

La relation thérapeutique: enquête sur l'état de la recherche

Jerold D. Bozarth et Noriko Motomasa

Traduction : Françoise Ducroux-Biass

Jerold D. Bozarth, docteur en psychologie, est professeur émérite de l'Université de Géorgie. C'est en travaillant avec des clients psychotiques chroniques qu'il s'est formé en psychothérapie. Dès qu'il entendit parler de Rogers et des «conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique de la personnalité», il appliqua ces conditions à son cadre de travail en thérapie. Il a publié plus de 350 articles et chapitres de livre ainsi que trois livres qui traitent de l'Approche centrée sur la personne. Au cours de sa carrière universitaire, il fut doyen des Universités d'Iowa, d'Illinois du Sud, d'Arkansas, de Floride et de Georgie.

Noriko Motomasa est docteur en psychologie de l'Ecole Professionnelle de Psychologie *Argosy University*, à Chicago. Elle a travaillé avec diverses populations dans des écoles, établissements et hôpitaux de Chicago sous l'égide d'éminents mentors. Elle travaille actuellement au Centre de psychologie de Hawaï, ville où elle réside désormais.

Cet article est paru sous le titre: *The therapeutic relationship. A research inquiry*. In S. Haugh & S. Paul (Eds) (2008). *The therapeutic relationship. Perspectives and themes*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 132-144.

Résumé

Depuis des décennies, la relation thérapeutique fait l'objet de recherches scientifiques. Cet article fait le point sur ces recherches et sur la manière dont elles sont menées. Il montre que des définitions différentes sont données à la notion même de «relation thérapeutique», selon que l'on parle d'un «paradigme réactif» ou d'un «paradigme actualisant». La prédominance du premier paradigme induit souvent un biais et empêche la recherche de progresser dans la compréhension du processus de la psychothérapie. Éliminant les éléments qui relèvent d'une position théorique, les auteurs présentent une étude de la relation thérapeutique comprenant l'alliance thérapeutique, l'empathie, le regard positif inconditionnel et la congruence. Leurs conclusions montrent que la relation entre patient, ou client, et thérapeute contribue de manière significative au succès de la thérapie, davantage que la technique. Elles plaident ainsi pour une réintroduction du «paradigme actualisant» dans la recherche.

Mots-clés: psychothérapie, relation thérapeutique, attitude du professionnel, recherche, revue de la littérature.

La question de la relation thérapeutique comme facteur principal intervenant dans le résultat de la thérapie est un sujet récurrent dans la recherche. Pendant plus de six décennies, l'importance relative de facteurs communs comme l'attente du client, la technique et le changement hors thérapie avaient fait l'objet de discussions (Lambert & Barley, 2002).

On peut dire qu'il fallut attendre l'arrivée des psychothérapies humanistes pour que la relation soit en elle-même considérée comme étant le facteur curatif. Jessie Taft (1933), collaboratrice d'Otto Rank, a été l'une des pionnières à initier le débat de la dynamique de la relation contrôlée. Plus tard, la théorie centrée sur le client de Rogers (1942, 1951, 1959) et l'hypothèse des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique de la personnalité (Rogers, 1957) jeta une lumière particulière sur la relation thérapeutique en tant que facteur curatif.

Plus récemment apparut un compendium des études ciblées sur la relation en thérapie. Même si les conclusions de notre investigation stipulent

que la relation thérapeutique est bien une variable liée au résultat thérapeutique positif qui transcende les approches thérapeutiques, la nature de ce concept est obscurcie par différentes assumptions sous-jacentes. Par exemple, Gelso & Hayes (1998) prolongèrent la relation psychothérapeutique telle que formulée par Gelso et Carter (1995) en examinant les composants de la relation et leurs développements dans différents systèmes, ainsi que ce que cela signifiait dans la pratique. Ils essayèrent de fournir une position équilibrée ne favorisant pas un type particulier de thérapie. Toutefois leur examen est biaisé psychanalytiquement quand ils définissent la relation psychothérapeutique en tant que :

1. alliance thérapeutique ;
2. relation « irréaliste » en psychothérapie (transfert et contretransfert) ;
3. relation « réelle ».

Même si l'importance de la relation en tant que facteur de résultat en psychothérapie arrive en tête, les revues de recherche interprètent la relation comme une variable que le thérapeute peut utiliser au bénéfice du client.

Le processus de l'enquête

Notre enquête s'est déroulée selon le processus suivant :

En premier lieu deux paradigmes ont été utilisés pour déterminer la nature de la relation thérapeutique, l'un basé sur la réactivité, l'autre sur l'actualisation.

Ensuite, l'examen de la recherche, révisée par la Task Force de l'Association américaine de psychologie sur les relations thérapeutiques empiriquement soutenues (la Task Force ESR¹) (Norcross 2001, 2002) fournit une base pour l'identification des études de recherche quantitatives adéquates (ainsi que quelques études qualitatives rigoureuses). La plupart de ces études ont été publiées aux États-Unis et aucune étude extérieure aux États-Unis, susceptible de modifier ces conclusions, n'a été identifiée par les moteurs de recherches. D'un point de vue général, les conclusions de la Task Force sont considérées comme le reflet de la plupart des recherches sur la relation thérapeutique. Ces conclusions ont eu une influence significative sur l'organisation des soins aux États-Unis et sur la logique des décisions des compagnies d'assurances. Elles ont servi de base à des prises de décision dans d'autres pays également.

