

# Thérapie individuelle versus thérapie familiale

**Ned L. Gaylin**

*Université de Maryland*

*Traduction : Geneviève Odier et Françoise Ducroux-Biass*

L'auteur, diplômé de l'Université de Chicago en 1965, est spécialisé dans la clinique du développement de l'enfant et la psychologie de la famille. Professeur à l'Université du Maryland, il y a dirigé un programme de formation consacré à la thérapie familiale et au mariage. Durant sa carrière, il s'est montré intéressé par la recherche sur l'évaluation du processus et des effets de la psychothérapie, particulièrement de la thérapie familiale. Il est l'auteur d'un ouvrage publié en 2001 chez PCCS Books intitulé *Family, Self and Psychotherapy: A person-centered perspective*.

## Résumé

Il y a plus de trente ans que Carl Rogers a défini six conditions «nécessaires et suffisantes» pour un changement thérapeutique de la personnalité dans la thérapie individuelle. Cet article présente et développe ces conditions en s'efforçant de démontrer leur pertinence dans la pratique de la thérapie familiale. Les similitudes et les différences des conditions à l'intérieur de ces deux contextes y sont explorées. L'intention de cette tentative est d'identifier et de définir ces éléments communs à toute psychothérapie indifféremment du contexte, afin de maximiser la compréhension et l'efficacité du processus thérapeutique dans la thérapie familiale.

Cet article a été publié dans *Person-Centered Review*, vol. 4, n° 3, août 1989 avant d'être republié par Cain, D. J. (2002). *Classics in the Person-Centered Approach*, PCCS Books, Ross-on-Wye, pp. 200-209.

*Mots-clés*: Approche centrée sur la personne, thérapie familiale, conditions thérapeutiques, contact psychologique, incongruence, regard positif inconditionnel, compréhension empathique.

Trente ans ont passé depuis que Carl Rogers a défini les six conditions qu'il a jugées «nécessaires et suffisantes» pour un changement thérapeutique de la personnalité (Rogers, 1957). L'intention de Rogers était de discerner l'unité inhérente à l'intérieur du processus de psychothérapie, indépendamment du modèle psychothérapeutique pratiqué. Sa conceptualisation fut fondatrice, car elle a ouvert sur une brève période dorée de vérifications empiriques et rigoureuses du processus de psychothérapie. Elle a facilité la recherche principalement pour deux raisons: (1) le modèle était d'une élégante parcimonie et (2) les conditions pouvaient être opérationnalisées. Les conditions définies par Rogers aidèrent à distinguer ces éléments communs à toutes les pratiques thérapeutiques de ces variables essentiellement stylistiques par nature.

La profession de thérapeute étant de plus en plus acceptée et la popularité du mariage et thérapie familiale grandissante, une pléthore d'écoles de pratique a vu le jour. Toutefois, il y avait peu de recherches empiriques cohérentes, basées sur la théorie et réellement centrées sur le processus par lequel le changement se produit. Pour les étudiants et les praticiens, aussi bien que pour les théoriciens et les chercheurs, la situation était pour le moins déroutante. Cet article a pour intention d'identifier les similitudes et les différences entre la thérapie centrée sur le client avec des individus et la thérapie centrée sur le client avec des couples et des familles. Ainsi établis à l'intérieur du processus de la thérapie familiale<sup>1</sup>, des critères définissables faciliteraient une compréhension du processus de changement.

Dans l'ensemble, malgré quelques modifications mineures (voir Rogers, Gendlin, Kiesler & Truax, 1967), les six conditions dans leur formulation originelle ont passé le test du temps et de la pratique clinique avec les individus. En outre, bien que la littérature soit rare, quelques théoriciens (Levant, 1978, 1984; Thayer, 1982; Van der Veen & Novak, 1969) ont essayé d'appliquer les principes de base de la thérapie centrée sur le client à la pratique de la thérapie familiale. Cependant, il est intéressant de noter que peu d'attention fut donnée aux six conditions considérées par Rogers

<sup>1</sup> Par souci de simplicité, le terme thérapie familiale utilisé dans cet article doit être compris en référence au travail avec les couples et les familles.

comme postulat pour le changement thérapeutique. C'est pourquoi les conditions telles qu'énoncées par Rogers seront présentées, réexaminées, et commentées pour clarifier leur validité, leur pertinence et leur modification pour leur applicabilité à la pratique de la thérapie familiale.

Les six conditions de Rogers<sup>2</sup> (1957) sont les suivantes :

1. Deux personnes sont en contact psychologique.
2. La première, que nous nommerons le client, est en état d'incongruence et est vulnérable et anxieuse.
3. La seconde personne, que nous nommerons le thérapeute, est congruente ou intégrée dans la relation.
4. Le thérapeute fait l'expérience d'un regard positif inconditionnel envers le client.
5. Le thérapeute fait l'expérience d'une compréhension empathique du cadre de référence du client et essaie de communiquer cette expérience au client.
6. Le client perçoit a minima la compréhension empathique et le regard positif inconditionnel du thérapeute.

