

La directivité fait la différence

Éthique et conséquences du guidage en psychothérapie

Marjorie Witty

Traduction : Françoise Ducroux-Biass

Marjorie Witty est professeur de psychologie clinique à l'*University of Chicago* où elle enseigne la théorie et la pratique de la Psychothérapie centrée sur le client. Elle est également psychothérapeute en libéral depuis 1975.

C'est en 1972, pendant son année de stage pratique au *Chicago Counseling and Psychotherapy Center*¹ que Marjorie rencontra Barbara Brodley, qui l'introduisit à l'Approche centrée sur la personne. Après son stage et pendant de nombreuses années, elle continua à voir Barbara en tant que cliente et consultante. Marjorie Witty est membre de l'Association pour le Développement de l'Approche Centrée sur la Personne (ADPCA). Elle participe aux sessions du *Warm Spring Group* que Jerold Bozarth réunit annuellement au printemps.

Version originale en anglais de l'article : Witty, M. (2004). The Difference Directiveness Makes : The Ethics and Consequences of Guidance in *Psychotherapy, Person-Centered Journal*, 15, vol. 11, n° 1-2.

¹ N.d.t.: Centre de Counseling et de Psychothérapie de Chicago.

Résumé

La non-directivité² est une attitude du thérapeute centré sur le client. C'est la matrice d'évaluation au sein de laquelle a lieu la coalescence des conditions nodales : acceptation, compréhension empathique et congruence. Comment le fait de se départir de cette attitude crée une différence dans la manière dont le client fait l'expérience de la psychothérapie, tel est le thème de cet article. Un extrait de thérapie centrée sur le focusing³ suggère les effets de la directivité qui réinscrit l'autorité du thérapeute et mine le «pouvoir de refus du client». Selon la thérapie non-directive centrée sur le client, il est établi que le client est le propre architecte du processus de sa thérapie, ce qui n'est pas le cas des thérapies directives et expérientielles.

Mots-clés: non-directivité, directivité, guidage, éthique, théorie de la motivation de Rogers, tendance actualisante.

Le principe de la non-directivité

Théorie motivationnelle de Rogers

La théorie de la thérapie centrée sur le client – et la pratique qu'elle induit – est unique parmi les approches thérapeutiques. Elle est la seule en effet qui plaide pour l'engagement du thérapeute dans la non-directivité de principe (Grant, 1990)⁴ en offrant les conditions essentielles au changement de la personnalité : congruence, compréhension empathique du cadre de référence interne des clients et regard positif inconditionnel. Une relation

² «Si Barbara Brodley n'avait pas soulevé la question de la différence entre la thérapie expérientielle et la thérapie centrée sur le client – et même si cette constatation peut paraître injuste vis-à-vis de quelques praticiens européens qui sont engagés dans l'approche non-directive – je ne suis pas certaine qu'une école authentiquement non-directive de Psychothérapie centrée sur le client aurait survécu. En 1972, à l'époque où je fis mon stage au *Chicago Counseling and Psychotherapy Center*, la psychothérapie centrée sur le client était enseignée de façon ultra simplifiée, comme une manière d'écoute active superficielle. Personne d'autre parmi les enseignants ne m'a transmis ce que je comprends maintenant de l'Approche centrée sur la personne».

³ N.d.t. : *focusing*, du verbe «to focus» (centrer) signifie «centrage», «centration». Alors que chez Rogers ce terme se réfère uniquement à l'autoexploration du client, chez Gendlin il se rapporte à «un processus qui consiste à diriger l'attention ou à la centrer sur les sensations ou les sentiments du client qui ne sont pas directement évoqués ou explicités...». In Tudor K. & Merry T., 2006, *Dictionary of Person-Centred Psychology*, Ross-on-Wye, PCCS Books. (Trad. F. Ducroux-Biass).

⁴ N.d.l.r. : paru en français dans *ACP Pratique et recherche*, 2009, n° 10, pp. 16-28.

thérapeutique non-directive procède logiquement de la perception du client comme personne autonome. Extension de la théorie de la motivation de Rogers, elle postule l'existence d'une tendance actualisante qui anime et organise toutes les activités des organismes vivants (Goldstein, 1939, 1940; Rogers, 1951). La tendance actualisante fonctionne de manière holistique et constante dans la vie des organismes, de la naissance à la mort. Les êtres humains sont des processus en évolution qui se dirigent vers une plus grande différenciation et complexité et dont l'intention et les buts, bien que n'étant pas le fait du hasard, sont imprévisibles.

La philosophie éthique de Rogers

C'est ainsi que l'attitude non-directive est cohérente avec la vision de Rogers selon laquelle les organismes ont la capacité de s'autodiriger. La valeur que Rogers attribue au droit des clients à s'autodiriger dépeint également bien cette attitude (Bozarth, 1998; Brodley, 1997, 2002; Grant, 1990; Rogers, 1942). En essayant de vivre cette position éthique, le thérapeute centré sur le client doit prendre en considération l'autonomie et le regard sur soi du client dans chacun des aspects de la relation thérapeutique. Une relation collaborative maximalise le potentiel du client à devenir, selon les termes de Raskin (1988), «l'architecte de la thérapie».

