

Être centré sur la personne

Cecil H. Patterson

Traduction: Sylvie Dreyfus

Cecil H. Patterson (1912-2006), docteur en psychosociologie de l'université de Chicago, fut un ami de John Shlien, qu'il rencontra pendant son service militaire. Il travailla pendant une dizaine d'années dans des entreprises civiles du gouvernement américain avant d'être nommé psychologue au Programme de counselling¹ pour les anciens combattants VA (*Veterans Affairs Counseling Programs*) mis en place l'année précédente par Carl Rogers. Les deux hommes ne se rencontrèrent cependant pas.

Patterson fut ensuite pendant 22 ans professeur de Psychologie du counselling et directeur du Programme de réhabilitation à l'université de l'Illinois. Dans le cadre du Programme Fulbright, il enseigna également à l'université d'Aston, en Grande-Bretagne, et à celle de Hacettepe, en Turquie, où il fit connaître l'Approche centrée sur la personne. Il écrivit de très nombreux articles qui ont été réunis sous sa direction par PCCS Books sous le titre de *Person-Centred Approach and Client-Centred Therapy: Essential Readers*, (2000). De son mariage avec Frances Spano sont nés sept enfants, dont Francine dite Penny, la célèbre psychologue qui enseigne le langage des signes à Koko, le gorille.

L'original de cet article a été publié dans *Person-Centered Review*, 1990, N° 5, pp. 428-432 et *Understanding Psychotherapy: Fifty Years of Client-Centered Theory and Practice*, PCCS Books, 2000.

¹ N.d.t.: en Approche centrée sur la personne, les termes counselling et psychothérapie sont interchangeables.

Résumé

L'objectif de cet article est de considérer la tendance à un élargissement ou à une extension de la thérapie centrée sur client, en y introduisant des méthodes et techniques nouvelles ou «innovantes», allant au-delà des conditions nécessaires et suffisantes postulées par Rogers (1957). Il y a également eu des tentatives d'intégrer la thérapie centrée sur le client à d'autres approches, telles que la thérapie jungienne (Purton, 1989). La question de la cohérence de ces ajouts, de ces extensions et de ces perspectives d'intégration avec la philosophie et les hypothèses de base de l'Approche centrée sur la personne est soulevée et discutée.

Mots-clés: psychothérapie non-directive, valeurs, innovations, méthodes, relation thérapeutique.

Il existe actuellement de nombreuses suggestions qui visent à élargir, étendre ou modifier l'Approche centrée sur le client. La cohérence de ces propositions avec la philosophie et les principes de base de la thérapie centrée sur le client est cependant très discutable.

Le problème

J'ai rencontré, écouté et parlé à des personnes qui se prétendent centrées sur le client, et j'ai lu des écrits d'autres personnes qui se prétendent centrées sur le client, d'où, je l'avoue, une certaine inquiétude, une certaine perplexité. Il me semble qu'elles se sont écartées de la philosophie et des principes de base de la thérapie centrée sur le client.

Wood rapporte que «certains parmi les collègues les plus proches de Rogers utilisent l'hypnose, l'imagerie mentale, les affirmations paradoxales, l'analyse des rêves, les exercices, donnent des devoirs à la maison et suivent en général la dernière mode du moment» (Wood, 1986)². Natiello indique que «de nombreux thérapeutes qui se disent centrés sur le client orientent maintenant leurs clients en ayant recours à des techniques comme l'hypnose, la relaxation, les jeux de rôles, etc.» (Natiello, 1987)³.

² N.d.t.: Wood, 1986, p. 135.

³ N.d.t.: Natiello, 1987b, p. 246.

Elle-même propose d'ajouter une quatrième condition, le pouvoir du thérapeute, aux trois conditions de Rogers (Natiello, 1987)⁴. Cela me conduit à me demander si ce que être centré sur le client est clair – quelle est sa philosophie, quelles sont ses convictions et ses hypothèses. Rogers et d'autres ont beaucoup écrit sur le sujet, bien sûr. Et récemment, Combs (1986a) ainsi que Bozarth et Brodley (1986) ont expliqué l'attitude. Pourtant, ses implications ne semblent pas avoir été reconnues ou comprises. Les trois conditions du thérapeute postulées par Rogers (1957) sont presque universellement reconnues sur le principe comme nécessaires; pour autant, Wood affirme que «la plupart des gens [et il semble inclure ceux qui se disent eux-mêmes centrés sur le client] répètent de manière inepte le cliché: 'Je crois que les conditions de Rogers sont nécessaires, mais pas suffisantes'» (Wood, 1986)⁵. Il semblerait qu'avec la quantité de preuves attestant que les conditions sont suffisantes (e. g., Patterson 1985)⁶, être centré sur le client signifierait d'accepter qu'elles suffisent jusqu'à preuve du contraire.