¹ N.d.t. : ESR Task Force : *Empirically Supported Relationships Task force*, nommée ci-après dans cet article : « Task Force ».

Troisièmement, les études, quantitatives additionnelles effectuées entre 2002 et 2006 ont été recherchées par le biais d'OCLC² et d'EBSCO³. Ces recherches n'ont produit aucune étude additionnelle que nous aurions pu considérer comme suffisamment différente de celles de la Task Force.

Les hypothèses fondamentales en psychothérapie

En psychothérapie deux paradigmes occupent une grande partie de l'enquête. Ils concernent la direction et les conclusions de la recherche sur la relation thérapeutique.

Le paradigme réactif

Du point de vue réactif, l'être humain réagit d'abord aux stimuli externes (par exemple, les stimuli comportementaux) qui renforcent le comportement, ou aux stimuli internes identifiés comme motivations internes (par exemple, les stimuli psychanalytiques). Les théories cognitivo-comportementales contiennent à la fois des stimuli internes et des stimuli externes. La tâche du thérapeute consiste à guider le client vers la manière de traiter les stimuli.

Le paradigme actualisant

Ce paradigme thérapeutique part du principe que l'individu possède une tendance constructive innée dans laquelle il trouve le potentiel d'actionner son processus de guérison psychologique (Rogers, 1959). Rogers (1957) a émis l'hypothèse d'une relation particulière considérée comme nécessaire et suffisante quelle que soit l'approche thérapeutique utilisée. Il ne considérait les approches thérapeutiques spécifiques comme adéquates que si certaines conditions psychologiques étaient perçues par le client.

Définitions opérationnelles de la relation thérapeutique

Le comité de la Task Force a pour but de fournir un cadre à l'examen de la relation thérapeutique. Pour ce projet les objectifs sont doubles:

- identifier les éléments des thérapies efficaces;

² N.d.l.r.: OCLC: *Online Computer Library Center*. Réseau mondial de coopération entre bibliothèques.

³ N.d.l.r.: EBSCO: *Elton B. Stephens Co.* Base de données internet regroupant un très grand nombre de publications.

- déterminer l'efficacité (terme utilisé par les investigateurs de recherche lorsqu'ils se réfèrent aux approches considérées comme soutenues par la Task Force en raison de leur projet de recherche réel⁴) des méthodes de personnalisation ou d'adaptation à un client non porteur de caractéristiques diagnostiques (en référence aux variables qui ne sont pas dans les manuels de diagnostics psychiatriques).

Ce double objectif a pour but d'aborder à la fois le côté général et le côté particulier de la relation thérapeutique (Norcross, 2002⁵). La relation thérapeutique inclut «les caractéristiques traditionnelles de la relation en thérapie, l'alliance dans la thérapie individuelle, la cohésion dans la thérapie de groupe et, par exemple, les conditions facilitatrices de Rogers – empathie, regard positif et authenticité» (Norcross, 2001⁶). Secondairement, la Task Force définit la relation thérapeutique comme l'association adéquate d'«éléments» spécifiques pour adapter cette relation aux données d'un patient spécifique. Par exemple, il pourrait être établi que, pour un client qui possède telles caractéristiques, un thérapeute américano-africain masculin soit le meilleur.

Hypothèses paradigmatiques

Le plus souvent, l'enquête de recherche sur la relation thérapeutique prolonge le modèle réactif en assumant que le thérapeute est l'expert. Ainsi le thérapeute décide du type de relation qui devrait être offert au client de la même manière ou presque qu'il peut identifier les techniques qui seraient davantage bénéfiques au client. Cette approche est donnée en modèle par la Task Force dont l'évaluation ne repose que sur un seul des paradigmes de la psychothérapie, le paradigme réactif.

Le paradigme réactif est clairement exposé dans le deuxième but de la Task Force (adapter la relation au client). Les éléments de la relation deviennent tout et partie du modèle réactif. Ainsi les éléments sont nécessairement des «méthodes d'adaptation sur mesure» de l'interaction thérapeute-client. La Task Force avalise cette formulation en disant: «Le travail de la Task Force tend à être 'thérapeute-centrique' en minimisant l'interaction du client et le processus autocuratif» (Norcross, 2001⁷).

⁴ Un «projet de recherche réel» est la «norme d'or» d'un projet expérimental. Cela signifie que, dans la recherche, tous les groupes sont choisis au hasard.

⁵ Norcross, 2002, p. 6.

⁶ Norcross, 2001, p. 348.

⁷ Norcross, 2001, p. 351.