L'efficacité par elle-même et en elle-même ne justifie jamais la psychothérapie. Si nous croyons que nous rencontrons les clients en tant que personnes souveraines, le seul processus qui ne lèse pas leur autodétermination est de comprendre avec empathie l'intention de ce qu'ils nous communiquent (Grant, 1985; Schmid, 2001). Toute directivité systématique du processus, de l'intervention, ou de la procédure, qui n'émerge pas de la participation-même du client dans la relation thérapeutique, viole le principe de non-directivité. Du point de vue centré sur le client, nous sommes astreints à une attitude non-directive de principe par respect pour la *voix* du client et les intentions du client dans la situation thérapeutique (Grant, 1985, 1990). Nous sommes confortés dans cette attitude par notre croyance dans le fonctionnement de la tendance actualisante chez le client qui est ainsi perçue comme ayant de vastes ressources non exploitées pour faire face à la vie et à ses difficultés. Toutefois, qu'on accepte ou non la tendance actualisante comme la seule motivation de la vie dans l'organisme, si nous désirons interagir avec un client comme avec un autre être humain souverain, à la fois capable et digne de s'exprimer et de se représenter librement en tout temps, nous n'échappons pas aux exigences de cet engagement éthique vis-à-vis de la non-directivité.

Les thérapies expérientielles et de processus directif

Méthode par opposition à expression

Décrire l'Approche centrée sur la personne comme une *méthode* parmi d'autres méthodes thérapeutiques, c'est ne pas comprendre cette approche. Comme le dit Schmid (2001), «dans la thérapie centrée sur la personne essayer de comprendre ne signifie jamais < dans le but de>». Du point de vue centré sur le client, nous n'utilisons pas la compréhension empathique de ce que veut dire le client comme un moyen à des fins du type «diriger l'attention sur une expérience interne» ou «intensifier ses sentiments». Nous ne nous utilisons pas nous-mêmes en tant qu'agents thérapeutiques pour améliorer le processus de l'expérencing⁵ du client. La pratique de la thérapie centrée sur le client implique l'expression des deux personnes de la relation thérapeutique (Brodley, 2002). Les thérapeutes centrés sur le client ne dirigent pas la manière d'être de leurs clients dans la thérapie. Ils ne dirigent pas leur façon de s'y prendre dans la relation ni ne dirigent le processus ou le contenu de ce qu'ils apportent ou expriment dans la relation.

En lisant les études qui évaluent la relation des niveaux d'expérencing depuis le début de la thérapie jusqu'à la fin, je n'ai pas noté suffisamment de preuves qui soutiennent l'idée qu'un processus particulier ou des niveaux élevés d'expérencing focalisé⁶ produisent nécessairement des résultats psychothérapeutiques supérieurs (Brodley, 1988; Zimring, 1997). Et, finalement, même si dans le futur les preuves augmentaient en faveur d'un mode optimal de «processing»⁷ des clients et un mode optimal de fonctionnement des thérapeutes, nous ne serions pas obligés d'enseigner ce processus aux clients qui ne s'y prêtent pas spontanément. Le but des thérapeutes centrés sur le client est de participer à une relation qui respecte et honore les perceptions, les significations et les buts uniques des clients. Concernant les processus internes du client (que nous ne connaissons pas directement) ou les expressions de ce qu'ils veulent dire, nous considérons la directivité comme arrogante et prétentieuse envers l'autonomie du client. Elle mine,

⁵ N.d.t.: *expérencing*: «Lorsque, dans une relation thérapeutique, un individu fait l'expérience complète et sans réticence de la prise de conscience d'un sentiment jusqu'ici refoulé, non seulement il perçoit un changement psychologique mais, un nouvel état de compréhension (insight) s'étant formé, il ressent également un changement physiologique concomitant». In Tudor K. & Merry T. 2006, *Dictionary of Person-Centred Psychology*, Ross-on-Wye, PCCS Books. (Trad. F. Ducroux-Biass).

⁶ N.d.t.: *focused*: participe passé du verbe «to focus» est traduit par le néologisme «focalisé» pour éviter toute confusion avec «centré» qui, dans ce texte, se réfère à l'Approche centrée sur la personne.

⁷ N.d.t.: en français *processing* est un terme d'informatique utilisé en psychologie et signifie la manière dont se développe un processus.

en effet, chez le client, l'expérience de la validité de leur propre cadre de référence interne.

Un client en psychothérapie est (ou doit être) libre de définir cette expérience de la manière dont il l'entend. Il peut ressentir qu'il s'y trouve dans le but d'avoir «une vision objective» de son problème. Il peut prétendre qu'il s'y trouve par besoin d'être «guéri». Certains clients peuvent désirer être aidés à entrer en contact avec leurs sentiments. Quelques-uns sont incapables de dire ce qui les amène en thérapie et pourquoi ils y restent, même parfois pendant de longues périodes. Nous supposons que le client désire être compris quand il exprime ses espoirs ou ses sentiments de vulnérabilité, ses doléances à notre égard ou vis-à-vis du processus thérapeutique. Il appartient au thérapeute centré sur le client de répondre à l'expression de ce que le client veut dire par une compréhension empathique *dénuée de toute autre intention*. C'est ce qui fait la différence entre la thérapie centrée sur le client et les thérapies qui ont des a priori sur ce qu'il est bien de «faire», notions ayant leurs sources à l'extérieur du client. Rogers était particulièrement attentif aux contraintes et aux influences de l'entourage. Il n'était guère surpris de l'importance des conditions de l'environnement que certaines personnes doivent affronter et qui limitent la réalisation de la poussée vers l'actualisation. Nos clients nous arrivent avec des myriades d'idées reçues à leur sujet, sur ce qu'ils aiment, idées qu'ils ont intériorisées dans leur famille, à l'école, à travers les médias, la religion et parfois la psychiatrie. Quelques fois les idées peuvent aider mais souvent elles entravent l'expérienting organismique⁸ du client et l'autocréation. Notre but n'est pas de contrer ou de repousser ces influences mais d'être experts à ne pas être experts. Schmid (2000) dit notamment :