Aucune autre condition n'est nécessaire. Lorsque ces six conditions existent, et perdurent sur un certain laps de temps, cela est suffisant. Le processus d'un changement de personnalité constructif suivra.

## Le contact psychologique: la relation thérapeutique

La première condition du changement thérapeutique, celle du contact psychologique entre le client et le thérapeute, est présupposée par Rogers dans la pratique de la thérapie individuelle. Il y eut peu d'explications. Toutefois ce manque d'explications est quelque peu trompeur, car la qualité de la relation est effectivement développée sous l'énoncé des trois dernières conditions: le regard positif inconditionnel, la compréhension empathique et la perception du thérapeute par le client. Ainsi, Rogers suggère réellement que le client «subçoit»<sup>3</sup>, *a minima*, l'engagement du thérapeute dans la relation, et que cet engagement permettra au client de percevoir le thérapeute comme étant à la fois attentionné et compréhensif.

<sup>2</sup> N.d.t.: Rogers, 1957, p. 96 (édition anglaise).

<sup>3</sup> N.d.t.: «Rogers a emprunté le terme anglais 'subception' [et conséquemment le verbe 'subceive'] à McLeary et Lazarus (1949) pour signifier une discrimination sans prise de conscience». In K. Tudor & T. Merry (2002). *Dictionnaire of Person-centred Psychology*. PCCS Books: Ross-on-Wye.

Par conséquent, même sans élaboration, en thérapie individuelle la supposition du contact psychologique semble simple et évidente. En thérapie familiale, cependant, la relation thérapeutique n'est jamais ni évidente ni simple, et demande explication. En effet, l'établissement de la relation entre le thérapeute et le client y est complexe parce que, le plus souvent, le contact psychologique inclut plus qu'un client. Quoi qu'il en soit, ce problème est un de ceux qui divisent beaucoup de praticiens de la thérapie familiale.

Pour que le changement thérapeutique ait lieu en thérapie familiale, beaucoup de praticiens pensent que le thérapeute doit maintenir une relation avec le système considéré comme un tout (le couple ou la famille). Certains dont Minuchin (1974) croient que l'ensemble du processus thérapeutique pourrait être beaucoup plus efficace si le thérapeute se référait, non seulement au système, mais qu'aussi et jusqu'à un certain point, il devienne partie de ce système. Alors que d'autres (Bowen, 1975) soutiennent qu'il est suffisant que la relation existe entre au moins un des membres du système et le thérapeute.

Comment définir le système familial devient un problème pour le thérapeute familial. Barrett-Lennard (1984), par exemple, esquisse une variété de relations complexes à l'intérieur des différentes constellations du noyau familial avec lesquelles le thérapeute familial doit négocier, alors que Speck et Rueveni (1969) proposent que le système soit étendu aux proches, aux presque proches, voire aux voisins.

Quel que soit le débat, il devient clair que, pour les thérapeutes qui travaillent avec des familles, la conception du travail et de la relation avec le client est tant soit peu différente de la conception du thérapeute qui travaille en individuel. Pour commencer, le thérapeute familial se consacre entièrement aux multiples perspectives des différents membres présents de la famille. Cela confère au thérapeute familial une vue multidimensionnelle riche de chacun des membres et de leur environnement intime, l'un envers l'autre ou envers la famille dans un tout interactif – une vue rarement saisissable par le thérapeute individuel. Ainsi, contrairement au thérapeute individuel qui n'a que le point de vue d'un seul client, c'est à travers les interactions complexes qui se jouent immédiatement dans l'heure thérapeutique que le thérapeute familial prend conscience de la subtile écologie du contexte familial et y fait attention. Fréquemment, une fois immergés dans le processus de la thérapie familiale, les thérapeutes individuels qui débutent en thérapie familiale remarquent que l'expérience modifie, de manière subtile, mais significative, leur façon de penser et de pratiquer, même avec des individus.

En conséquence, le contact psychologique entre le thérapeute et le client, variable relativement simple en thérapie individuelle, devient en thérapie familiale une variable d'investigation multifactorielle par laquelle l'efficacité de stratégies d'intervention pourrait être évaluée. Ironiquement, cette condition très basique est peut-être une des moins explorées dans les deux thérapies, l'individuelle et la familiale.

## L'incongruence: état du client

L'état du client, peut-être plus que les cinq autres conditions, différencie la thérapie individuelle de la thérapie familiale. Le concept d'incongruence comme Rogers l'utilise dans le contexte de la thérapie individuelle définit une détresse psychologique résultant d'un désaccord entre l'expérience réelle de l'individu et son image de soi<sup>4</sup>.

