeute n'est pas préparé de façon appropriée à fonctionner de façon centrée sur le client avec un grand éventail de clients ayant des caractéristiques et des attentes variées et surprenantes. Sans l'attitude non-directive, le thérapeute n'est pas

³ Webster, 1979, p. 516.

⁴ Rogers, 1951, chap. 2.

⁵ Lerner, 1961, p. 266.

⁶ N.d.t.: experiencing: ce terme signifie une expérience intérieure qui est en train de se faire. Il n'a pas d'équivalent sémantique en français et ne peut en aucun cas être traduit par vécu, qui indique un passé par rapport à l'action.

suffisamment guidé intérieurement et n'a pas de critères appropriés pour limiter les réponses dans leur interaction avec les clients. Sans la guidance ni les limites de l'attitude non-directive, la congruence par exemple peut être comprise comme des révélations de soi, le regard positif inconditionnel peut être interprété comme des encouragements au client et la compréhension empathique peut être interprétée comme ce que le thérapeute s'imagine du client.

Certains thérapeutes qui travaillent selon l'orientation philosophique fondamentale de Rogers et la théorie des attitudes thérapeutiques, mais sans connaître vraiment l'attitude non-directive, développent des formes de thérapie quelque peu différentes dans le processus thérapeutique desquelles sont introduits des principes particulièrement directifs⁷. La relative fréquence de ces déviations et la perte relative de focalisation sur la valeur du travail centré sur le client sont les raisons de ma tentative d'attirer l'attention sur l'attitude non-directive. L'attitude non-directive doit être incorporée de façon explicite dans la théorie et la pratique centrées sur le client. Ceci est nécessaire pour préserver et développer davantage une forme très efficace et relativement pure de thérapie centrée sur le client afin que celle-ci puisse continuer à être un choix possible pour les thérapeutes et les clients.

Un peu d'histoire

De nombreux thérapeutes ont été influencés par l'orientation philosophique de Rogers (Rogers, 1951⁸) et sa théorie générale de la thérapie (Rogers, 1957). Par erreur, certains ont identifié le pur travail centré sur le client à une façon de répondre rigide et limitée, qu'ils associent à la non-directivité (Lietaer, 1997). Rogers reconnaissait ce malentendu, cela le dérangeait et ce fut une des raisons de son abandon du terme «non-directif». Après le début des années cinquante, la seule utilisation de ce

⁷ Certaines thérapies reposant sur la théorie de Rogers utilisent également des principes directifs, telles la thérapie existentielle de Gendlin (Gendlin, 1973; Brodley, 1990), la thérapie expérientielle de Friedman (Friedman, 1982) et la thérapie de réduction traumatique de F. Gerbode (Gerbode, 1992; 1994). Dans les approches de Gendlin et Friedman, le processus d'auto-explication et d'auto-expression, expérientiellement centré, est considéré comme l'essence du changement thérapeutique ainsi que nécessaire au changement. En conséquence, il est de la responsabilité du thérapeute d'intervenir et de favoriser ce processus spécifique au client s'il ne se produit pas spontanément. Dans l'approche de Gerbode, le thérapeute donne des instructions et guide le client à travers des procédures spécifiques dans le but de dissiper la charge émotionnelle et les autres symptômes post-traumatiques.

⁸ Rogers, 1951, chap. 2.

terme par Rogers se trouve dans ses références à l'histoire de la thérapie centrée sur le client.

Dans ses écrits, Rogers n'explicita jamais si le terme non-directif devait être compris comme une *attitude* plutôt que comme le nom de sa conceptualisation première de la thérapie centrée sur le client ou comme le nom d'une technique dans cette thérapie naissante. Dans «Client-Centered Therapy»⁹ (Rogers, 1951), l'attitude non-directive est évoquée de façon implicite dans les intentions du thérapeute de donner toute son attention au client pour le comprendre de façon acceptante et empathique. Elle est également implicite dans la philosophie opérationnelle centrée sur le client, qui accorde une grande valeur au respect pour le client et à la confiance en lui. Le terme est explicite dans le titre de l'article de Raskin (1947/2005) «l'attitude non-directive». Dans cet article, Raskin en forgea le concept. Rogers (1951) remarqua que l'article de Raskin donne «une description vivante [...] de la fonction du thérapeute»¹⁰. Raskin écrivit :

Il existe [un autre] niveau de réponse du thérapeute non-directif qui pour l'auteur représente vraiment «l'» attitude non-directive [...] À ce niveau, la participation du thérapeute devient avec le client un *experiencing* actif des sentiments auxquels il donne expression [...] [il essaie] de pénétrer sous la peau de la personne [...]. Et dans cet effort pour le faire, il n'y a tout simplement pas de place pour quelque autre forme d'attitude du thérapeute [...] (Rogers 1951).

Mais cette citation de l'article de Raskin est la seule référence que j'ai trouvée où Rogers reconnaît explicitement le concept d'une «attitude non-directive». Cependant, elle reste implicite dans la théorie de la thérapie de Rogers et dans ses écrits sur la thérapie jusqu'à sa mort. Cette attitude est également omniprésente dans son activité thérapeutique.