Pour les personnes travaillant dans le domaine de l'Approche centrée sur la personne, la mise en œuvre de ces attitudes de base, qui sur le champ doivent être réactivées pendant le processus, représente *l'aide qui n'a pas besoin d'adjonction de méthodes ni de techniques spécifiques réservées à l'expert*. L'«expertisme», s'il a été décrit, repose exactement sur la capacité de résister à la tentation de se comporter en expert (même contre les désirs des clients) – c'est-à-dire de résoudre des problèmes à l'aide de techniques plutôt que d'y faire face en tant que personne.

⁸ N.d.t. : «organismique suggère un phénomène invasif qui inclut la totalité des sous-systèmes comportementaux, biochimiques, physiologiques, perceptuels, cognitifs et interpersonnels». In K. Tudor & T. Merry, 2006. *Dictionary of Person-Centred Psychology*, Ross-on-Wye, PCCS Books. (Trad. F. Ducroux-Biass).

S'approprier la thérapie centrée sur le client et la réponse empathique

Polanyi fait remarquer que, contrairement à l'expérience scientifique dont le but est de pouvoir être reproduite en tout temps et toute circonstance, un art dont les détails ne peuvent pas être spécifiés ne peut être transmis sur prescription puisque pour lui, il n'y a aucune prescription. Seul l'exemple du maître à l'apprenti peut le transmettre... Il s'ensuit qu'un art qui est tombé en désuétude pendant une génération est définitivement perdu (Polanyi, 1958). La thérapie non-directive centrée sur le client est un art pratique qui est en danger d'être perdu. Les déclarations selon lesquelles la thérapie centrée sur le client a été subsumée à l'intérieur des thérapies expérientielles plus évoluées et des thérapies directives du processus, constituent un facteur significatif de cette fin possible.

Gendlin prétend que la thérapie expérientielle est une forme de thérapie bien plus évoluée – une méthode des méthodes – qui a pour origine la vieille approche «classique» préconisée par Rogers. Il s'agit d'une méthode améliorée à la fois du point de vue philosophique par de meilleurs concepts concernant le processus et du point de vue pratique par des façons plus puissantes et efficaces de stimuler de hauts niveaux d'experiencing focusés (Gendlin, 1974, 1996; Hendricks, 1986). Cet écrit de Gendlin a contribué à la formation d'un stéréotype qui réduit la thérapie centrée sur le client à une simple «écoute active». Gendlin (1974) accorde une grande importance à l'«écoute» centrée sur le client en tant que «ligne de base» à laquelle tout thérapeute de *toute* orientation doit revenir. Il affirme que les thérapeutes peuvent faire ce qu'ils veulent aussi longtemps qu'ils reviennent à la ligne de base: «le sens corporel dont le client fait l'expérience».

Décrire les réponses empathiques comme une «écoute» ou comme «une ligne de base à laquelle il faut revenir» implique que cette forme de réponse est un «outil» utilisé par le thérapeute pour retrouver le contact avec le processus de l'experiencing que le client essaye de symboliser. Pour Gendlin et Hendricks, *le processing focusé est la source originale de toute signification; ainsi encourager le client à se centrer sur le sens corporel signifie simplement attirer son attention sur son corps à partir duquel toute signification émerge*. Ils ne semblent pas prendre au sérieux les critiques adressées à leur directivité car pour eux les incitations à focaliser et à diriger le processus reviennent simplement à ramener le client à sa propre source d'autorité personnelle. Les thérapeutes expérientiels et orientés sur le focusing prétendent qu'ils n'ont aucun désir de diriger leurs clients ou d'exercer sur eux une quelconque expertise; ils veulent seulement aider l'émergence de l'expertise qui est en gésine dans leur propre expérience.

Cependant l'absence de motifs à l'exercice d'un pouvoir sur le client n'implique pas que le fait d'être incité et guidé dans le «processing» soit, pour le client, une expérience neutre, sans jugement et sans prise de pouvoir.

Les thérapeutes en focusing prononcent un jugement lorsqu'ils estiment que les manières habituelles de processing ou de symbolisation de l'expérience, de type pré-focusing, ne sont pas aussi productives, adéquates, compliquées ou riches que la symbolisation qui émerge de la «création d'un espace», du «focusing sur le sens corporel» ou de «l'obtention du mouvement corporel» dit «mouvement référent». Les praticiens orientés sur le processus et les praticiens directifs du processus, déplacent nécessairement la manière naturelle dont le client parle et communique; ils procèdent par étapes guidées. Il n'y a vraiment aucun retour à la ligne de base une fois que ce processus a été inculqué à un client vulnérable. Le processus-formation a changé la manière dont les clients peuvent être en thérapie.