L'incongruence est relative (comme toutes les autres conditions) en ce sens que peu d'entre nous, si jamais il en est un, atteignent pleinement les attentes qu'ils ont d'eux-mêmes. Quand cette divergence se maintient dans des limites tolérables, nous pouvons ressentir de légères insatisfactions, de la vulnérabilité, de l'anxiété ou de la culpabilité. De tels états peuvent d'ailleurs être fonctionnels, en ce sens qu'ils peuvent nous motiver dans différentes directions, certaines entreprises et ainsi de suite. D'un autre côté, un désaccord plus sévère peut nous causer une angoisse au point de nous rendre incompetents. Ce dernier état nous l'appelons «détresse psychologique». Les raisons voire les causes de la détresse peuvent être ou non totalement conceptualisées par l'individu. Plus simplement, cet état établit que le client doit faire l'expérience d'une certaine détresse psychologique pour que la thérapie soit effective. Bien que Rogers ne l'ait jamais clairement dit, ce que certainement il impliquait est que l'incongruence personnelle du client le motive à rechercher le changement.

Transposer le concept d'incongruence dans le milieu familial accroît sa richesse: l'incongruence de chaque membre de la famille, autant que l'incongruence du système comme un tout, demande de l'attention. Le concept de l'incongruence familiale est, à un certain degré, parallèle à celui de l'incongruence personnelle. Van der Veen et Novak (1969) ont démontré

---

<sup>4</sup> Le concept d'incongruence (aussi bien que sa contrepartie, congruence) est un moyen ipsatif (comme opposé au normatif) de définir l'état de santé ou de détresse psychologique. Il a ses racines empiriques (Butler & Haigh, 1954) dans la Q Technique (Stephenson, 1980), et a été dans une large mesure déterminant dans l'évaluation de l'efficacité de la psychothérapie individuelle centrée sur la personne.

que, comme le concept de soi, chacun de nous a un concept de la famille (un concept similaire appelé «paradigme de la famille» a fait plus récemment l'objet d'un débat entre Reiss et Klein [1987]).

La perception de la famille de chacun de ses membres est, à un certain point, une expérience partagée. Cependant, chaque perception individuelle est également colorée par l'expérience unique de chacun en tant que membre individuel de la famille, par exemple les histoires familiales des époux, les différences créées par l'ordre de naissance de chacun des enfants, etc. À ces expériences s'ajoute l'observation séparée d'autres familles de l'individu, à la fois réelles (celles de notre famille élargie, amis et voisins) et irréelles (celles que nous avons lues dans les livres ou vues dans les films et à la télévision).

C'est ainsi qu'existe une forme d'incongruence familiale lorsqu'il y a un désaccord entre la façon dont un individu perçoit la famille et l'expérience réelle que l'individu fait de sa famille. Un exemple fréquent de ce phénomène se produit souvent lorsque la relation conjugale commence à se détériorer.

Les enfants, qui croient ou ont besoin de croire en l'attachement mutuel de leurs parents, attribuent souvent la difficulté parentale à leur propre conduite, à savoir que s'ils s'étaient mieux comportés, s'ils avaient mieux réussi à l'école ou eu de meilleures relations avec leurs frères et sœurs, etc. le mariage n'aurait pas été perturbé.

À son tour, l'enfant peut se renfermer, refuser d'aller à l'école, se disputer avec ses frères et sœurs, ou afficher d'autres comportements – tous ceux qui pourraient virtuellement créer une incongruence (angoisse, souffrance, détresse) pour tous les membres de la famille et par conséquent obliger la famille à chercher de l'aide. Dans cette dernière situation, il y a une détresse consensuelle, elle peut donc être appelée «système d'incongruence». Ainsi, une famille peut chercher de l'aide à cause de la détresse (une incongruence sévère) d'un ou de plusieurs membres individuels de la famille, une incongruence à l'intérieur des sous-systèmes familiaux (conjoint, parent-enfant, fratrie) et éventuellement une incongruence généralisée à l'intérieur du système dans sa totalité.

L'incongruence systémique peut être la conséquence d'un stress temporairement aigu placé sur un individu ou sur le système (maladie grave, difficulté financière, décès, etc.). À l'inverse, s'étant développée sur une longue période (insatisfaction du mari et de la femme, échec de l'enfant à satisfaire les attentes parentales, etc.), l'incongruence peut être chronique. Il n'est pas rare qu'une incongruence individuelle crée une incongruence familiale.

Quand la famille vient voir un thérapeute familial avec comme problème réel l'incongruence d'un individu, le thérapeute se demande souvent si oui ou non l'incongruence de cet individu est l'incongruence principale, ou plutôt l'expression de l'incongruence du système familial.