De surcroît, le but premier de la Task Force, qui est d'identifier les éléments dans les relations thérapeutiques, est faussé par l'abandon de la plupart des recherches concernant les facteurs communs (Norcross, 2002) et l'abandon du postulat de Rogers sur les conditions nécessaires et suffisantes pour le changement thérapeutique de la personnalité. Moins de 25% des études menées pendant trois décennies sur les conditions nécessaires et suffisantes de Rogers ont été révisées par la Task Force. C'est un problème dans le sens où les vastes études menées concernaient les conditions nodales du changement de la personnalité dans les relations thérapeutiques à travers diverses orientations théoriques. Ces études devraient donc être minutieusement révisées.

Pour justifier la non-inclusion des études additionnelles dans ces études, Norcross déclare :

« Finalement nous avons laissé de côté les notions simplifiées de l'ensemble limité et non variable des conditions nécessaires de la relation. Les théories monolithiques du changement et les relations thérapeutiques à taille unique ne sont pas prises en considération, contrairement aux théories d'adaptation de la thérapie au patient unique⁸.

Toutefois cette déclaration de Norcross oublie que la notion des conditions n'est pas monolithique, mais qu'elle aide le client à adapter, à sa manière, sa propre thérapie. On est loin de la taille unique.

La Task Force reconnaît que les caractéristiques du client sont des indicateurs de résultat plus solides que les techniques du sur-mesure, mais elle semble ignorer que le paradigme actualisant englobe intentionnellement le cadre de référence du client et ses ressources «extra-thérapeutiques». De même, la Task Force glisse sur les résultats de recherche selon lesquels les éléments généraux de la relation thérapeutique reçoivent plus de soutien que les éléments adaptés, c'est-à-dire que les facteurs communs (la congruence, l'empathie et le regard positif inconditionnel) sont plus puissants que les facteurs spécifiques (Cornelius White, 2002).

Les éléments de la relation thérapeutique

La question critique pour la plupart des chercheurs de la relation thérapeutique est liée à l'adaptation de la relation thérapeutique à un individu. Cette question classique fut posée il y a près de quarante ans : « Quel traitement,

⁸ Norcross, 2002, p. 12.

par qui, est le plus efficace pour cet individu, avec tel problème spécifique, et dans tel amalgame de circonstances» (Paul, 1967)⁹.

Concernant l'adaptation de la relation thérapeutique, une foule d'éléments sont signalés dans le rapport de la Task Force (voir Norcross, 2001, 2002). Ces éléments comprennent notamment: la résistance; le handicap fonctionnel et les stratégies de coping; les niveaux de changement; les dimensions anaclitiques-sociotropiques et introjectives-autonomes; les attentes et les préférences; l'assimilation des expériences problématiques; l'attachement; les religions et la spiritualité; la diversité culturelle et démographique; les troubles de la personnalité.

Notre étude n'examine pas les éléments ci-dessus. Bien des domaines investigués semblent être des prolongements de la thérapie de l'adaptation au client individuel. Comme le notait la question de Paul, cette détermination éclectique repose sur l'idée que différents clients nécessitent des traitements différents. De même, il y est suggéré autant explicitement qu'implicitement que différentes relations doivent être déterminées pour des clients avec des problèmes différents.

Une vue d'ensemble des éléments généraux considérés comme pertinents pour la relation sont décrits dans le rapport du comité de la Task Force (voir les chapitres de Norcross, 2002). Elle comprend l'alliance, la cohésion en psychothérapie de groupe, l'empathie, le consensus sur les objectifs et la collaboration, le regard positif, le feedback, la congruence, la réparation des ruptures d'alliance, l'autorévéléation, le traitement du transfert et du contre-transfert et les interprétations relationnelles.

La Task Force (Norcross, 2001, 2002) présente une revue minutieuse des recherches disponibles dans ces domaines au cours des dernières décennies et jusqu'en 2001. Cependant beaucoup de ces éléments nous semblent davantage en lien avec des positions particulières plutôt qu'avec la clarification de la nature de la relation thérapeutique. L'essai de réunir la plupart des positions thérapeutiques est certes louable, mais à notre avis, en raison de leur lien avec le paradigme psychothérapeutique, elle est aussi dangereuse.

Notre étude comprend l'«empathie», le «regard positif inconditionnel» et la «congruence» qui sont au cœur du postulat de Rogers relatif aux «conditions nécessaires et suffisantes du changement thérapeutique de la personnalité» (Rogers, 1957). Nous examinons l'alliance séparément en tant qu'élément-échantillon important du paradigme réactif, car il est souvent présenté comme synonyme de la relation thérapeutique.

⁹ Paul, 1967, p. 111.

Bien que les termes «feedback» et «autorévélation» soient considérés comme importants par la Task Force, ces deux éléments sont pour nous spécifiques du domaine comportemental. Les autres éléments contenus dans le rapport du comité de la Task Force relèvent davantage à nos yeux des fondements théoriques de la perspective réactive de la relation thérapeutique dirigée par le thérapeute. Pour cette raison nous choisissons de ne pas discuter des autres éléments dans cet article.

L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

L'examen de l'alliance thérapeutique se justifie par son importante représentation dans de très récentes études de la relation thérapeutique. À notre avis, elle n'est importante comme variable indépendante que dans le contexte du paradigme réactif de la thérapie. Dans le contexte du paradigme actualisant, elle fait simplement partie intégrante de la relation.