L'examen du comportement même de Rogers en thérapie montre que Rogers est systématiquement et régulièrement non-directif dans ses relations avec ses clients et dans sa manière de leur répondre avec empathie (Brodley & Brody, 1990 ; Brody, 1991 ; Nelson, 1994 ; Brodley, 1994/2011 ; Merry, 1994/1996). Par exemple, dans un échantillon de 31 de ses entretiens, 90 % des réponses sont des réponses empathiques, non-directives (Brodley, 1994/2011). La plupart des 10 % restants, celles qui sont faites

⁹ N.d.t. : *La thérapie centrée sur le client*, ouvrage non traduit en français.

¹⁰ Raskin, 1947, p. 29.

à partir de son propre cadre de référence, sont aussi non-directives et possèdent des qualités empathiques.

On peut effectivement trouver quelques exceptions à la non-directivité dans des exemples de thérapie de Rogers (Bowen, 1996; Brodley, 1996a). Mais les réponses directives sont des exceptions rares et représentent seulement une très petite partie de son comportement dans les quelques séances où il est possible de les trouver¹¹. Quelles que furent les raisons de Rogers pour ces exceptions, ce sont des exceptions. Le comportement même de Rogers en thérapie, des années 1940 jusqu'à ses dernières démonstrations en 1986, dans sa presque totalité, manifeste l'attitude non-directive.

Implications

Pour le thérapeute, les implications de l'attitude non-directive dans la thérapie centrée sur le client apparaissent dans deux sphères différentes. Une est la personnalité et la vie subjective du thérapeute. L'autre est l'expression comportementale de l'attitude. En ce qui concerne la sphère de la personnalité du thérapeute et de sa vie subjective, les contextes professionnels, culturels et sociaux du thérapeute sont des déterminants supplémentaires et souvent des obstacles.

Le thérapeute dans son contexte

Le thérapeute qui adopte des valeurs centrées sur le client se doit d'avoir, par nature ou culture, des valeurs démocratiques non-paternalistes et non-autoritaires; il doit être capable de résister au climat culturel des valeurs autoritaires qui dominent. Les valeurs centrées sur le client sont en conflit avec les valeurs autoritaires et paternalistes systémiques des institutions et des pratiques qui imprègnent toutes les cultures ayant des pratiques psychothérapeutiques formelles (aussi bien que la plupart des cultures qui n'en ont pas).

¹¹ Lorsque, dans certains exemples de thérapie, la directivité apparaît dans le comportement même de Rogers, il se peut qu'il ait été en train d'expérimenter quelques intentions directives ou, au contraire, qu'il se soit autorisé à quitter sa ligne non-directive habituellement très pure – par manque de discipline. Ou bien, dans ces moments, suivait-il quelque idée ou impulsion. Il se peut encore qu'il s'agisse d'exemples de liberté idiosyncrasique du thérapeute qu'il n'est pas nécessaire d'expliquer autrement que d'en invoquer le principe.

Le thérapeute désireux d'adopter l'orientation philosophique centrée sur le client et de la pratiquer repousse ses tendances non-autoritaires et non-paternalistes au-delà des normes sociétales. De même, ce thérapeute fonctionne presque inévitablement dans le contexte dominé par la culture clinique paternaliste et autoritaire. En conséquence, il doit souvent tolérer d'être relativement isolé de ses collègues de même orientation et de persévérer dans une vie considérablement incongruente avec le contexte social du travail. Tolérance de la critique, tolérance du conflit, capacité de pensée indépendante, propension à conserver son intégrité, ses principes de valeur et son autodirection, dans une situation marginale, telles sont les caractéristiques nécessaires aux travailleurs centrés sur le client, ou celles qui doivent être développées.

Phénoménologie de l'attitude non-directive

La phénoménologie de la non-directivité telle qu'elle est vécue dans l'expérience subjective du thérapeute implique le développement d'une sensibilité spécifique. Cette sensibilité est difficile à décrire et varie indubitablement avec les individualités des thérapeutes. La description suivante est basée sur ma propre phénoménologie aussi bien que sur les impressions que j'ai glanées chez d'autres thérapeutes centrés sur le client. Ceci n'a pas l'intention d'être un modèle, mais d'illustrer comment une phénoménologie non-directive peut avoir un caractère aidant et inhibiteur à la fois.

Le caractère de guidage de la sensibilité non-directive du thérapeute centré sur le client semble exister sous la forme d'une impulsion de comprendre de façon empathique et exacte sans interférer dans le flot des pensées et sentiments du client ou de lui ajouter des significations. C'est l'impulsion de comprendre ce que le client a l'intention d'exprimer ou de communiquer dans l'instant même. Cette impulsion ressemble à un vif intérêt pour assimiler ce que le client poursuit dans sa narration. Le thérapeute ressent cet intérêt qui le guide, avant même de faire l'expérience de compréhensions concrètes. Cela implique aussi une motivation à différencier ce qui est du thérapeute lui-même ou de ce qu'il comprend vaguement (subjectivement et avant communication) de ce que le client semble transmettre. C'est un intérêt à connaître l'autre comme l'autre se perçoit et se connaît lui-même.

La sensibilité non-directive ressemble aussi à *l'impulsion de comprendre en se mettant au diapason*. C'est le désir d'être près du client, de ressentir et de répondre en reconnaissant ses intonations et ses autres comportements

expressifs qui transmettent des sentiments et significations spécifiques. Cela implique aussi de prendre conscience du droit à l'autodirection et à l'autonomie du client et de s'en soucier. Ces mises au diapason modèlent l'expression du thérapeute.

La mise au diapason semble inextricablement liée à la manière de *répondre et d'être sensible* au client tout en respectant son autodirection et son autonomie.