Cette dernière situation est communément observée en thérapie familiale: un individu est présenté comme étant «le problème de la famille», alors qu'en réalité, il est peut-être le plus congruent des membres de la famille, mais il est utilisé par la famille pour détourner ou exprimer l'incongruence du système (comme ce qui pourrait bien être le cas dans l'exemple précédent des enfants qui se blâment eux-mêmes pour les problèmes conjugaux de leurs parents). Dans cette situation, l'individu qui force la famille à faire une thérapie est fréquemment pris comme «paratonnerre» ou «bouc émissaire». Cependant, le mécanisme qui a peut-être commencé comme une mesure temporaire pour maintenir la congruence de la famille peut devenir fixe à cause de son succès initial. Ainsi renforcé, le paratonnerre ou le bouc émissaire se trouve bien établi dans le rôle, et par conséquent crée une nouvelle série de problèmes auxquels la famille doit s'attaquer.

De la même manière, l'individu qui exprime l'incongruence de la famille peut être assimilé à un individu présentant un trouble psychosomatique. Il se peut que le «patient identifié» soit vraiment incongruent, mais son incongruence peut être le résultat de l'incongruence de la famille, ou en lien avec elle. Dans ce cas, l'individu qui porte le symptôme peut être le membre le plus vulnérable de la famille et aussi celui qui exprime à la fois l'incongruence individuelle et l'incongruence familiale.

Un autre exemple est celui de la famille dont un membre est handicapé. Dans cette situation complexe, le problème peut inclure: l'incongruence de l'individu liée au handicap lui-même; les incongruences correspondantes des autres membres qui limitent leur relation à l'individu handicapé; l'incongruence du système familial. Il faut souligner que ces deux derniers exemples sont en net contraste avec la famille dont un individu relativement fort sert de paratonnerre ou de bouc émissaire familial.

La découverte et l'éclaircissement de ces complexités par la famille sont souvent une partie vitale de la thérapie familiale. En ce qui concerne le concept de congruence, la différence entre travailler avec des individus et travailler avec des familles est subtile, mais centrale. En thérapie individuelle lorsque le client commence à se sentir plus congruent, il ressent une diminution de sa détresse psychologique et se sent plus libre, plus intégré... Cela vient en acceptant ses propres attentes, soit en devenant plus réaliste.

Il fait l'expérience d'un lieu d'évaluation interne plutôt qu'externe. Dans une séance familiale, ce type de simple congruence suffit rarement. *A contrario*, la famille cherche souvent une sorte de congruence consensuelle cohérente avec le centre d'évaluation interne de chaque membre individuel. Ce n'est ni si simple, ni si facilement réalisable que dans la substitution de l'incongruence en thérapie individuelle. L'interaction de ces états de congruence et leurs continuels changements de forme (en réponse aux forces à la fois internes et externes) est l'essence du processus thérapeutique familial.

Ainsi, malgré des signes de progrès au cours de la thérapie familiale par rapport à la résolution des conflits, la diminution ou l'élimination de ces problèmes apportés par la famille qui cherche de l'aide, certains (et parfois, tous) membres de la famille peuvent sans ironie éprouver des inconforts et des détresses plus importants de ceux qu'ils ressentaient au début de la thérapie. Cela est en grande partie en lien avec les différents niveaux de tolérance à la frustration de chaque membre individuel de la famille, le rythme du changement et de la diminution des défenses protectrices individuelles (voir Gaylin, 1966). Il est évident qu'un apparent «échec» thérapeutique ou une interruption de la thérapie peut, en effet, être causé (de manière inconsciente habituellement) par un ou plusieurs membres de la famille pour lesquels le processus peut aller trop vite ou prendre une direction effrayante, créant une détresse intolérable. Lorsqu'il n'y a plus de bouc émissaire, d'autres difficultés – y compris celles pour lesquelles le bouc émissaire avait été créé – peuvent devenir plus facilement discernables. Cette étape dans le processus thérapeutique est souvent le moment critique où la famille doit décider de tolérer l'anxiété potentielle de l'inconnu et créer de nouveaux styles de comportements, peut-être non habituels, pour négocier les uns avec les autres et avec le monde extérieur, ou de retourner à des formes (bien que dysfonctionnelles) de comportements familiaux.

La prise de conscience de la dynamique de ces systèmes, le processus thérapeutique et les réactions différentes de la part des membres individuels de la famille vis-à-vis des uns et des autres demandent une concentration assidue autant qu'une «ouverture à l'expérience» de la part du thérapeute familial<sup>5</sup>. Cependant en tant que contreponds de cet effort, la richesse de ces interactions fournit de grandes opportunités de facilitation de changement

<sup>5</sup> La complexité composée de l'incongruence dans la thérapie familiale (plus qu'en thérapie individuelle) tendrait à soutenir le recours à des équipes de psychothérapeutes (Rubenstein & Wiener, 1967; Napier & Whitaker, 1972) ou à la «thérapie familiale multiple» (McGregor, 1971). La complexité peut être également attribuée à l'utilisation abusive de la supervision simultanée (au moyen de miroirs et de contacts téléphoniques) pendant la formation et la pratique de la thérapie familiale.

dans l'heure thérapeutique. Finalement, négocier avec la complexité de multiples niveaux d'incongruence potentielle à l'intérieur de la famille peut aider à clarifier des résultats jusque-là équivoques de la fin de la thérapie familiale, en délimitant et séparant des variables qui peuvent sembler avoir une influence contre-productive.