Le terme générique d'«alliance» (périodiquement appelé «alliance thérapeutique») est graduellement devenu un des ingrédients que se partagent différentes orientations théoriques (Eliott, 2001; Smith & Glass, 1977; Wampold, 2001). Une étude affirme que la preuve la plus évidente du lien qui lie le processus au résultat est le lien thérapeutique, ou alliance, comme l'indiquent plus de 1000 relevés de processus-résultats (Orlinsky, Graws & Parks, 1994). L'étude de Horvath & Bedi (2002) précise que 2055 publications de recherche au total ont paru dans des revues et bases de données entre 1977 et 2000, et ils notent que «la relation thérapeutique en général, et l'alliance en particulier, constituent la quintessence du terrain commun que se partagent la plupart des psychothérapies»¹⁰. Ils mentionnent ensuite la vague d'intérêt pour des facteurs communs qui suivit l'impact de la théorie de la thérapie de Rogers ainsi que l'intérêt pour les théories psychodynamiques et expérientielles de la dynamique curative de l'interaction thérapeute-client.

L'alliance correspond à la «qualité et à la force de la relation collaborative entre le client et le thérapeute en thérapie» (Horvath & Bedi, 2002)¹¹; la «qualité de l'alliance est un élément important dans une thérapie efficace et réussie»¹². En bref, plus le client et le thérapeute collaborent, plus le résultat apparaîtra comme positif.

¹⁰ Horvath & Bedi, 2002, p. 37.

¹¹ *Ibid.*, p. 41.

¹² *Ibid.*, p. 61.

Le terme collaboration revêt toutefois un sens différent dans les paradigmes réactif et actualisant et marque leur différence. Pour les deux auteurs, le rôle du thérapeute est de déterminer «les capacités relationnelles et les préférences du client, de même que d'évaluer la qualité de la relation»¹³ au fur et à mesure que le thérapeute négocie l'importance et l'urgence du défi de la «qualité de la relation» avec le client. C'est dans ce sens que l'alliance doit en priorité être forgée, «avec un accord de collaboration sur les stratégies à utiliser en tant que travail thérapeutique, avant que de solides interventions thérapeutiques ne puissent être utilement mises en place»¹⁴. Le rôle directif du thérapeute est maintenu en place par le paradigme réactif. L'attention accrue pour l'alliance thérapeutique a pour conséquence une déflation de l'attention pour les éléments critiques de la relation thérapeutique que sont la congruence, l'empathie et le regard positif inconditionnel. Il y a plus de douze ans, Sexton et Whiston (1994) firent une étude compréhensive de «la relation thérapeutique en counseling». Leurs résultats furent comparables aux résultats d'une autre étude qui s'exclamait en ces termes : «il a été trouvé que la relation de counseling est la seule qui ait constamment contribué au succès du processus thérapeutique» (Orlinsky & Howard, 1986)¹⁵.

Cependant, Sexton et Whiston (1994) se sont écartés de la notion de relation en la convertissant en notion d'«alliance thérapeutique». Ce simple glissement est caractéristique de beaucoup de rapports. La relation est liée à l'alliance et, en fait, convertie en «alliance» et définie comme «la non-conformité du client au plan de traitement». L'alliance thérapeutique n'est pas seulement fondée sur les assomptions psychanalytiques du modèle de Gelso et Carter (1985) mais contient beaucoup de références à des études de chercheurs d'orientations comportementales. En essence, ce modèle est devenu le modèle d'investigation de la relation thérapeutique. Il s'agit d'une position d'expertise du thérapeute et d'une méthode pour traitement dysfonctionnel, même si la relation est au centre de la discussion (Bozarth, 1998)¹⁶.

LES CONDITIONS NÉCESSAIRES ET SUFFISANTES DE CARL ROGERS

Rogers (1957) fut très clair quant à sa déclaration d'intégration en stipulant qu'il ne s'agissait pas d'une seule forme de thérapie. Il faisait référence à

¹³ *Ibid.*, p. 60.

¹⁴ *Ibid.*, p. 60.

¹⁵ Orlinsky & Howard, 1986 p. 7.

¹⁶ Bozarth, 1998, p.165.

des «conditions qui s'appliquaient à toute situation dans laquelle survient un changement constructif de la personnalité, qu'il s'agisse de psychanalyse classique, d'un de ses dérivés modernes, de psychothérapie adlérienne ou de toute autre encore» (Rogers, 1959)¹⁷. Par la suite, il émet l'hypothèse que «toute psychothérapie efficace produit des changements similaires dans la personnalité et le comportement et qu'un seul lot de préconditions est nécessaire»¹⁸. Dans sa présentation des conditions en tant que forme de thérapie universelle, Patterson (1985) s'est nettement référé aux conditions de Rogers comme étant «la relation thérapeutique».

La formulation spécifique de Rogers est décrite au chapitre IV de ce livre¹⁹. Elle comprend trois des conditions qui correspondent aux conditions du thérapeute. Sous les noms spécifiques de «congruence», «compréhension empathique» et «regard positif inconditionnel», elles sont généralement considérées comme les attitudes du thérapeute.