La sensibilité impulsive et non-directive comprend aussi un sentiment d'humilité. Dans le processus de compréhension empathique, le thérapeute ressent à la fois un tâtonnement et quelque incertitude quant à la qualité de ses compréhensions. Les réponses de compréhension empathique sont toujours imprégnées de la question : « Est-ce que cela (cette signification ou ce sentiment) correspond bien à ce que vous entendiez m'exprimer ? » L'humilité dans la sensibilité centrée sur le client est basée sur le respect du client et sur la conviction que le client est expert et a autorité en ce qui concerne ses propres expériences et vérités.

Il existe aussi une sensibilité qui inhibe et qui est un aspect de la phénoménologie de l'attitude non-directive. Elle se manifeste par l'absence de réactions paternalistes ou autoritaires vis-à-vis du client. Cette sensibilité inhibitrice n'est pas une forme d'incongruence¹². L'inhibition congruente implique très vraisemblablement de distinguer de façon préconsciente les réponses paternalistes ou autoritaires en situation de thérapie. À mon avis, cela arrive parce que de nombreux thérapeutes centrés sur le client, moi-même y compris, ont des réactions directives et paternalistes dans d'autres situations. Si de telles réactions commencent à apparaître, bien sûr, l'inhibition est un processus délicat et conscient. Cela implique de les identifier et de les examiner complètement et non de réagir à la légère.

¹² Ceci est une question compliquée. Dans ce contexte, les attitudes inhibitrices contradictoires signifient que le thérapeute n'en fait pas l'expérience avec le client au moment même. Elles ne peuvent donc pas affecter l'interaction. Cependant, même s'il fait l'expérience d'attitudes qui ne sont pas compatibles avec l'empathie et le regard positif inconditionnel, le thérapeute n'est pas incongruent dans la mesure où il accepte pour lui-même d'avoir ces réactions et qu'il est capable de correctement symboliser les expériences dans sa prise de conscience.

Le fait d'inhiber l'expression des attitudes contradictoires alors qu'on est capable de les symboliser correctement pour soi-même n'est pas de l'incongruence. Il est désirable toutefois que le thérapeute reste ouvert à l'idée de parler de ces attitudes contradictoires avec le client si elles persistent. L'inhibition des expériences d'attitudes qui sont contradictoires aux attitudes thérapeutiques permet au thérapeute de réfléchir sur le sujet et de chercher à consulter plutôt que d'en parler impulsivement. L'incongruence qui est problématique du point de vue thérapeutique comprend le fait de ne pas en prendre conscience et aussi de trahir par des paroles ou un comportement significatif des attitudes contradictoires aux attitudes thérapeutiques (Brodley, 1996b). Il y a d'autres interprétations de la congruence et de l'incongruence (voir Lietaer, 1993).

Outre les processus de guidage et d'inhibition qui sont apparemment impliqués dans l'attitude non-directive avec nos propres clients, il existe chez d'autres thérapeutes des réponses subjectives au travail de thérapie qui semblent suscitées par une phénoménologie non-directive. Lorsque le thérapeute est témoin de processus empathiques non-directifs entre un autre thérapeute et son client, ces réponses sont des sentiments de plaisir et de bien-être. Respect du client, protection de l'autonomie du client et, en conséquence, prise de pouvoir personnel par le client sont visibles dans les processus non-directifs et les rendent agréables à observer. Mais lorsque le thérapeute est témoin de processus directifs dans le travail d'autres thérapeutes, ses réactions sont perturbées. Ces réactions, aussi bien positives que négatives, sont une sorte d'expérience immédiate et, selon la nature des comportements directifs perçus, elles sont d'intensité variable.

Implications comportementales de l'attitude non-directive

L'implication comportementale la plus fréquente et la plus naturelle de l'attitude non-directive apparaît dans la *façon empathique* dont le thérapeute *suit* un client qui parle de son plein gré au thérapeute et qui exprime ses pensées, ses sentiments et son inquiétude sur son soi et sur sa vie. Ces réponses sont les expressions du thérapeute qui comprend et qui suit de façon empathique, non-jugeante et acceptante les propos autodirigés du client et leurs significations expérientielles. J'ai nommé «processus de réponse de compréhension empathique» le modèle interactif dans son ensemble (Temaner, 1977/2011). Barrett-Lennard (1981) y fait aussi référence sous les termes de «cycle de l'empathie».

Les réponses du thérapeute, verbales, empathiques et qui suivent le client, ajoutées au comportement expressif de son visage, ses mouvements de mains et de bras, le langage de son corps, sa posture et ses mouvements, le ton de sa voix et le phrasé de son discours, tout ceci, ensemble, exprime l'attitude non-directive du thérapeute en réponse au client en train de se dire. Ensemble, ces réponses empathiques et ces comportements concomitants expriment la totalité des attitudes thérapeutiques¹³. Rogers (1951) formula ainsi les attitudes thérapeutiques fondamentales :

¹³ La compréhension empathique sans congruence ni acceptation du thérapeute n'est pas ce que signifie la théorie de Rogers (1957; 1959). Le regard positif inconditionnel n'est ni perceptible, ni recevable par le client s'il ne coexiste pas avec la qualité informative de la compréhension empathique et de la qualité validante de l'authenticité du thérapeute, ou s'il n'est pas imprégné

C'est la fonction du thérapeute d'imaginer, dans la mesure où il le peut, le cadre de référence interne du client, de percevoir le monde comme le client le voit, de percevoir le client comme il se voit lui-même, de mettre ce faisant de côté toutes les perceptions de son cadre de référence externe, et de communiquer quelque chose de cette compréhension empathique au client¹⁴.