## La congruence : authenticité du thérapeute dans la relation

Une des contributions majeures de Rogers pour la compréhension de la pratique de la psychothérapie fut l'accent qu'il mit sur le thérapeute en tant que personne (quelqu'un avec une histoire, des valeurs, des sentiments, etc.) dans la relation thérapeutique. Rogers définit la congruence du thérapeute en termes très personnels : «le thérapeute est librement et profondément lui-même». Ce qui est implicite dans la notion de congruence du thérapeute est le concept «d'ouverture à l'expérience» – le contraire d'être sur la défensive – un concept clé introduit et élaboré plus tard dans un article par Rogers (1959). Le thérapeute doit être capable de percevoir à la fois lui-même et le client le plus fidèlement possible. Comme dans les autres conditions, la congruence du thérapeute est relative. Cependant, le contraste entre le degré de congruence du client (deuxième condition) et le degré de congruence du thérapeute est focal. Cette relative absence de façade défensive de la part du thérapeute est considérée comme une force puissante pour le changement thérapeutique. Bien que Rogers n'ait jamais vraiment élaboré la raison du pouvoir de cette force, j'ai la conviction qu'une partie du processus thérapeutique réside peut-être dans une émulation par le client de l'authenticité du thérapeute.

La congruence du thérapeute est souvent plus difficile à atteindre en thérapie familiale qu'en thérapie individuelle. En thérapie familiale, les thérapeutes doivent communiquer ouvertement – souvent simultanément – avec plus d'un individu. Idéalement, le thérapeute familial doit ressentir et exprimer une empathie d'estime et authentique (voir les deux conditions suivantes) pour chaque membre de la famille – et même avec les individus qui peuvent être en conflit avec un autre. Les thérapeutes en thérapie familiale doivent être capables de mettre à profit beaucoup d'aspects d'eux-mêmes et de leur expérience afin d'être empathiques avec des individus de genres, d'âges et d'expériences de vie différents. Plus encore, ces thérapeutes doivent faire cela même quand ils sont confrontés à des échos de

leurs propres sentiments concernant des situations susceptibles d'évoquer des conflits familiaux anciens et peut-être non résolus. En effet, j'ai découvert que cette variable thérapeutique relativement inexplorée est la pierre angulaire du processus de supervision. Quand j'ai un doute à propos d'un problème exposé par un consultant, je cherche l'incongruence potentielle du thérapeute<sup>6</sup>.

## Le regard positif inconditionnel: estimer le client

Aucune des six conditions n'a peut-être été aussi mal comprise que la nécessité pour le thérapeute de porter continuellement un regard positif inconditionnel sur son client. Cette incompréhension peut en partie provenir de la nature apparemment absolue de ce terme. Toutefois il doit être clair que, comme pour toutes les autres conditions, le regard positif inconditionnel est relatif. Par conséquent, il n'est peut-être pas tellement «inconditionnel». Rogers voulait plutôt dire que le client fait en thérapie l'expérience d'une acceptation beaucoup moins conditionnée que celle qu'il ferait peut-être en dehors de la thérapie. Cela implique que les thérapeutes mettent de côté (autant que possible) leurs valeurs personnelles afin de conserver une attitude de non-jugement envers leur client. Le regard positif inconditionnel devrait être considéré comme une attitude d'attention et d'estime envers le client, indépendamment des sentiments que celui-ci expose. En d'autres termes, les ressentis des thérapeutes vis-à-vis de leurs clients devraient pour le moins être positifs.

En thérapie familiale, le regard positif inconditionnel pour le client est plus compliqué. Le thérapeute doit maintenir une attitude d'estime envers plusieurs individus. Il n'est pas rare que le thérapeute maintienne cette attitude malgré des expressions d'hostilité entre les membres de la famille, les uns vis-à-vis des autres. Dès lors pour les membres de la famille il y a

<sup>6</sup> Une attention particulière est ici requise. J'ai éprouvé une sensation de malaise en constatant que le besoin de congruence fournissait aux thérapeutes une excuse pour tout, depuis l'abus psychologique jusqu'à l'abus sexuel du client. Le concept d'authenticité (plus tard utilisé et développé par Jourard (1971) et Gendlin (1978) comme «transparence» et «ouverture de soi») ne devrait pas être utilisé pour signifier que les thérapeutes sont tenus de suivre en actes les incongruences qu'ils perçoivent en eux-mêmes ou même les exprimer. Ce qui est capital c'est que les thérapeutes prennent conscience de leurs réactions et de leurs sentiments et soient continuellement en contact avec leur propre cadre de référence interne. Ainsi le thérapeute peut ressentir si oui ou non le client provoque en lui certaines réactions ou, au contraire, si oui ou non le thérapeute, en plongeant dans ses propres expériences, amène ses propres sentiments dans la relation. Ce processus est capital pour l'utilisation de la personne du thérapeute comme instrument de changement.

contradiction: le thérapeute exprime un regard positif inconditionnel à des individus qui disent avoir perdu tout regard positif les uns pour les autres et dont les sentiments d'attention et d'estime ont été remplacés par des sentiments de jugement et de condamnation. Comme dans le cas de la condition précédente, les thérapeutes peuvent en partie servir de modèles à leurs clients. Ce faisant, ils peuvent aussi rappeler aux individus leurs caractéristiques positives et leur valeur.