LA CONGRUENCE

Une étude (Klein, Kolden, Michels & Chisholm-Stockard, 2002) résume succinctement la recherche sur la congruence. Les auteurs ont étudié 77 résultats qui, dans 34% des cas, décrivent une relation positive. Ils en «concluent que les preuves tendent à montrer plus nettement qu'il ne semblait à première vue une relation positive entre la congruence (l'authenticité) et le résultat de la psychothérapie»²⁰. Des observations similaires ont été faites par Patterson (1984).

Même dans cette étude par ailleurs équilibrée apparaît le biais de l'assomption réactive lorsque les auteurs utilisent pour résumé une conclusion tirée des articles de deux recherches comportementales (Lampropoulos, 2000; Lazarus, 1993). Ces deux recherches (qui ne figurent pas dans les bases de données) ont conduit les auteurs (Klein & al., 2002) à la conclusion que l'efficacité du thérapeute requiert l'adaptation de son style de congruence aux besoins et aux attentes du client. D'après nous, il aurait été préférable qu'ils conservent leur conclusion pour le résumé du rapport préliminaire, dans lequel ils déclarent que «la justification de la congruence comme un des composants centraux d'une conception plus complexe de

¹⁷ Rogers, 1959, p. 230.

¹⁸ *Ibid.*, p. 231.

¹⁹ N.d.t. : Haugh, S. & Paul, S. (Eds) (2008). *The Therapeutic Relationship. Perspectives and Themes*. Ross-on-Wye: PCCS Books. Non traduit en français.

²⁰ Klein & al., p. 209.

la relation thérapeutique est à la fois empirique et théorique» (Klein & al. 2001)²¹.

Le composant central de la congruence est succinctement défini par Rogers comme «la symbolisation de son expérience dans la relation adéquate» (Rogers 1959)²². Rogers insiste sur l'importance de l'entièreté du thérapeute, mais conclut qu'une «partie de la congruence du thérapeute doit être l'expérience du regard positif inconditionnel et de la compréhension empathique»²³.

LA COMPRÉHENSION EMPATHIQUE

Une attention considérable a été donnée à l'empathie en tant que construct²⁴ en soi. De 1940 à 1950, l'empathie fut pour Rogers et ses collègues le principal pilier de la thérapie. Avec l'arrivée de la «déclaration de l'intégration» (Rogers, 1957; Bozarth, 1998), la recherche continua ses études sur l'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel pendant trois décennies (Bozarth, Zimring & Tausch, 2002).

L'empathie constitua la base populaire des programmes de formation en ressources humaines ou en savoir-faire de 1960 à 1970 (Carkuff, 1969). Le domaine du counselling compte une pléthore de résultats concernant la compréhension empathique. Ces études ne sont cependant pas répertoriées ou suffisamment remarquées dans les rapports de psychothérapie. Dans les principaux ouvrages relatifs à l'empathie, il y a peu, s'il y en a, de références à ces études (Bozarth, Zimring & Tausch, 2002; Bohart & Greenberg, 1977; Cain & Seeman, 2002; Haugh & Merry, 2001; Norcross, 2002). Une des raisons de cet abandon réside probablement dans le fait que les programmes en savoir-faire interpersonnels se sont orientés vers des activités comportementales qui ont obscurci les effets de l'empathie sur les résultats (Cornier & Cornier, 1991; Egan, 1975). La synthèse de la relation de l'empathie au résultat psychothérapeutique met en évidence que l'empathie compte comme variance du résultat dans 10%

²¹ Klein & al., 2001, p. 399.

²² Rogers, 1959, p. 214.

²³ *Ibid.*, p. 215.

²⁴ N.d.t.: construct désigne une «idée fixe sur la base de laquelle est faite une prédiction concernant le monde. Rogers [...] a utilisé ce terme dans les sept stades de sa conception du processus de la psychothérapie en se référant aux constructs comme à des 'cartes cognitives de l'expérience'» (Rogers, 1961). In K. Tudor & T. Merry (2006). *Dictionary of Person-Centred Psychology*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

des cas (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002; Greenberg, Elliott, Watson & Bohart, 2001). Ceci correspond aux 2 à 8% relevés dans le cas des interventions techniques (Wampol, 2001). Greenberg & al. (2001) en ont conclu que la preuve la plus cohérente «est que la perception qu'ont les clients de se sentir compris par le thérapeute a une incidence sur le résultat»²⁵.

Bohart & al. (2002) remarquent que l'empathie est un facteur significatif du résultat, mais ils fournissent aussi un autre exemple de l'influence de l'hypothèse fondamentale selon laquelle le client est un individu plus réactif qu'actualisant. Ils spéculent sur le fait que des types de réponses empathiques peuvent être déterminés par les thérapeutes «lorsqu'ils s'engagent dans un processus de diagnostic afin de déterminer quand et comment communiquer leur compréhension empathique ainsi que le niveau sur lequel centrer, d'un moment à l'autre, leur réponse empathique»²⁶.