Le mode de réponse empathique est une forme optimale de la mise en œuvre de l'Approche centrée sur le client parce qu'elle peut exprimer toutes les attitudes thérapeutiques de façon non-directive¹⁵. C'est une réponse respectueuse et directe à l'espoir du client et à son intention d'être compris lorsqu'il parle de lui-même. Lorsqu'ils parlent à quelqu'un d'autre, les individus désirent habituellement être compris et s'attendent à l'être. Ceci est encore plus vrai dans le contexte de la thérapie. Ainsi, en suivant le client, à travers la compréhension empathique acceptante du client dans l'instant, le thérapeute centré sur le client répond aux désirs du client et à ses attentes sans imposer une forme de réponse au client.

Le comportement exprimant la compréhension empathique en thérapie est essentiellement une activité relationnelle interactive. Ce n'est pas une série de réponses discrètes et sans lien avec les paroles du client. C'est plutôt un processus par lequel le thérapeute essaie de se représenter de façon exacte ses expériences de ce que le client avait l'intention de communiquer, suivi de la validation du client, de ses corrections, modifications et de ses considérations sur son expérience et finalement de l'expression de la compréhension empathique du thérapeute.

Dans les processus d'interaction empathique, les déclarations verbales de compréhension empathique du thérapeute sont toujours des tâtonnements. Elles sous-entendent la vraie question : «est-ce que ma compréhension est juste?». L'intention du thérapeute est de vérifier avec le client ses réponses

de ces qualités. La congruence en tant qu'authenticité du thérapeute peut être admirable et constituer un idéal mais sa puissance thérapeutique demande qu'elle soit intégrée à l'acceptation, qui est la combinaison du regard positif inconditionnel et de la compréhension empathique. Les attitudes thérapeutiques de Rogers forment un tout – une attitude thérapeutique holistique dans la pratique.

¹⁴ Rogers, 1951, p. 29.

¹⁵ Acceptation, authenticité, compréhension empathique, ces attitudes sont inhérentes à un phénomène non-directif. D'une part, agir sur les objectifs du client n'est pas un signe d'acceptation inconditionnelle. De l'autre, se comporter de manière non-directive sans compréhension empathique, acceptation ni authenticité n'est pas une expression de l'attitude non-directive centrée sur le client. Cela ressemblerait plutôt à une attitude de passivité ou d'indifférence exprimée en termes de non-indifférence. L'attitude non-directive se réfère aux attitudes ressenties de respect, de confiance aux valeurs démocratiques et égalitaires, à la valeur de liberté. Ce sont toutes des valeurs humaines actives et non des valeurs passives ou indifférentes.

empathiques ou de découvrir si, selon le client, la compréhension qu'il lui a communiquée est exacte (Brodley, 1984/1985; Brodley, 1998/2011; Rogers, 1986).

Les réponses du client qui vérifient, nient ou qualifient la justesse de compréhension du thérapeute sont essentielles à la compréhension empathique. Les réponses empathiques verbales du thérapeute ainsi que la qualité de sa voix et de ses gestes contribuent à la perception par le client de l'acceptation et de l'authenticité du thérapeute et communiquent l'intention du thérapeute d'être respectueux, de ne pas contrôler ou de ne pas être directif. Les réponses de validation du client, de ses corrections puis du développement de ses pensées et de ses expériences, tendent à confirmer que le thérapeute perçoit que ses attitudes internes authentiques d'acceptation, de compréhension et de non-directivité sont communiquées comme il en avait l'intention. L'interaction soutient réciproquement plusieurs sortes d'interactions du même type – le client continue de raconter et de communiquer avec le thérapeute et le thérapeute essaye de comprendre de façon empathique, acceptante et exacte.

Selon Rogers (1957; 1959), le changement thérapeutique survient lorsque le client perçoit les attitudes thérapeutiques du thérapeute. La perception des attitudes thérapeutiques par le client semble impliquer que le client a conscience de l'intention du thérapeute de le comprendre et qu'il a aussi conscience de l'exactitude de sa compréhension empathique. Les réponses des clients telles que: «exactement», «oui», «eh bien, pas tout à fait comme...», «non, je voulais dire...», etc. semblent démontrer qu'ils ont conscience de l'intention du thérapeute de les comprendre de façon empathique.

Habituellement, les déclarations spontanées du client n'indiquent pas si les clients sont également conscients des attitudes d'acceptation, d'authenticité et de non-directivité du thérapeute. Dans de nombreuses interactions client-thérapeute, les attitudes peuvent être subçues¹⁶ (Rogers, 1959¹⁷) et contribuer ainsi au climat thérapeutique. Que le client en prenne conscience ou non, leur impact est fait d'un mélange de qualités qui sont importantes de par leur effet thérapeutique. Les aspects de l'impact thérapeutique des

¹⁶ N.d.t.: subception: perception sans prise de conscience. «Rogers (1957) stipule que deux personnes ont besoin d'être en contact psychologique de telle manière que chaque personne perçoit une différence dans le champ expérientiel de l'autre et qu'«il est probablement suffisant que chacune 'subçoive' la différence, même si l'individu n'a pas pris conscience de cet impact». In K. Tudor & T. Merry (2000). *Dictionary of Person-Centred Psychology*. Ross-on-Wye. PCCS Books. Trad. F. Ducroux-Biass.