Une autre complication apparaît (souvent dans le cas d'un désaccord conjugal, ou d'un conflit parent-enfant) quand un ou plusieurs membres de la famille essaient de donner au thérapeute un rôle d'arbitre. Dans ces cas, les membres de la famille peuvent être enfermés dans une lutte telle que la validation de leur situation requiert l'invalidation des autres. Au début, il n'est pas du tout rare que les membres de la famille résistent à l'attitude de non-jugement du thérapeute. Il est naturel de rechercher la validation de sa propre situation dans un conflit. La thérapie familiale ne fait pas exception. Si le thérapeute familial peut maintenir une attitude de non-jugement envers toutes les parties, la famille peut être capable de «recadrer» la situation à l'image du gagnant qui rafle tout pour faire une nouvelle image, idéale, de la situation mutuellement acceptée (voir Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974). Dans ces circonstances, en particulier, le regard positif inconditionnel est intimement relié à l'empathie.

## La compréhension empathique

L'habilité du thérapeute à conserver une attitude empathique envers le client est indubitablement celle des six conditions de Rogers la plus largement acceptée et communément discutée. Rogers décrit élégamment l'empathie comme suit:

Sentir le monde privé du client comme si c'était le vôtre, mais sans jamais perdre la qualité du «comme si»... Lorsque le monde du client est tellement clair pour le thérapeute, qu'il s'y meut librement, alors il peut à la fois communiquer sa compréhension de ce que le client connaît clairement et aussi exprimer les significations contenues dans l'expérience du client dont ce dernier est à peine conscient<sup>7</sup> (1957).

Non sans ironie, l'empathie est devenue un concept tellement accepté en psychothérapie que peu sont ceux qui apprécient les intrications de ses

<sup>7</sup> N.d.t.: Rogers, 1957, p. 99 (édition anglaise).

nuances et de son pouvoir. Ce n'est pas aussi simple ni aussi facile à mettre en œuvre que le supposent beaucoup de thérapeutes débutants. Il faut une attention et une concentration rigoureuses pour la susciter et la maintenir. Alors que certains y viennent plus naturellement que d'autres, l'habileté à l'empathie est néanmoins un savoir-faire qui ne va pas de soi. Comme une musique virtuose, elle requiert à la fois talent et pratique continue.

Il est difficile de considérer l'empathie comme une variable identifiable (par conséquent sujet de recherche). Une des raisons en est la confusion qui se fait facilement avec ses isomorphismes : sympathie et identification. L'observateur sympathique garde de la distance, car il ne se permet pas d'entrer dans le cadre de référence d'une autre personne. Mais une personne qui s'est identifiée avec une autre ne maintient aucune distance. Alors que la sympathie n'engendre aucun changement thérapeutique, l'identification est plus dangereuse pour le processus thérapeutique parce qu'il permet au thérapeute de projeter sur le client des motivations qui peuvent être hors du cadre de référence de celui-ci. C'est l'équilibre délicat de la compréhension significative, mais distincte, qui définit la position empathique et lui donne son pouvoir. L'empathie autorise la métaphore comme outil (Watzlawick, 1978), juste comme la communication empathique d'une métaphore permet à la poésie d'exprimer l'universalité de la condition humaine.

Alors qu'il est vraiment difficile pour le thérapeute individuel de maintenir une attitude empathique pendant l'heure thérapeutique, il est encore plus difficile pour un thérapeute d'atteindre cette condition en thérapie familiale et de s'y maintenir efficacement. Or si le thérapeute est capable de communiquer l'empathie à chaque individu, les membres de la famille peuvent être amenés à en conclure inévitablement qu'il existe peut-être des réalités distinctes, c'est-à-dire que chacun voit à travers des lentilles qui n'ont été colorées que par son expérience. Si ces réalités distinctes peuvent être acceptées par la famille, alors de riches complémentarités peuvent remplacer des polarités qui se heurtent. Ainsi une reconceptualisation de la situation est rendue possible et peut engendrer une plus grande empathie entre les membres de la famille.