L'assomption thérapeutique actualisante repose sur le processus du client, non sur l'évaluation du thérapeute. En se centrant uniquement sur le cadre de référence interne du client, les hypothèses de Rogers (1957, 1959) en sont l'exemple le plus remarquable. Rogers (1959) définit l'empathie de la manière suivante:

L'empathie ou (compréhension empathique) consiste à percevoir avec précision le cadre de référence d'une autre personne de même que les composants émotionnels et le sens qui s'y rattachent, comme si soi-même était l'autre personne, mais sans jamais perdre la condition du «comme si»²⁷.

Dans une reformulation de cette définition, Rogers (1975)²⁸ met l'accent sur l'empathie en tant que processus plutôt qu'état. Il poursuit son postulat, en déclarant que l'*experiencing*²⁹ du regard positif inconditionnel et de l'empathie permet au client de faire l'expérience de son propre processus, et l'encourage à le faire (Rogers & Russel, 2002). Les définitions de Rogers (1959, 1975) figurent dans beaucoup de définitions opérationnelles de la recherche.

²⁵ Greenberg & al., 2001, p. 383.

²⁶ Bohart & al., 2002, p. 102.

²⁷ Rogers, 1959, p. 210.

²⁸ Rogers, 1975, p. 4.

²⁹ N.d.t: *experiencing*, n'a pas d'équivalent en français. Il signifie être en train de faire une expérience interne. Le verbe «*expérencier*» en découle.

LE REGARD POSITIF INCONDITIONNEL

En thérapie centrée sur le client, le regard positif inconditionnel est le facteur qui libère des «conditions de valeur³⁰» (Rogers, 1959)³¹. Libéré de ces conditions, le client ne nie plus ni ne déforme plus les expériences et les ressentis qui ne correspondent pas à sa propre structure. Le client se dirige vers un comportement plus constructif. Voici une définition plus spécifique du regard positif inconditionnel: «se percevoir comme recevant un regard positif, c'est percevoir que, de nos expériences personnelles, aucune ne peut être décrétée par les autres individus comme étant plus ou moins digne de regard positif»³².

Parmi les rapports sur le regard positif inconditionnel, il y a les descriptions de Watson & Steckey (2001), Faber & Lane (2001) et de Bozarth, Zimring & Tausch (2002). Le soutien de ces études pour ce concept varie de modéré à fort. Toutefois, les études sont rarement centrées sur le seul regard positif inconditionnel. La plupart d'entre elles comprennent, et devraient comprendre, la compréhension empathique, ancrée dans la congruence. Comme pour l'empathie, le soutien en faveur de la perception par le client du regard positif inconditionnel est univoque (Cornelius White, 2002). Les six conditions de Rogers (1957, 1959) font ressortir spécifiquement que ce qui est important, c'est la perception des conditions par le client.

Recherche générale sur l'empathie, le regard positif inconditionnel et la congruence

Les analyses de la Task Force (voir Norcross 2001, 2002) sont positives bien que faussées par leur attachement au paradigme psychothérapeutique réactif. Dans un rapport de la Task Force, une étude clarifie davantage l'importance de la relation thérapeutique et de la psychothérapie (Lambert & Badey, 2001, 2002). Ces auteurs précisent dans leur conclusion générale que «des décennies de recherche montrent que la pratique de la thérapie est un processus interpersonnel dont le composant curatif principal est la nature de la relation thérapeutique»³³. Patterson (1984), dans un rapport

³⁰ N.d.t: dans «conditions de valeur», la valeur est externe à l'individu et dépend de son environnement.

³¹ Rogers, 1959, p. 224.

³² *Ibid.*, p. 208.

³³ Lambert & Badey, 2001 p. 357.

sur les rapports de recherche, déclare que «dans un large éventail de situations ou de problèmes concernant des clients, les recherches sur l'efficacité de la relation offrent une base pour une thérapie qui ne dépende pas de l'identification d'un facteur causal identifiant spécifique»³⁴.

Enquête scientifique sur la relation thérapeutique

Il semble un tant soit peu surprenant que, après 40 années d'échec passées à spécifier différents traitements pour différents clients avec des problèmes différents, les tenants de la question de Paul (quel traitement, par qui, est le plus efficace pour tel individu avec tel problème spécifique et dans telles circonstances) considèrent qu'il s'agit d'une question scientifique normale. Un examen de la méthodologie de la recherche arrive à la conclusion que la «question incontestable de savoir quels aspects du travail thérapeutique, pour quelle sorte de problèmes, pratiqué par quel type de thérapeute, pour quel type de clients, est probablement sans réponse parce qu'elle est méthodologiquement insoluble» (Kish & Kroll, 1980)³⁵. Patterson (1989) fait remarquer qu'avec seulement cinq classes de variables, de dix niveaux chacune, le résultat atteindrait un tel nombre de cellules que l'essai en serait irréaliste.