¹⁷ Rogers, 1959, pp. 199-200.

comportements auxquels l'attitude non-directive donne forme sont les perceptions par le client du respect du thérapeute à son égard et de sa confiance en lui. Ce respect et cette confiance font partie de l'interaction empathique avec son inhérente qualité protectrice d'autodirection et d'autonomie du client.

Répondre de façon empathique est identifié à la fois à tort et à raison avec la thérapie centrée sur le client. Elle est identifiée avec raison parce qu'elle peut être une mise en pratique optimale, appropriée et authentique des attitudes thérapeutiques et répondre à l'espoir du client d'être compris. Elle est parfois identifiée à tort avec la thérapie centrée sur le client lorsqu'on considère que c'est la seule forme de réponse qui corresponde à l'attitude non-directive¹⁸.

Répondre aux questions et aux demandes

Répondre aux questions et demandes des clients est la seconde implication comportementale majeure de l'attitude non-directive¹⁹. Les étudiants supposent parfois que répondre aux questions du client ou honorer ses demandes ne font pas partie du cadre du travail centré sur le client. Bien qu'incorrecte, cette conclusion est compréhensible parce qu'un tel comportement risque d'influencer les choix des clients, risque de les détourner de leur propre processus exploratoire et risque de saper leur autodirection. Lorsque leurs clients posent des questions ou font des demandes, afin d'éviter ces risques d'effets directs certains étudiants de l'approche ont

¹⁸ Outre des réponses à des questions et à des demandes, dans le travail centré sur le client, il y a occasionnellement des réponses qui expriment le cadre de référence du thérapeute. Ce sont des sortes de réponses compatibles avec l'attitude non-directive ainsi que d'autres attitudes thérapeutiques, mais qui toutefois ne sont pas le résultat direct de ces attitudes. Les réponses du thérapeute suscitées par des sentiments persistants (ayant habituellement pour objectif de corriger l'incongruence du thérapeute lorsque d'autres moyens sont inefficaces) et des réponses spontanées (Brodley, 1987) ne peuvent pas être considérées comme des implications comportementales de l'attitude non-directive, ni des attitudes thérapeutiques fondamentales. Ces formes de réponse sont la conséquence du besoin d'espace ou de marge ressenti par les thérapeutes pour protéger leur authenticité en tant que personne dans la relation. Être une personne est une caractéristique plus fondamentale pour le thérapeute que d'être un thérapeute. C'est un composant idiosyncratique dans les relations thérapeutiques centrées sur la personne, tempérées par la théorie thérapeutique. De telles réponses idiosyncratiques, quand elles existent, font partie des motivations du thérapeute de préserver l'empathie et l'acceptation. Bien qu'elles soient exprimées à partir du cadre de référence du thérapeute, elles témoignent de ces caractéristiques. De toute façon, ces formes de réponse sont nécessairement peu fréquentes dans le travail centré sur le client. Elles ne constituent que 4% des réponses dans un échantillon du travail de Rogers avec des clients ordinaires.

¹⁹ Note des éditeurs de la version originale: «Dans sa thèse, Claudia Kemp examina la manière dont Rogers répondait aux questions».

tendance à se limiter à répondre de façon empathique aux sentiments ou aux motivations des clients.

Parfois, les réponses empathiques peuvent être une réponse adéquate aux questions ou aux demandes d'un client. Lorsqu'un client pose une question ou fait une demande, le thérapeute peut ressentir le besoin d'être sûr de comprendre l'expérience subjective du client à l'origine de la question ou de la demande. Ou bien le thérapeute peut vouloir s'assurer que pour le client sa question était bien une question. Dans les deux cas, une réponse empathique peut être une réponse appropriée du point de vue du client.

À partir d'une question et de son contexte, le thérapeute a souvent assez d'informations sur le cadre de référence immédiat du client pour étayer une réponse empathique exacte ou au moins une conjecture empathique. En fait, un client peut ressentir qu'une réponse empathique du thérapeute est plus aidante que n'importe quelle réponse que le thérapeute puisse offrir. Cependant, si la réponse du thérapeute à ce qui était vraiment une question ou une demande se limite à une réponse empathique, l'intention du client – celle d'avoir une réponse – a été ignorée. L'expérience d'être ignoré, particulièrement si elle est fréquente, tend à diminuer le sens d'être soi chez n'importe quelle personne, ainsi que le sens de pouvoir personnel dans la situation.

Même lorsque les clients ne voient pas d'inconvénient à ce que leurs questions restent sans réponse, il existe un problème thérapeutique. Les clients peuvent interpréter une réponse empathique comme un moyen d'éviter la question et même en déduire qu'il ne faut pas poser de questions au thérapeute. Quand telle est l'interprétation du client, la liberté d'expression du client dans la relation est amoindrie. Éviter de répondre une fois à une question ou à une demande d'un client n'inhibe pas ou ne perturbe pas le client. Cependant, si questions et demandes sont fréquemment ou systématiquement déviées par des réponses empathiques, il est vraisemblable que, dans une certaine mesure, cela ait pour effet de léser le pouvoir du client. En thérapie centrée sur le client, léser le pouvoir personnel du client est considéré comme contre-thérapeutique.