Pour Gendlin, le changement thérapeutique de personnalité réussi est le résultat d'une forme particulière d'experiencing focalisé et non la conséquence d'une certaine forme de relation humaine. Comme Prouty (1999) l'a fait remarquer, Rogers a clairement indiqué que la condition nécessaire et suffisante au changement de personnalité résidait pour les thérapeutes dans une *relation* ayant des qualités attitudinelles particulières qui reposent sur les principes éthiques de confiance dans les personnes et de respect des personnes. Les thérapies expérientielles et directives du processus situent la cause du changement dans un type particulier de processing interne chez le client. L'attention du thérapeute concerne le client *en tant que personne entière*, mais elle est focalisée sur le processus de l'experiencing du client, ou dans le cas de la thérapie centrée sur l'émotion, sur ce qui provoque les processus efficaces chez le client (Greenberg & Paivio, 1997). Gendlin (1974) déclare notamment:

La méthode expérientielle [...] est une manière d'utiliser beaucoup d'approches thérapeutiques différentes. C'est la méthode des méthodes. Elle me permet juste de montrer comment la thérapie centrée sur le client devrait faire partie de la manière de travailler de tout thérapeute. C'est une *manière systématique d'utiliser divers vocabulaires, théories et procédures, parmi lesquels la thérapie centrée sur le client*. Lorsque j'aurai donné quelques détails concernant la théorie et la pratique de cette méthode, il deviendra clair que mon interprétation de la thérapie centrée sur le client [...] en est une reformulation en termes expérientiels. Ainsi reformulée, elle devrait faire partie de la manière de travailler de tout thérapeute.

Gendlin visualise la thérapie centrée sur le client comme un exemple de «vocabulaires, de théories et de procédures». Il affirme que tout thérapeute, quelle que soit son orientation, peut tirer bénéfice de l'incorporation à sa pratique de la thérapie centrée sur le client «reformulée», comme si la thérapie centrée sur le client était synonyme d'«écouter». Il est clair que Gendlin a abandonné la prémisse fondamentale de l'Approche en faveur d'une *méthode* qui favorise l'experiencing centré sur le client. Il accorde quelque valeur aux réponses de compréhension empathique mais il les critique: «Aujourd'hui si je regarde en arrière, je pense que 90% de la thérapie centrée sur le client que j'ai observée au cours des vingt dernières années n'étaient que de l'à-peu-près. L'expérience distinctement ressentie par le client, au lieu d'être articulée, était vague et privée de ses contours spécifiques par ce genre de réponse» (Gendlin, 1974).

Dans «l'écoute», pour être facilitatrices, les réponses doivent être précises et constamment vérifiées par le client vis-à-vis de «ce qui est là». Gendlin propose cette règle comme la règle de la nouvelle écoute expérientielle. Il prétend que la thérapie expérientielle est une «nouvelle» manière de pratiquer la thérapie centrée sur le client, une évolution de la vieille manière qui en conserve les attitudes fondamentales. Or je prétends ici, comme Brodley le fit ailleurs (1990), que le passage à une thérapie orientée sur le focusing est un départ qui change la nature de la relation thérapeutique (Brodley, 1990).

CRITIQUE D'UN EXTRAIT DE SÉANCE ORIENTÉE SUR LE FOCUSING

Gendlin s'est éloigné de la théorie de la thérapie centrée sur le client en 1964 lorsqu'il déclara que, en toute thérapie, le niveau d'experiencing était la variable indépendante, le moteur de changement. Il a créé une forme de réponse du thérapeute qu'il appela réponse expérientielle, dont le but est d'attirer l'attention sur le sens corporel et de faciliter un «*carrying forward*»⁹ de l'experiencing. Les thérapeutes expérientiels affirment qu'ils sont non-directifs parce qu'ils laissent tomber l'invitation à s'occuper du sens corporel lorsque le client n'en veut pas. Mais il est difficile d'imaginer comment les réponses empathiques qui accompagnent l'invitation à focaliser pourraient ne pas créer *un type de relation différent entre le client et le thérapeute*, ni changer à la fois le processus et le contenu. Même lorsque les invitations sont données avec le plus grand respect et la plus grande sensibilité, le client ne peut s'empêcher de conclure que le thérapeute orienté sur le focusing a une conception de ce qui est aidant et de ce qui ne l'est pas, en particulier

⁹ N.d.t.: *carrying forward*, terme propre à Gendlin qui signifie «transport en avant», «prolongement» de l'experiencing.

s'il est frustré dans sa propre manière d'être en thérapie. Et de fait, les thérapies directives du processus ont *vraiment* une conception de ce qui est un comportement thérapeutique efficace ou inefficace pour le client.

En lisant des transcriptions de thérapie orientée sur le focusing on constate nettement des moments où l'attention du client est guidée vers le corps du client, loin de la relation avec le thérapeute. En voici un exemple tiré de Gendlin (1996) :

C: (*Après qu'il eut parlé sans émotion pendant un certain temps, il y eut une cassure dans la voix du client*). Je suis tellement fatigué de ma dépression, et les autres en ont vraiment assez aussi. Mon ami Nick en a eu assez et il ne veut plus me voir maintenant, trop. Quand je vais chez lui j'essaie de ne pas me plaindre ou de lui demander de l'attention. Et dans mon groupe ils me trouvent passif; ils disent que tout ce que je fais c'est de me plaindre. Je me dis à moi-même: «Je peux prendre soin de moi. Je peux le faire moi-même».

T: Vous pouvez ressentir que le sentiment de dépression *est* une demande d'aide et d'une certaine manière vous vous la donnez. Pourtant vous avez peur que les gens se fatiguent de vous.

C: Et j'ai peur que vous aussi vous vous fatigüiez.

T: Y compris moi. Vous avez peur que je me fatigue de votre dépression et de votre demande d'aide.

C: Oui. (*Silence*)

T: Je remarque qu'il y a quelque chose qui se passe en vous quand nous parlons de votre besoin d'aide.