L'Approche centrée sur la personne en analyse des rêves chez Jennings montre qu'il y a un flou entre ce qui est centré sur client et ce qui ne l'est pas. Jennings l'illustre dans son analyse du rêve d'une cliente. Tout en affirmant que son objectif est l'interprétation du rêve par la cliente elle-même, il dirige l'analyse de celui-ci en suivant son système d'analyse des rêves. Les moyens sont incohérents avec la fin; il assume la responsabilité de l'analyse. Purton (1989) parle aussi d'«explorer les rêves de manière centrée sur la personne»⁷, mais n'explique pas comment le faire. Il suggère également une quatrième condition nécessaire, «une attitude qui pourrait être appelée 'ouverture à l'inconscient'»⁸.

Il y a de nombreux autres exemples d'auteurs qui suggèrent que nous devrions rompre avec la thérapie centrée sur le client «traditionnelle». Selon Bozarth et Brodley, Gendlin (1974) et Rice (1974) «suggérèrent que le thérapeute connaît parfois la meilleure direction pour le client» (Bozarth & Brodley, 1986)⁹. Combs suggère que, puisque «la thérapie est essentiellement un processus d'apprentissage», les thérapeutes «devraient reconnaître leur rôle pédagogique et l'utiliser, à dessein, dans un but positif,» bien que «le concept d'enseignant, pour beaucoup de thérapeutes,

⁴ N.d.t.: Natiello, 1987a.

⁵ N.d.t.: Wood, 1986, p. 351.

⁶ N.d.t.: Patterson, 1985, chap. 13, pp. 217-220.

⁷ N.d.t.: Purton, 1989, p. 415.

⁸ N.d.t.: *Ibid.*, p. 412.

⁹ N.d.t.: Bozarth & Brodley, 1986, p. 267.

est pratiquement un qualificatif synonyme d'autocrate ou de dictateur. Je pense que ces attitudes sont inutilement inhibitrices» (Combs, 1988)¹⁰. Il ne parle absolument pas de la manière dont un thérapeute centré sur le client enseigne, ou comment cela peut être cohérent avec les principes centrés sur le client.

Warner (1989) tente d'intégrer la théorie des systèmes familiaux stratégiques à la thérapie familiale centrée sur le client. Cependant, ce n'est pas seulement la manière dont le thérapeute fonctionne qui n'est pas claire, mais l'emploi de termes tels que «exhorte», «interprète», «très peu de [mais vraisemblablement quelques] demandes ou suggestions», «discute d'une incongruence,» «envisage des possibilités» ne semblent pas cohérents avec la thérapie centrée sur le client.

Quant à Snyder, qui essaie d'intégrer Rogers et Bateson dans la thérapie de couple, elle ne semble pas agir en cohérence avec les principes de la thérapie centrée sur le client. Elle se réfère à son modèle d'amélioration de la relation en tant que thérapie. Elle s'y réfère aussi en tant que «modèle d'entraînement de compétences» (Snyder, 1989)¹¹. C'est de la formation, non une thérapie.

Un autre thérapeute centré sur le client au moins partage ma préoccupation (J. M. Shlien, 1986)¹². Evoquant les «nouvelles directions» et les «innovations» qui font «de la nouveauté une vertu intrinsèque», Shlien note que «la question n'est pas de savoir ce qui est nouveau, mais ce qui est bon» (Shlien, 1986)¹³. Il poursuit en disant: «on lit que les thérapeutes centrés sur le client incluent dans leur pratique l'hypnose, la thérapie primale, la modification comportementale, la Gestalt, les jeux de rôle, la relaxation, etc. Qu'on puisse en considérer certaines comme centrées sur la personne me dépasse [...]. L'Approche centrée sur la personne invite à des extensions qui débordent parfois de la théorie de la thérapie centrée sur le client» (Shlien, 1986)¹⁴.

Enfin, dans sa critique de Levant et Shlien (1984), Raskin fait référence à des chapitres de Gendlin, Rice, Guerney et d'autres, qui visent à «un élargissement de la théorie et de la pratique de la thérapie centrée sur le client [...] des pratiques conçues pour rendre plus efficaces les efforts de

¹⁰ N.d.t.: Combs, 1988, p. 268.

¹¹ N.d.t.: Snyder, 1989, p. 376.

¹² N.d.t.: Shlien, personal communication, 1986.

¹³ N.d.t.: *Ibid.*, p. 347.

¹⁴ N.d.t.: *Ibid.*, pp. 347-348

résolution des problèmes et d'expérimentation¹⁵ du client [...]. D'un côté, ces approches divergentes [...] sont en accord avec l'espoir de Rogers que ses étudiants ne deviennent pas de petits Rogériens, mais développent leurs propres manières de travailler [...]. D'un autre côté, chacune de ces méthodes néo-rogoriennes ôte quelque chose à la conviction totale que le client a la capacité de se diriger lui-même, élément si central de la philosophie centrée sur le client» (Raskin, 1987)¹⁶.