Éviter systématiquement les demandes et les questions des clients est effectivement une forme de contrôle du processus thérapeutique et du client. Cela diminue la liberté des clients d'exprimer les besoins ressentis dans la relation. Une diminution de liberté peut être la conséquence d'une absence de réponse directe aux questions et aux attentes du client même si le thérapeute est extrêmement empathique aux motifs et aux sentiments de celui-ci, et se sent lié à la notion de prise de pouvoir personnel.

L'attitude non-directive dans le travail centré sur le client implique que les questions et les demandes soient respectées comme faisant partie des droits du client dans la relation. Ces droits sont les droits du client à l'autodétermination de son processus et de son contenu thérapeutique, ainsi que le droit de diriger la manière dont le thérapeute y participe, dans les limites de ses capacités, de son éthique et de sa philosophie. Le respect du thérapeute pour ces droits du client fait de la relation une relation de collaboration thérapeutique (Natiello, 1994).

Cette conception des droits du client dans la relation est radicalement différente de celle des autres approches cliniques. Dans d'autres approches, dans une plus ou moins grande mesure selon la théorie, le thérapeute décide de façon paternaliste si cela est bon pour le client que soit répondu à ses questions ou que ses demandes soient honorées (Glickhauf-Hugues & Chance, 1995). L'approche centrée sur le client s'abstient de prendre des décisions pour le client. Les décisions sont prises en collaboration, le client dirigeant presque toujours le processus.

Tout en répondant aux questions et aux demandes, le thérapeute continue aussi de maintenir sa congruence, de faire l'expérience des attitudes thérapeutiques de regard positif inconditionnel et de compréhension empathique et de les appliquer. Comme dans le processus de réponse de compréhension empathique, le thérapeute continue de répondre au client à partir du cadre de référence interne propre au client. Mais répondre aux questions et demandes engage aussi le thérapeute dans la manière dont il répond au client à partir de son propre cadre de référence interne. Répondre aux questions et honorer les demandes des clients est par conséquent une mise en pratique des attitudes thérapeutiques plus complexe que la mise en pratique de la compréhension empathique.

Le thérapeute centré sur le client a pour but de maintenir les attitudes de congruence, de regard positif inconditionnel et de compréhension empathique, et ce, même dans les situations où son cadre de référence, son soi, ses capacités spécifiques ou son expertise se trouvent au premier plan de l'interaction avec le client. Devoir répondre aux questions ou s'adapter aux demandes réclame une attention du thérapeute de chaque instant et son adaptation au diapason du client en est plus difficile à maintenir, du fait qu'elle est interrompue par une focalisation sur le propre cadre de référence interne du thérapeute.

Alors que le thérapeute répond de façon authentique et profonde à la question ou à la demande du client tout au long de l'interaction, le thérapeute doit se concentrer sur lui-même et s'accorder à ses propres

processus d'expérimentation et à ses processus cognitifs. La mise au diapason avec le client et son cadre de référence sont dans une certaine mesure interrompue lorsque le thérapeute s'adapte et essaie de rendre ses réponses cohérentes et empathiquement pertinentes pour le client tout en faisant des réponses intégrées et non à la va-vite. Aussi difficile que cela puisse être, répondre directement aux questions et aux demandes peut émaner et devrait émaner des profondeurs empathiques personnelles du thérapeute autant que d'un pur suivi empathique.

La troisième implication comportementale importante

La troisième implication importante de l'attitude non-directive concerne les comportements que le thérapeute *ne doit pas* avoir en thérapie centrée sur le client, afin d'éviter en particulier que le pouvoir personnel du client ne soit lésé dans la relation. Dans une thérapie centrée sur le client efficace, le thérapeute fait l'expérience de la compréhension empathique acceptante et, aussi régulièrement que possible, préserve un état de congruence et d'intégration. Maintenir cette combinaison d'attitudes, s'y conformer de façon constante et les exprimer constitue le rôle actif du thérapeute dans la relation. Non moins importante néanmoins est la tâche d'éviter les intentions directives et les comportements susceptibles d'être interprétés par le client comme, par exemple, le signe que le thérapeute a des buts pour le client.

La définition fondamentale de l'attitude non-directive affirme que le thérapeute n'a pas l'intention de diriger, guider, conduire, réglementer ou contrôler le client. En termes plus spécifiques, le thérapeute centré sur le client n'a aucunement l'intention de diagnostiquer, d'instituer un traitement, une stratégie, d'utiliser des techniques de traitement, ou de prendre la responsabilité pour le client. Ces intentions autoritaires sont celles qui sont habituellement utilisées en psychothérapie et reposent sur le paradigme psychothérapeutique standard. Selon ce paradigme, le client est considéré comme un malade et le thérapeute comme responsable du diagnostic, du traitement et de la guérison du client. Dans une relation thérapeutique, il y a une très grande différence entre une situation où le thérapeute a des buts pour les clients selon le paradigme standard et la relation centrée sur le client où le thérapeute n'a aucun de ces buts.

Dans le travail centré sur le client, la thérapie n'a qu'un seul but très général, celui d'aider effectivement le client en lui offrant les attitudes thérapeutiques dans la relation, sans lui nuire ou léser son pouvoir personnel. Dans la relation de collaboration thérapeutique du travail centré sur le

client, le thérapeute se préserve de tout but ou intention vis-à-vis de ses clients et ne s'engage que rarement dans des conduites qui expriment typiquement de tels buts et intentions.