C: Oui, ça détend les choses dans ma gorge. La plupart du temps, je ne sens rien.

T: Votre gorge est dénouée lorsque vous dites que vous avez besoin d'aide, *et vous sentez vraiment ce besoin, besoin d'aide.*

C: Ça détend cette partie bloquée. (*Les larmes lui montent aux yeux*)

T: *Ressentez cela maintenant dans votre corps aussi clairement que vous le pouvez*; cet endroit bloqué et déprimé, c'est réellement cet endroit-qui-a-besoin-d'aide. Est-ce juste? Pouvez-vous le ressentir?

C: Ça se dénoue quand je dis que j'ai besoin d'aide, et *quand il y a quelqu'un à qui le dire*. Et c'est aussi en lien avec toute cette histoire avec ma mère dont on parle.

(*Les italiques existent dans le texte original, mais le soulignage est ajouté*).

Ce court extrait de thérapie orientée sur le focusing illustre plusieurs points importants. D'abord on remarque un «effet-formation» dans les

formulations du client: «Ca détend les choses dans ma gorge» et «ça détend cette partie bloquée». Dans ma pratique de thérapie centrée sur le client, depuis trente ans, j'ai rarement entendu mes clients faire spontanément un tel «compte rendu de situation» concernant leurs réponses corporelles. Au cours d'une séance récente une de mes clientes dit en portant la main à la poitrine: «Les mots de ma mère m'ont poignardé le cœur». C'est une formulation complètement différente de «j'ai la sensation d'être serrée dans la poitrine». «Ca détend les choses dans ma gorge» donne l'impression d'un observateur extérieur qui fait un compte rendu sur l'état d'une région corporelle. Je fais une distinction entre les «formulations-comptes rendus» et les formulations qui sont directement expressives sans être, pour autant, des descriptions littérales. Je crois que dans le focusing on apprend aux clients comment rendre compte de leurs sensations corporelles et comment leur attribuer *une signification*. Il est également intéressant de noter que le compte rendu du client concernant sa gorge qui se desserre vient en réponse à la remarque du thérapeute sur le «quelque chose qui se passe en vous». Ce à quoi le thérapeute faisait allusion n'est pas clair; c'est formulé comme une observation: «Je remarque». Du fait que le thérapeute ne donne pas de détails qui appuient sa déclaration, on peut croire que le client cherche ce qui «se passe» et fasse un compte rendu concernant sa gorge. Ce n'était probablement pas dans l'intention du thérapeute, mais la «remarque» forme et dirige l'attention du client sur des données corporelles. Le compte rendu n'est pas simplement la description physique d'un relâchement flegmatique, mais une utilisation métaphorique du terme «relâchement» qui implique que «quelque chose se passe» et met en évidence un effet-formation. Il est possible que la phrase suivante: «La plupart du temps, je ne sens pas grand-chose de quoi que ce soit» soit pour le client une manière de résister à la pression du thérapeute lorsqu'il reconnaît qu'il se soumet à lui.

Au moment où le client a le courage d'admettre sa crainte que le thérapeute ne se fatigue de lui, le thérapeute lui fait une réponse empathique, et c'est alors qu'il rompt le silence par une remarque personnelle ayant pour effet de détourner l'attention du client de l'ici et maintenant de sa relation avec le thérapeute, pour la dévier sur sa situation corporelle. Dans cet exemple le thérapeute a un but pour le client que montre nettement l'injonction: «Resentez cela maintenant dans votre corps aussi clairement que vous le pouvez». Cette injonction est suivie d'une autre déclaration provenant du cadre de référence du thérapeute: «l'endroit bloqué et déprimé» *est* «réellement cet endroit-qui-a-besoin-d'attention». Dans la relation, le thérapeute intervient avec précaution *mais* aussi de façon autoritaire. Il donne

l'impression de savoir ce que le client doit faire à ce moment-là et aussi que la cause de la déprime du client est *réellement* ce dont il est question.

Cette interaction est tout à fait différente de ce qui aurait pu se passer si, après le silence ininterrompu, le client avait dit: «J'ai besoin que vous preniez soin de moi». Le client aurait pu faire ou ne pas faire un appel aussi direct et osé au thérapeute mais le fait est que la chance ne lui en fut pas donnée. Son attention fut détournée de la relation pour s'occuper d'événements qui sont supposés se passer à l'intérieur de lui. Au lieu d'un moment de rencontre authentique, une procédure est offerte au client dans laquelle il *doit, aussi clairement qu'il le peut, ressentir ce que suggère* le thérapeute, à savoir que cet endroit bloqué et déprimé *est* l'endroit-qui-a-besoin-d'aide. Le client est d'accord avec cette nouvelle formulation en disant: «Ca se dénoue quand je dis que j'ai besoin d'aide, et *quand il y a quelqu'un à qui le dire*». Il est intéressant de remarquer qu'à aucun moment le client n'a vraiment dit au thérapeute: «J'ai besoin d'aide» jusqu'à ce qu'il dise – à lui-même ou au monde entier (on ne sait pas à qui il s'adresse) –, que sa gorge se dénoue «quand il y a quelqu'un à qui le dire». On est presque frappé par l'hypothèse qu'il fait un test. C'est ainsi que ça se passe en lui; ce n'est pas une interaction directe qui aurait pu avoir lieu de la manière suivante:

C: Je veux vous dire que je sens que j'ai besoin d'aide... J'ai besoin de votre aide.

T: Vous avez besoin d'aide en général mais aussi de la mienne en ce moment.