Sur le paradigme actualisant de la psychothérapie, Patterson (voir Patterson, 1974, 1985; Patterson & Hidore, 1997) est, derrière Rogers, le plus prolifique des auteurs. Comme lui, Bozarth et Motomasa (2005) concluent:

Les facteurs communs enfouis dans la relation client-thérapeute, l'autodétermination du client et ses propres ressources sont les facteurs les plus importants de l'efficacité thérapeutique. Les principes centrés sur le client font partie intégrante de ces facteurs et sont à l'avant-scène de l'exploration des facteurs thérapeutiques communs³⁶.

Conclusions de la recherche sur la relation thérapeutique

La recherche sur la relation thérapeutique révèle la grande influence de la relation sur une thérapie réussie. La recherche basée sur le paradigme

³⁴ Patterson, 1984, p. 438.

³⁵ Kish & Kroll, 1980, p. 406.

³⁶ Bozarth & Motomasa, 2005, p. 296.

réactif identifie de très nombreuses variables qui influencent le résultat. Le paradigme réactif suppose que les variables les plus efficaces doivent être déterminées par l'évaluation du thérapeute. Le paradigme actualisant repose sur la libération du client des conditions sociales. Dit plus brièvement, la relation contribue de manière significative au succès de la thérapie, davantage que la technique et la stratégie thérapeutiques, quel que soit le paradigme considéré.

Notre enquête suggère que le postulat de la thérapie en tant que paradigme réactif guide la plupart des rapports. La définition qui semble la plus appropriée bien que vague s'exprime ainsi: «La relation est les sentiments et les attitudes que le thérapeute et le client ont l'un pour l'autre ainsi que la manière dont ils sont exprimés (Gelso & Carter, 1985). La définition devient problématique quand les objectifs sont enfouis dans l'expertise du thérapeute avec la présomption de déterminer la manière dont le thérapeute pourrait «adapter» la relation pour rencontrer les besoins du client. La définition opérationnelle en devient une définition qui ignore l'assomption de l'individu actualisant et établit le paradigme réactif comme seule approche réaliste.

Les buts de l'enquête sur le paradigme actualisant ne sont plus ceux de l'identification des éléments des thérapies efficaces, ni la détermination de méthodes efficaces d'adaptation sur-mesure de la thérapie. L'objectif est plutôt la création d'un environnement de liberté. Cet environnement est identifié par le postulat de Rogers (1957) relatif aux conditions nécessaires et suffisantes pour qu'advienne un changement thérapeutique de la personnalité.

Les conditions de congruence, regard positif inconditionnel et compréhension empathique facilitent la relation à travers le développement d'un regard positif inconditionnel du client vis-à-vis de lui-même toujours grandissant. La relation libère le client pour se diriger vers une manière de vivre constructive.

Résumé

La révision de la recherche sur la relation thérapeutique a été focalisée sur les recherches identifiées par le Comité de la Task Force sur les relations empiriquement soutenues de l'Association Américaine de Psychologie.

Les conclusions de notre analyse sont les suivantes: en premier lieu l'empathie, la congruence et le regard inconditionnel ont une grande influence sur une thérapie réussie lorsqu'ils sont perçus par le client.

Ensuite, les études qui existent sont indûment biaisées en faveur d'un seul paradigme de la psychothérapie, celui de la psychothérapie réactive qui, sous les auspices de «l'intégration», repose grandement sur des concepts comportementaux et psychanalytiques. Au cours d'une franche discussion sur la recherche en psychothérapie, Orlinsky (2006) déclara que le «paradigme dominant la recherche déforme sérieusement la nature réelle des personnes et du processus de la psychothérapie (comme je la vois)»³⁷ et il exprime l'espoir que les «réalités» de la thérapie soient examinées par un paradigme de recherche différent.

Le paradigme de la psychothérapie réactive requiert la définition d'«éléments» qui impliquent la compétence du thérapeute à adapter la relation à chaque client individuel. Le paradigme actualisant a été totalement abandonné en tant que tel. Néanmoins, après plus de trois décennies de recherche générée par l'article de Rogers (1957), la congruence, l'empathie et le regard positif inconditionnel ont été reconnus comme étant les conditions nodales du changement thérapeutique de la personnalité. Le paradigme actualisant considère chaque personne en tant qu'être unique et c'est intentionnellement qu'il utilise le cadre de référence du client ainsi que ses ressources spécifiques. Il est vital que le paradigme actualisant soit révisé lors de l'examen de la relation thérapeutique.

³⁷ Orlinsky, 2006, p. 2. N.d.l.r.: voir en français Orlinsky, D. (2007). Commentaires sur l'état de la recherche en psychothérapie (comme je la vois). *ACP Pratique et recherche*, n° 5, pp. 5-14.