Le thérapeute centré sur le client ne recueille généralement pas l'histoire du client, ne le questionne pas dans le but d'établir un diagnostic, ne pose pas de questions intrusives en induisant la réponse, ne propose pas au client des interprétations ou des explications le concernant, ne conseille pas, ne rassure pas, n'évalue pas les idées ou les projets du client, n'essaie pas de contrôler la manière dont le client se présente ni son style d'expression, ne décide pas pour le client de la fréquence des séances, de la durée de la thérapie et ne guide pas le processus concernant l'arrêt de la thérapie²⁰.

Toutefois, le client peut émettre des demandes ou être à l'origine d'expériences durant lesquelles le thérapeute s'engage dans certains de ces comportements. Ou bien c'est le thérapeute qui peut, en de rares occasions et de façon non systématique, proposer certains de ces comportements. Sans abandonner l'orientation philosophique de l'Approche centrée sur le client et alors qu'il est encore engagé dans les attitudes thérapeutiques et l'attitude non-directive, le thérapeute centré sur le client reste libre de se comporter de la manière que lui dicte ou exige son jugement ou ses instincts thérapeutiques, quels qu'ils soient. La relation thérapeutique centrée sur le client est considérée avec chaque client comme unique, complexe et imprévisible.

²⁰ On pourrait dire que les restrictions apportées au catalogue des comportements des thérapeutes centrés sur le client contreviennent aux principes fondamentaux de respect pour le client, de confiance en les clients en tant qu'êtres en actualisation. S'il s'agit d'individus intrinsèquement en autoactualisation, pourquoi ces clients ne cherchent-ils pas à défier les comportements du thérapeute directif pour protéger leur propre autonomie? C'est justement ce que font certains clients. En fait, il est évident que toutes les thérapies aident souvent les clients à soutenir ce principe. Les clients tirent souvent profit de thérapeutes directifs en choisissant des éléments d'empathie, de compassion, d'acceptation et peut-être des modules de sagesse qui émanent de tels thérapeutes comme étai de leur propre croissance et guérison. Toutefois, il n'existe aucune preuve qui nous assure que de tels profits ne sont pas contaminés et source de déstabilisation, à l'intérieur de la personne dans son ensemble. Le problème du résultat est très complexe. Dans le travail centré sur la personne, l'importance portée à la protection de l'autonomie, l'autodétermination et l'autodirection repose sur l'idée que le motif de la thérapie se situe dans un quelconque dommage au soi (Rogers, 1959) qui peut s'exprimer en d'inadéquates autoprotection et autodétermination. Une réponse honnête aux questions du client, une adaptation aux demandes du client, ou une réponse spontanée du thérapeute – chacune de ces d'interactions peut comporter un risque d'interférence ou de déstabilisation du vulnérable sens du soi du client – comprend une flexibilité, qui, espérons-le, compense le caractère protecteur du travail centré sur le client, lequel, et c'est paradoxal, pourrait à son tour déstabiliser l'indépendance et le pouvoir personnel du client. Il n'existe aucune certitude à ce sujet. Nous faisons nos choix quant à l'importance des théories sur lesquelles nous fondons notre pratique. Nous observons ensuite les résultats aussi impartialement que nous le pouvons et nous modifions notre théorie et notre pratique si cela ne se passe pas comme nous l'attendons.

Les modalités de changement du client et les processus de changement sont uniques à chaque individu; il ne peut donc y avoir de formule ou de règle à suivre.

Cependant, les attitudes et les valeurs centrées sur le client ont cette conséquence: le thérapeute a tendance à avoir certaines expériences subjectives, à s'engager dans certains comportements et à en éviter d'autres. Les comportements et expériences du thérapeute sont déterminés par ses valeurs et ses perceptions du moment et non par des règles. En conséquence, affirmer que les comportements associés à la directivité sont impossibles dans le contexte du travail centré sur le client ne peut pas être vrai dans la pratique. La liberté du thérapeute centré sur le client est toutefois ancrée dans des disciplines déterminées par des valeurs. C'est une liberté à la fois créative et disciplinée.

Résumé

En thérapie centrée sur le client, les implications de l'attitude non-directive pour le thérapeute se situent dans les sphères de la vie subjective du thérapeute et dans sa manière de communiquer pendant la thérapie. Dans la sphère subjective, l'attitude non-directive et la congruence thérapeutique demandent ensemble un long processus d'exploration et de définition personnelles pour pouvoir contrebalancer l'apprentissage du début et les pressions sociales ou contextuelles qui poussent au paternalisme et à l'autoritarisme. Dans la sphère du comportement thérapeutique, l'attitude non-directive contribue à la forme de réponse faite aux clients qui s'introspectent et s'expriment personnellement – le processus de réponse de compréhension empathique (Temaner, 1977/2011). Ce processus contribue à la manière de répondre de façon adaptée aux questions et demandes des clients. Il contribue aussi à éviter les comportements qui pourraient déstabiliser l'autonomie et l'autodétermination des clients.

La théorie centrée sur le client et sa pratique sont éclairées par la compréhension du rôle important de l'attitude non-directive des intentions du thérapeute et par le maintien de cette attitude dans le contexte qui consiste à offrir les attitudes thérapeutiques de congruence, de regard positif inconditionnel et de compréhension empathique. La théorie de la thérapie de Rogers est une théorie de la prise de pouvoir personnel par le client et l'attitude non-directive est principalement le guide intérieur du thérapeute pour protéger cette prise de pouvoir personnel.