C: Oui, c'est vrai.

T: Vous l'*avez* vraiment cette aide. Je me soucie vraiment de vous.

C: Merci de me le dire. J'apprécie beaucoup.

L'éthique et les conséquences de la direction et de la non-direction

EFFETS IATROGÈNES DES BUTS THÉRAPEUTIQUES

En apprenant à mettre en œuvre les attitudes fondamentales, les thérapeutes non-directifs centrés sur le client que nous sommes, pensent que les seuls buts que nous devons avoir en thérapie ne concernent que nous-mêmes. Non seulement parce que la liberté du client à l'autodétermination nous y contraint, mais aussi parce que nous pensons que des *constructs*¹⁰ tels que

¹⁰ N.d.t.: *construct* désigne «une idée fixe sur la base de laquelle est faite une prédiction concernant le monde. Rogers a emprunté ce terme à Georges Kelly et l'a utilisé dans les sept stades de sa «conception du processus de la psychothérapie», se référant aux *constructs* comme à des «cartes cognitives de l'expérience» (Rogers, 1961). In Tudor, K.; Merry, T. (2006). *Dictionary of Person-Centered Psychology*. Ross-on-Wye, PCCS Books. (Trad. F. Ducroux-Biass).

«l'experiencing», les «conditions de valeur», le «sens corporel» ne sont généralement pas des expressions issues du cadre de référence du client. Nous sommes attentifs à la façon dont les clients peuvent aisément revêtir les manières de voir du thérapeute, même lorsque le thérapeute essaye d'éviter d'avoir cette influence. En outre, il semblerait d'après certaines transcriptions de *Focusing-oriented Psychotherapy*¹¹, que les clients soient souvent conciliants, par courtoisie ou politesse.

Beaucoup de thérapies utilisent une rhétorique d'émancipation ou de libération du potentiel humain. C'est-à-dire que leur but est de libérer les personnes de «l'incongruence», des «idées irrationnelles», des «addictions», de la «maladie mentale», d'un «faible niveau d'experiencing», etc. En psychothérapie, les revendications de succès dépendent de la capacité de pouvoir dire que le changement pour le mieux, est une conséquence de la variable indépendante de la psychothérapie. Mais les thérapeutes non-directifs centrés sur le client acceptent avec méfiance les évaluations de l'effet du traitement comme étant le dernier mot sur leur pratique. Nous pensons que les effets nuisibles sont rarement investigués et relatés (à l'exception du remarquable travail de Binder et Strupp, 1997).

Les effets iatrogènes des traitements médicaux, qui font l'objet de discussions régulières entre médecins lors de conférences sur la mortalité et la morbidité, n'ont pas d'équivalents formels dans le monde de la psychothérapie. La thérapie, même à son niveau de non-directivité le plus élevé, peut avoir – et on a constaté qu'elle en a – des effets négatifs sur les clients. Parfois c'est le résultat d'un manque de discipline momentané du thérapeute; parfois c'est la conséquence d'une communication du thérapeute mal comprise par le client. Nous savons pourtant que ces erreurs d'inattention peuvent avoir de graves conséquences. Combien plus nuisibles encore ne le sont-elles pas pour le sens du regard positif sur soi de l'individu, les pratiques *conçues* pour changer les clients qu'il s'agisse de leur manque de congruence, de leur manière «bloquée» de processing ou de toute autre déficience? Ces sortes de dommages et leur importance que peuvent causer les thérapeutes par violation des normes éthiques et professionnelles, est un domaine largement ignoré par la recherche.

LE DROIT AU REFUS EST ESSENTIEL

Le droit du client de refuser tout traitement psychologique et psychiatrique est essentiel à toute société qui respecte les droits humains fondamentaux.

¹¹ N.d.t. : *la Psychothérapie orientée sur le focusing.*

De nombreux auteurs ont fait référence à la signification du «pouvoir du refus» de la personne humaine (Weil, 1987). C'est seulement notre perception de l'humanité de l'autre qui peut arrêter la trajectoire de l'intention de l'action que nous projetons et permettre, comme le dit Simone Weil, «cet intervalle d'hésitation dans lequel repose toute notre considération pour nos frères en humanité». Dans sa lecture de Weil, Winch (1989) explique sa position :

Reconnaître l'existence d'un autre être humain c'est admettre l'existence d'une certaine sorte d'obstacle à toute action projetée; c'est-à-dire que c'est reconnaître qu'il y a certaines choses qu'on *doit* faire et certaines choses qu'on *ne peut pas* faire lorsqu'on est en interaction avec l'autre, ce qui constitue une limite dans la manière dont nous pouvons poursuivre notre projet. La reconnaissance de ces nécessités est intérieurement liée à notre compréhension du type d'êtres auxquels nous sommes confrontés.

Les notions de voix, d'autodétermination et d'autonomie personnelle impliquent qu'un aspect fondamental de la qualité d'être humain est, au fond, un exercice de volonté – de la capacité et du droit de dire «oui» et «non». Le consentement ou le non-consentement personnels sont des expressions de la liberté. Seules les personnes qui peuvent *refuser*, peuvent librement consentir à entrer dans une relation égalitaire. Tout inégalitaire que soit la relation thérapeutique du point de vue structurel, si la personne recherche volontairement la relation et conserve à chaque moment de la relation le «pouvoir de la refuser», il y a, dans une certaine mesure, rencontre de deux personnes souveraines (Proctor, 2002; Schmid, 2001). Une personne brisée est une personne qui, ayant renoncé à essayer de donner ou de retenir son consentement, se rend compte qu'elle est perçue par les autres comme n'étant plus un obstacle à leurs plans ou à leurs actions.