Références

- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.) *Psychotherapist Relationships that Work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). Oxford: University Press.
- Bohart, A. C. & Greenberg, L. S. (1997). Empathy: Where are we and where do we go from here? In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds). *Empathy Reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 419-50). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bozarth, J. D. (1998). *Person-Centered Therapy: A revolutionary paradigm*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Bozarth, J. D. & Motomasa, N. (2005). Searching for the core: The interface of client-centered principles with other therapies. In S. Joseph & R. Worsley (Eds). *Person-Centred Psychopathology: A positive psychology of mental health* (pp. 293-309). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Bozarth, J. D., Zimring, F. & Tausch, R. (2002). Client-centered therapy: Evolution of a revolution. In D. Cain & J. Seeman (Eds). *Handbook of Humanistic Psychotherapy: Research and practice* (pp. 147-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cain, D. & Seeman, J. (Eds) (2002). *Handbook of Humanistic Psychotherapy: Research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and Human Relations: A primer for lay and professional helpers. Vol. 1. Selection and training*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Cormier, W. H. & Cormier, A. (1991). *Interviewing Strategies for Helpers*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Cornelius-White, J. H. (2002). The phoenix of empirically supported therapy relationships: The overlooked person-centered basis. *Psychotherapy*, 3, pp. 219-221.
- Egan, G. (1975). *The Skilled Helper: A model for systematic helping and interpersonal relating*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Elliott, R. (2001). Research on the effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. Cain & J. Seeman (Eds). *Handbook of Humanistic Psychotherapy: Research and practice* (pp. 57-82). Washington, DC: American Psychological Association.
- Farber, B. A. & Lane, J. (2001). Positive regard. In J. C. Norcross (Ed.) *Empirically supported therapy relationships: Summary of the Division 29 Task Force [Special issue]*. *Psychotherapy*, 38 (4), pp. 390-395.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, pp. 155-243.

- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (1998). *The Psychotherapy Relationship: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., Watson, J. C. & Bohart, A. C. (2001). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.) Empirically supported therapy relationships: Summary of the Division 29 Task Force [Special issue]. *Psychotherapy*, 38 (4), pp. 380-384.
- Haugh, S. & Merry, T. (Eds) (2001). *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, theory and practice. Vol 2: Empathy*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. In J.C. Norcross (Ed.) *Psychotherapist Relationships that Work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-70). Oxford: University Press.
- Kish, J. & Kroll, J. (1980). Meaningfulness vs. effectiveness. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 17, pp. 401-413.
- Klien, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L. & Chisholm-Stockard, S. (2001). Congruence or genuineness. In J.C. Norcross (Ed.) Empirically supported therapy relationships: Summary of the Division 29 Task Force [Special issue]. *Psychotherapy*, 38 (4), pp. 396-400.
- Klien, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L. & Chisholm-Stockard, S. (2002). Congruence. In J.C. Norcross (Ed.) *Psychotherapist Relationships that Work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 195-215). Oxford: University Press.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.) Empirically supported therapy relationships: Summary of the Division 29 Task Force [Special issue]. *Psychotherapy*, 38 (4), pp. 357-361.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.) *Psychotherapist Relationships that Work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-32). Oxford: University Press.
- Lampropoulos, G. K. (2000). Evolving psychotherapy integration: Eclectic selection and prescriptive applications of common factors in therapy. *Psychotherapy*, 37, pp. 285-297.
- Lazarus, A. A. (1993). Tailoring the therapeutic relationship or being an authentic chameleon. *Psychotherapy*, 30, pp. 404-407.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2001). Empirically supported therapy relationships: Summary of the Division 29 Task Force [Special issue]. *Psychotherapy*, 38 (4).
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapist Relationships that Work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: University Press.
- Orlinsky, D. E., (2006). Comments on the state of psychotherapy research (as I see it). *Psychotherapy Bulletin*, 41, p. 3.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in Psychotherapy – noch einmal. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change: An empirical analysis* (4th edn) (pp. 270-376). New York: John Wiley & Sons.

- Orlinsky, D. E. & Howard, K. J. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change: An empirical analysis* (3rd edn). New York: John Wiley & Sons.
- Patterson, C. H. (1974). *Relationship Counseling and Psychotherapy*. New York: Harper & Row.
- Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy: A reviews. *Psychotherapy*, 21, pp. 431-438.
- Patterson, C. H. (1985). *The Therapeutic Relationship: Foundations for an eclectic psychotherapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Patterson, C. H. (1989). Eclecticism in psychotherapy: Is integration possible? *Psychotherapy*, 26, pp. 157-161.
- Patterson, C. H. & Hidore, S. (1997). *Successful Psychotherapy: A caring, loving relationship*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, pp. 109-119.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*, Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of personality change. *Journal of Counseling 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 science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers C. R. (1975). An unappreciated way of being. *The Counselling Psychologist*, 5 (2), pp. 2-10.
- Rogers, C. R. & Russell, D. E. (2002). *Carl Rogers: The quiet revolutionary. An oral history*. Roseville, CA: Penmarin Books.
- Sexton, T. L. & Whiston, S. C. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review: Theoretical implications and research directions. *The Counseling Psychologist*, 22 (1), pp. 6-78.
- Smith, M. B. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, pp. 752-760.
- Taft, J. (1933). *The Dynamics of Therapy in a Controlled Relationship*. New York: Macmillan.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Watson, J. C. & Steckley, P. (2001). Potentiating growth: An examination of the research on unconditional positive regard. In J. Bozarth & P. Wilkins (Eds). *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 3: Unconditional positive regard* (pp. 180-197). Ross-on Wye: PCCS Books.