Références

- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, pp. 91-100.
- Bowen, M. (1996). The myth of nondirectiveness: The case of Jill. In B. H. Farber, D. C. Brink, & P. M. Raskin (Eds.), *The psychotherapy of Carl Rogers* (pp. 84-94). New York: Guilford Press.
- Brodley, B. T. (1984). Criteria for making empathic understanding responses in client-centered therapy. In A. S. Segrera (Ed.), *Proceedings of the First International Forum on the Person-Centered Approach*. México, Distrito Federal, Mexico: Universidad Iberoamericana. [Excerpted (1985) in *Renaissance*, 2 (1), 1-3. under altered title. Revision (under altered title) published (1998) in *The Person-Centered Journal*, 5 (1), pp. 20-28; this volume, Chapter 14.]
- Brodley, B. T. (1987). *A client-centered psychotherapy practice*. Paper prepared for the Third International Forum on the Person-Centered Approach, La Jolla, California.
- Brodley, B. T. (1990). Client-centered and experiential: Two different therapies. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential therapy in the nineties* (pp. 87-107). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Brodley, B. T. (1994). Some observations of Carl Rogers' behavior in therapy interviews. *The Person-Centered Journal*, 1 (2), pp. 37-48. [This volume, Chapter 25.]
- Brodley, B. T. (1996a). Uncharacteristic directiveness: Carl Rogers' session with an angry and hurt client. In B. H. Farber, D. C. Brink & P. M. Raskin (Eds.), *The psychotherapy of Carl Rogers* (pp. 310-321). New York: Guilford Press.
- Brodley, B. T. (1996b, May). *On congruence*. [Unpublished] Paper presented at the annual meeting of the Association for the Development of the Person-Centered Approach, Kutztown University, Kutztown, PA.
- [Brodley, B. T. (1998). Criteria for making empathic responses in client-centered therapy. *The Person-Centered Journal*, 5 (1), pp. 20-28; this volume, Chapter 14.]
- Brodley, B. T., & Brody, A. F. (1990, August). Understanding client-centered therapy through interviews conducted by Carl Rogers. Paper presented in the panel, *Fifty years of client-centered therapy: Recent research*. American Psychological Association Annual Conference, Boston.
- Brody, A. F. (1991). *Understanding client-centered therapy through interviews conducted by Carl Rogers*. Unpublished doctoral clinical research project, Illinois School of Professional Psychology, Chicago (now Argosy University, Chicago).
- Friedman, N. (1982). *Experiential therapy and focusing*. New York: Half Court Press.
- Gendlin, E. T. (1973). Experiential psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 347-352). Itasca, IL: Peacock.
- Gerbode, F. (1992). *Traumatic stress reduction*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Development of the Person-Centered Approach, Menlo Park, CA.

- Gerbode, F. (1994). *Trauma and personal growth*. Unpublished manuscript, Institute for Research in Metapsychology, Menlo Park, CA.
- Glickauf-Hughes, C., & Chance, S. E. (1995). Answering clients' questions. *Psychotherapy*, 32 (3), pp. 375-380.
- [Kemp, C. M. (2004). *Responses to clients' questions in client-centered therapy*. Unpublished research project, Chicago School of Professional Psychology.]
- Lerner, M. (Ed.) (1961). *Essential works of John Stuart Mill*. New York: Bantam Books.
- Lietaer, G. (1993). Authenticity, congruence and transparency. In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers* (pp. 17-46). London: Constable.
- Lietaer, G. (1997). *From nondirective to experiential: A paradigm unfolding*. Unpublished manuscript.
- Merry, T. (1994, September). *An analysis of ten demonstration interviews by Carl Rogers: Implications for the training of client-centered counselors*. Paper prepared for the Third International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy, Gmunden, Salzkammergut, Austria. [Published (1996) in R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid, & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 273-284) Frankfurt am Main: Peter Lang.]
- Natiello, P. (1994). The collaborative relationship in psychotherapy. *The Person-Centered Journal*, 1 (2), 11-18.
- Nelson, J. A. (1994). *Carl Rogers' verbal behavior in therapy: A comparison of theory and therapeutic practice*. Unpublished doctoral clinical research project, Illinois School of Professional Psychology, Chicago, Illinois (now Argosy University, Chicago).
- Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*, 21 (4), pp. 431-438.
- Patterson, C. H. (1990). On being client-centered. *Person-Centered Review*, 5 (4), pp. 425-432.
- Raskin, N. J. (1947). The nondirective attitude. Unpublished manuscript. [Published (2005) in *The Person-Centered Journal*, 12 (1-2), and (2005) in B. E. Levitt (Ed.), *Embracing non-directivity* (pp. 327-347). Ross-on-Wye: PCCS Books.]
- Raskin, N. J. (1988). Responses to person-centered versus client-centered? *Renaissance*, 5 (3&4), pp. 2-3.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 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: A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). New-york: Mc Graw-Hill.
- Rogers, C. R. (1980). The foundations of a person-centered approach. In *A way of being* (pp. 113-136). Boston: Houghton Mifflin.

- Rogers, C. R. (1986). Reflection of feelings. *Person-Centered Review*, 1 (4), pp. 375-377.
- Temaner, B. [Brodley] (1977). The empathic understanding response process. Chicago Counseling and Psychotherapy Center. *Chicago Counseling Center Discussion Paper*. [This volume, Chapter 12.]
- Webster, N. (Ed.) (1979). *Webster's new twentieth century dictionary* (2nd ed.). New York: Simon & Schuster.