Que signifie le «pouvoir refuser» dans le contexte de la relation thérapeutique centrée sur le client? Ce pouvoir doit d'abord signifier la liberté de retenir l'expression, soit totalement soit partiellement. Le client ne peut pas être interrogé, examiné, encouragé ou forcé de parler. L'acte de parler, d'établir un contact avec l'autre, doit être compris comme une expression libre, un appel d'une Personne à une Autre, non comme une production linguistique ou un processus de symbolisation (tout au moins pendant le temps de la rencontre). La seule réponse adéquate à la voix de l'autre est l'acte de la réponse provenant de mon self authentique. Je pense que ce type d'appel et de réponse est ce à quoi Buber se réfère dans une relation

Je-Tu¹², concept auquel Rogers accordait de la valeur et auquel il s'est souvent lui-même référé au cours de bien des années.

Ceci dit, beaucoup de clients qui entrent en relation thérapeutique sont issus de contextes familiaux et sociaux qui ont longtemps nié leur autorité personnelle, et c'est un des premiers problèmes auquel le thérapeute centré sur le client doit faire face. L'acceptation des normes familiales et l'obéissance aux figures d'autorité ont été profondément inculquées à la plupart d'entre nous. Ainsi nous ne pouvons pas naïvement penser que le client sache que la relation thérapeutique est une relation libre. Bien des clients croient qu'ils ne doivent pas *poser* de questions et que, à l'inverse, ils doivent *répondre à toute* question posée par le thérapeute ou le «docteur». Ils ont besoin d'aide et se sentent vulnérables, ce qui exaspère les pressions situationnelles contre l'appréhension de leur propre pouvoir de refus. Ce pouvoir existe dans l'abstrait, peut-être, et fonctionne comme une contrainte pour le thérapeute non-directif, mais il n'est pas encore appréhendé et vécu par beaucoup de clients. Le but fondamental du thérapeute centré sur le client est de s'offrir lui-même d'une manière entièrement personnelle, sans façade professionnelle. Nous croyons que la pratique de la compréhension empathique augmentera le pouvoir personnel des clients. Cette assumption a été confirmée par la pratique au cours de nombreuses années (Zimring, 2001).

Nous attestons que notre but est d'aider mais nous ne savons pas à l'avance ce que «aide» signifie pour une personne donnée. Une question doit toujours rester ouverte au cours de notre travail. «Est-ce que je vous aide?» C'est le client qui est l'expert sur ce qui est ou n'est pas de l'aide et plus radicalement encore quand il cesse de vouloir être aidé sous quelque forme que ce soit. Lorsque ce point est atteint dans la relation thérapeutique, celle-ci doit être redéfinie ou terminée, parce qu'il est de sa structure essentielle qu'un thérapeute qui est présent dans la situation *donne* de l'«aide» à un client et qu'un client qui est présent dans la situation *la reçoit*.

Est-ce une contradiction de tenir cette position non-directive logique et d'en exclure la pédagogie et diverses techniques? Est-ce que cette rigidité n'est pas une sorte de tyrannie de la non-directivité imposée au client? Cain (2002) affirme que l'importance donnée aux attitudes du thérapeute conduit à la position thérapeutique qu'«une seule approche convient à tout le monde». Il dit notamment :

N.d.l.r. : Buber, M. (1923), *Ich und Du*, Martin Buber Estate. Cet ouvrage est disponible en français : Buber, M. (1959). Je et Tu, in *La vie en dialogue*, Trad. J. Loewenson-Lavi, Paris, Aubier Montaigne, pp. 5-101. et Buber, M. (1969). Je et Tu, Trad. G. Bianchis Paris, Editions Aubier.

Il y a chez le thérapeute et l'enseignant les mêmes qualités attitude-nelles de base considérées comme nécessaires et suffisantes pour tous les clients (étudiants) quelles que soient les différences individuelles en la personne elle-même, fussent-elles énormes. Il n'est pas surprenant que, d'une manière générale, il y ait assez peu de variations dans la manière dont les praticiens centrés sur la personne interviennent avec leurs clients.

Je pense que Cain passe à côté du fait que les thérapeutes centrés sur le client, de par leur engagement à mettre en œuvre les attitudes non-directives sans essayer de créer d'effets particuliers chez leurs clients, offrent un climat propice à l'émergence d'une relation thérapeutique unique avec chaque nouveau client et avec chaque client au cours des séances de thérapie suivantes. Au contraire, il y a *beaucoup de variations* dans la manière dont les praticiens centrés sur le client interviennent avec leurs clients – autant de variations qu'il y a de personnes.

Un engagement ferme de la part du thérapeute envers la non-directivité implique que, d'un moment à l'autre, l'unisson à un client concerne la personne tout entière. Dans la forme mature de la thérapie centrée sur le client – à savoir la pratique dans laquelle le thérapeute est librement lui-même dans la situation – beaucoup de possibilités de mise en place des attitudes peuvent émerger. Notre comportement ne suit ni une méthode ni une formule. Il n'y a pas non plus d'intention systématique dans notre réponse, si ce n'est celle de comprendre le client avec empathie quel que soit ce qu'il désire exprimer. Il est inconcevable qu'un thérapeute centré sur le client puisse dire à un client déprimé, désireux de mettre fin à la thérapie: «Je ne pense pas que cela soit sage. Je pense que vous devriez continuer encore un peu, jusqu'à ce que vous soyez un peu moins déprimé et puissiez penser plus clairement à cette décision». Ce genre de paternalisme est en contradiction avec la non-directivité parce qu'il mine le pouvoir du client et finalement abolit son pouvoir de refus. Nous voulons honorer le cadre de référence interne des clients parce que c'est juste, parce que c'est ce que nous désirons pour nous-mêmes.