C'est l'habileté du thérapeute familial à faire l'expérience empathique du cadre de référence de chaque membre de la famille qui facilite non seulement l'empathie intrafamiliale, mais projette également une nouvelle lumière sur des conflits «insolvables». Lorsqu'un membre de la famille est d'accord avec la réflexion de son cadre de référence par le thérapeute, il n'est pas rare qu'un autre membre – qui écoute le thérapeute – s'exclame avec étonnement : «je n'avais jamais réalisé que tu ressentais ça!», ou : «je

n'avais jamais compris ce que tu voulais dire quand tu disais ça avant!». Johnson & Greenberg (1988) ont identifié le «développement de l'accessibilité et de la capacité à réagir» et l'ont nommé «assouplissement».

En outre, le thérapeute peut souvent, au cours de la séance de thérapie familiale, avoir une compréhension empathique de tout le système, une compréhension pas facilement disponible aux membres de la famille du fait qu'ils sont impliqués et investis dans leur famille. Dans ces cas-là, d'un point de vue systémique, la réflexion du thérapeute peut jouer le rôle de miroir permettant, dans l'idéal, aux membres de la famille de voir leurs interactions sous un nouvel éclairage. Souvent, ces nouvelles perceptions peuvent aider à couper (tout au moins à desserrer) le nœud gordien de la famille.

## La perception du thérapeute par le client

La dernière condition stipule que, jusqu'à un certain degré, l'acceptation et l'empathie du thérapeute doivent être perçues par le client. Cette dernière condition fait écho à la première en ce sens qu'elle délimite les frontières particulières de la relation thérapeutique. Ici, finalement, le travail du thérapeute familial sera peut-être plus facile qu'il ne l'est pour le thérapeute individuel. Dans la mesure où la condition indique qu'au moins un minimum de perception par le client est nécessaire, il peut être suffisant à certains moments que quelques membres seulement perçoivent le thérapeute comme une personne attentionnée et compréhensive. Cependant et comme cela a été indiqué tout au long de la discussion précédente, plus le thérapeute communique ces attitudes à chacun des membres de la famille et ainsi à l'ensemble du système, plus il apparaît qu'il sera capable de faciliter le changement. À l'opposé, lorsque quelques membres de la famille perçoivent le thérapeute comme une personne ayant des attitudes contraires (c'est-à-dire insensible et jugeante), il est à craindre une augmentation de l'interruption du processus thérapeutique due au retrait ou au sabotage de membres de la famille en opposition. Cependant, même si seulement une partie du système a été «atteinte», un changement additionnel peut-être facilité de l'intérieur lorsqu'a pris fin la relation avec le thérapeute. Ou encore, lorsque la famille fait l'expérience de son potentiel d'actualisation, un processus de croissance se met en place et semble devoir se poursuivre.

## Conclusions

Ne sont exposées ici que les conditions postulées par Rogers. Pendant des années j'ai appliqué ces conditions à la pratique, la consultation,

l'enseignement et la supervision de thérapie familiale. J'ai trouvé que ces conditions forment une bonne base à l'affinement et à la clarification des processus qui apparaissent au cours de l'heure thérapeutique. Cet article n'a pas cependant pour intention de suggérer une autre forme de thérapie familiale ; il s'agit plutôt d'un essai d'identification et d'exploitation de la trame identique au tissu commun de toute entreprise thérapeutique sur laquelle, avec des styles, personnalités, et modes théoriques différents, nous appliquons notre chaîne qu'il s'agisse de contextes individuels, de groupe ou de famille.

Je n'ai pas voulu non plus développer la panoplie complète des différences entre la thérapie familiale et les autres actions thérapeutiques. Il y a de grandes différences dans les outils qui sont nécessaires à la thérapie familiale, en particulier la thérapie familiale avec de jeunes enfants. Il est important de noter une de ces différences essentielles : le thérapeute doit avoir une certaine connaissance du développement de l'enfant et à l'occasion pouvoir passer du mode «thérapeutique» au mode de «guidance». Il est une chose d'écouter avec empathie des parents désemparés se lamenter sur leur sens d'incapacité et leurs soucis pour leurs enfants. Il en est une autre de les entendre se plaindre de «l'obstination» de leur enfant d'un an et demi qui ne satisfait pas leurs efforts de formation à la propreté. Il y a des paramètres relativement immuables de développement normatif concernant les fonctions biologiques comme le contrôle des sphincters ou encore du langage, de la marche, de la lecture, etc. Ignorer ces paramètres peut enfermer les parents dans des attentes non réalistes qui auraient de toute évidence des effets préjudiciables sur tous les membres de la famille de cette situation. C'est pourquoi j'établis une nette distinction dans mon travail avec les familles lorsque je fais de la guidance infantile ou de la thérapie de famille. En ce qui me concerne, les conditions telles que nous en discutons ici me conviennent parfaitement.

Certains lecteurs pourront regretter que je n'aie pas davantage creusé les concepts théoriques sous-jacents correspondant à ceux de la thérapie centrée sur le client, individuelle. Un des concepts les plus importants est celui de l'actualisation de la famille. Sous bien des aspects, en suivant la base organismique de Rogers, il est plus facile de parler de l'actualisation de la famille que de l'autoactualisation. Le «soi» est un construct<sup>8</sup> qui n'est pas

<sup>8</sup> N.d.t. : *construct* désigne une idée fixe sur laquelle est faite une prédiction concernant le monde. Rogers a emprunté ce terme à George Kelly et l'a utilisé dans les «Sept stades 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-centred psychology*. Ross-on-Wye. PCCS Books. (Trad. Françoise Ducroux-Biass).

différent de celui du moi, du ça ou du surmoi. La famille est une entité observable et jusqu'à un certain point biologique: elle est la fibre dont nous provenons et qui nous définit en tant qu'espèce (Gaylin, 1985). Une élaboration de ces questions aurait biaisé l'intention de cet article.

Finalement il est aussi possible que certains lecteurs aient besoin de plus d'exemples pour illustrer les conditions. Toutefois, cet article n'avait pas pour but d'être un livre de recettes sur la manière de faire de la thérapie familiale. J'ai plutôt désiré démontrer que la pratique de la thérapie familiale centrée sur la personne est parallèle (et commune) à celle de la thérapie individuelle. La pratique des deux thérapies et les idées qui les sous-tendent sont dérivées de manière induite du processus thérapeutique qui la fonde. Les éléments structurels ont été minimisés à dessein. Pour résumer, le but de cet article était de spécifier ces éléments et d'établir des parallèles philosophiques importants avec la pratique de la thérapie centrée sur le client, à la fois dans des contextes familiaux et individuels, soit un respect profond et inhérent pour le client (individuel ou familial) et la position facilitatrice du thérapeute.

## Références

- Barrett-Lennard, G. T. (1984). The world of family relationships: A person-centered systems view. In R. F. Levant & J.M.: Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and person-centered approach* (pp. 222-42). New York: Praeger.
- Bowen, M. (1975). Family therapy after twenty years. In S. Arieti, D. X. Freeman, & I. E. Dyruud (Eds.), *American handbook of psychiatry. V: Treatment (2nd ed.)* (pp. 367-392). New York: Basic Books.
- Butler, J. M., & Haigh, G. V. (1954). Changes in the relationship between self-concepts and ideal-concepts. In C. R. Rogers & R. F. Dymond (Eds.), *Psychotherapy and personality change* (pp. 55-57). Chicago: University of Chicago Press.
- Gaylin, N. L. (1966). Psychotherapy and psychological health: A Rorschach structure and function analysis. *Journal of Consulting Psychology*, 30, pp. 494-500.
- Gaylin, N. L. (1985). Marriage: The civilizing of sexuality. In M. Farber (Ed.), *Human sexuality: Psychosexual effects of disease* (pp. 40-54). New York: Macmillan.
- Gendlin, E. (1978). *Focusing*. New York: Everest House.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, pp. 175-83.
- Jourard, S. (1971). *The transparent self* (rev. ed.). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Levant, R. F. (1978). Family therapy: A client-centered perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2, pp. 35-42.

- Levant, R. F. (1984). From person to system: Two perspectives, in R. F. Levant & J. M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach* (pp. 243-60). New York: Praeger.
- McGregor, R. (1971). Multiple impact psychotherapy with families. In J. G. Howells (Ed.), *Theory and practice of family psychiatry* (pp. 890-902). New York: Brunner/Mazel.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Napier, A. Y., & Whitaker, C. A. (1972). A conversation about co-therapy. In A. Ferber, M. Mendelsohn, & A. Napier (Eds.), *The book of family therapy* (pp. 480-506). New York: Science House.
- Reiss, D., & Klein, D. (1987). Paradigm and pathogenesis. In T. Jacob (Ed.), *Family interaction and psychopathology* (pp. 202-55). New York: Plenum.
- 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 3. Formulations of the person in the social context* (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J., & Truax, C. B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychiatry with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rubenstein, D., & Wiener, O. R. (1967). Co-therapy teamwork relationships in family psychotherapy. In G. H. Zuk & I. Boszormenyi-Nagy (Eds.), *Family therapy and disturbed families* (pp. 206-20). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Speck, R. V., & Rueveni, U. (1969). Network therapy: A developing concept. *Family Process*, 8, pp. 182-91.
- Stephenson, W. (1980). Newton's fifth rule and Q methodology. *American Psychologist*, 10, pp. 882-9.
- Thayer, L. (1982). A person-centered approach to family therapy. In A. M. Horne & M. M. Ohlsen (Eds.), *Family counseling and therapy* (pp. 175-213). Itasca, IL: F. E. Peacock.
- Van der Veen, F., & Novak, A. L. (1969). Perceived parental attitudes and family concepts of disturbed adolescents, normal siblings and normal controls. *Family Process*, 8, pp. 327-41.
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change*. New York: Basic Books.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.