Conclusion

La directivité importe. Même avec les meilleures intentions, elle favorise l'influence du thérapeute sur les clients. Les thérapeutes directifs du processus ont des buts clairs sur la manière dont les clients peuvent changer leurs schémas émotionnels et leurs contenus «bloqués». Ils se sont approprié les conditions nodales et les réponses empathiques sans reconnaître

que, par leur orchestration et leur direction, ils ont changé le caractère de ces conditions. Ils ont remplacé la «manière d'être empathique» de Rogers par des méthodes du faire, et ils ont remplacé la confiance en le client par un «nouveau paradigme»: la confiance en l'expert.

Marjorie Witty peut être contactée à l'adresse suivante: mwitty@argosy.edu

Références

- Binder, J. L. & Strupp, H. H. (1997). «Negative process»: A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical psychology: Science and practice*, 4 (2), pp.121-139.
- Bozarth, J. (1998). *Person-centered therapy: A revolutionary paradigm*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Bozarth, J. (2002). The evolution of Carl Rogers as a therapist. In D. Cain (Ed.), *Classics in the Person-centered Approach*, Ross-on-Wye, UK: PCCS Books, pp. 43-47.
- Brodley, B. T. (1988). Does early-in-therapy experiencing level predict outcome? Unpublished paper presented at the second annual meeting of the Association for the Development of the Person-centered Approach in New York City, May 1988.
- Brodley, B. T. (1990). Client-centered and experiential: Two different therapies. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven, Belgium: Leuven University Press, pp. 87-107.
- Brodley, B. T. (1997). The non-directive attitude in client-centered therapy. *The Person-centered Journal*, 4, (1), pp. 18-30.
- Brodley, B. T. (2002). Client-centered: An expressive therapy. *The Person-centered Journal*, 9, (1), pp. 59-70.
- Cain, D. (2002). The paradox of nondirectiveness in the person-centered approach. In D. Cain (Ed.), *Classics in the person-centered approach*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books, pp. 365-370.
- Gendlin, E.T. (1964). A theory of personality change. In Worchel, P. & Byrne, D. (Eds.). *Personality Change*. New York: Wiley.
- Gendlin, E. T. (1974). Client-centered and experiential psychotherapy. In Eds. D. Wexler and L. Rice (Eds.), *Innovations in Client-centered therapy*. New York: John Wiley & Sons, pp. 211-246.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy*. New York: Guilford.
- Goldstein, K. (1939). *The organism*. Boston: Beacon Press.
- Goldstein, K. (1940). *Human nature in the light of psychopathology*. Cambridge: Harvard University Press.

- Grant, B. (1985). The moral nature of psychotherapy. *Counseling and Values*, 29 (2), p. 32.
- Grant, B. (2004). The Difference Directiveness Makes *The Person-Centered Journal*, Vol. 11, No. 1-2, 2004
- Grant, B. (1990). Principled and instrumental non-directiveness in person-centered and client-centered therapy. *Person-centered Review*, 5 (1). / La non-directivité de principe et la non-directivité instrumentale dans la thérapie centrée sur la personne et la thérapie centrée sur le client, *ACP Pratique et recherche*, 2009 (10), pp. 16-28.
- Greenberg, L., & Paivio, S. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Hendricks, M. (1986). Experiencing level as a therapeutic variable. *Person-centered Review*, 1 (2), pp. 141-162.
- Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge: Towards a post-critical philosophy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Proctor, G. (2002). *The dynamics of power in counselling and psychotherapy: Ethics, politics, and practice*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Prouty, G. (1999). Carl Rogers and experiential therapies: A dissonance? *Person-centered Practice*, 7 (1), pp. 4-11. / Carl Rogers et les thérapies expérientielles: une dissonance? *ACP Pratique et recherche*, 2007 (5), pp. 75-86.
- Raskin, N. (1988). Responses to person-centered vs. client-centered? *Renaissance*, 5 (3&4), pp. 2-3.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Schmid, P. (2000). Prospects on further developments in the person-centered approach. In J. Marques-Teixeira and S. Antunes (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy*, Linda a Velha, Portugal: Vale & Vale, pp. 11-31.
- Schmid, P. (2001). Comprehension: The art of not knowing. Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centered relationships. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Empathy*, Ross-on-Wye, UK: PCCS Books, pp. 53-71.
- Weil, S. (1987). Are we struggling to justice? *Trans. Marina Barraas, Philosophical investigations* 53, (January 1987), pp. 1-10. (Translation of *Luttons-nous pour la justice ?* in *Ecrits de Londres*, pp. 45-57).
- Winch, P. (1989). *Simone Weil: The just balance*. New York: Cambridge University Press.
- Zimring, F. (1997). Looking at empathy and focusing in a new way: What we do determines what we get. In *Proceedings of the 4th International Conference on Client-Centered and Experiential Therapy*, Lisbon, Portugal: Sociedade de Portuguesa de Psicoterapie Centrada na Pessoa e Abordagem Centrada na Pessoa.
- Zimring, F. (2001). Empathic understanding grows the person. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Empathy*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books, pp. 86-98.