N'y a-t-il aucune limite à ce qui peut être appelé centré sur le client? Y a-t-il quelque chose de réellement centré sur le client dans ce que font des thérapeutes qui se proclament centrés sur le client? Dans sa modestie et son ouverture aux idées nouvelles, Rogers a-t-il délivré aux thérapeutes centrés sur le client un permis les autorisant à faire tout ce que bon leur semblait tout en se proclamant encore centré sur le client?

Peut-être avons-nous besoin d'une analyse plus spécifique de ce qu'est la thérapie centrée sur le client et ce qu'elle n'est pas. Il y a des choses qui sont contradictoires avec la philosophie et les convictions, ou les hypothèses de la thérapie centrée sur le client. Il y a des limites à ce qu'un thérapeute peut faire s'il entend rester centré sur le client. Comme Shlien le dit, «il est essentiel de trouver un ensemble de critères définissant ce que centré sur le client veut dire» (Shlien, 1986)¹⁷.

La philosophie et les hypothèses de base de la thérapie centrée sur le client

1. Tout organisme est motivé par un instinct fondamental, celui d'actualiser ses potentialités, à un niveau biologique et physiologique (Patterson, 1964). Combs et Snygg expliquent que, «de la naissance à la mort, le maintien du self phénoménal est la tâche la plus pressante, la plus cruciale, si ce n'est la seule de l'existence [...]. L'homme cherche à la fois à maintenir et à améliorer son self tel qu'il le perçoit» (Combs & Snygg 1959)¹⁸.

Rogers a formulé cette hypothèse de diverses manières, parlant de tendance à la croissance: «L'organisme a une tendance et une aspiration fondamentales: actualiser, maintenir et améliorer l'organisme en train de

¹⁵ N.d.t.: «expérimentation» n'a pas d'équivalent en français. Ce terme découle d'«experienting», qui signifie «en train de faire une expérience interne».

¹⁶ N.d.t.: Raskin, 1987, p. 460.

¹⁷ N.d.t.: Shlien, 1986, p. 348.

¹⁸ N.d.t.: Combs & Snygg 1959, p. 45.

faire une expérience interne» (Rogers, 1951)¹⁹. Par la suite, il évoque «la tendance de l'être humain à s'actualiser pour devenir ses potentialités. Par cela, je veux dire la tendance directionnelle qui est manifeste dans toute vie organique et humaine – l'envie irréprouvable de s'étendre, se déployer, se développer, mûrir, la tendance à exprimer et activer toutes les capacités de l'organisme, ou du self [...], existe dans chaque individu, et attend seulement les conditions adéquates pour être libérée et exprimée» (Rogers, 1961)²⁰.

Plus tard encore, Rogers parle d'un «flux de mouvement sous-jacent vers la réalisation constructive de ses [celles de l'organisme] possibilités intrinsèques» (Rogers, 1984)²¹. «Il est clair que la tendance actualisante est sélective et directionnelle – une tendance constructive, si vous voulez»²²; la tendance actualisante et «une tendance formatrice dans l'ensemble de l'univers [...] sont les pierres angulaires de l'approche centrée sur la personne»²³; et «l'Approche centrée sur la personne repose sur une confiance fondamentale dans les êtres humains et dans tous les organismes»²⁴.

2. Certaines conditions environnementales doivent être présentes pour permettre à la tendance actualisante d'opérer. L'organisme biologique a besoin d'air, d'eau, de nourriture, et souvent de vêtements et d'un abri pour survivre. Cependant, la survie biologique nécessite une autre condition – les soins, la sollicitude et l'amour d'une autre personne (Spitz, 1945; Lynch, 1977). En outre, certaines informations, connaissances et compétences sont nécessaires. À un niveau psycho-social, un environnement attentionné, aimant, est nécessaire au développement socio-émotionnel de l'individu. Ces conditions, fournies dans le cadre de la thérapie centrée sur le client, ont été identifiées sous compréhension empathique, regard positif inconditionnel (respect, sollicitude) et authenticité du thérapeute.

3. Les personnes viennent en psychothérapie non par manque de satisfaction de leurs besoins biologiques, d'information ou de compétence (bien que cela puisse être le cas pour certaines). Elles viennent en raison de besoins socio-psychologiques – de carences émotionnelles et interpersonnelles. Les thérapeutes ne répondent pas aux besoins biologiques; certains

¹⁹ N.d.t.: Rogers, 1951, p. 247.

²⁰ N.d.t.: Rogers, 1961, p. 351.

²¹ N.d.t.: Rogers, 1984, p. 117.

²² N.d.t.: *Ibid.*, p. 12.

²³ N.d.t.: *Ibid.*, p. 114.

²⁴ N.d.t.: *Ibid.*, p. 117.

cependant, peut-être à tort, estiment qu'ils devraient combler des lacunes en termes d'information, de connaissance et de compétence – qu'ils devraient être des enseignants.

Les trois conditions postulées par Rogers sont nécessaires et suffisantes quand il n'existe pas de carences physiques ni de manque d'informations ou d'aptitudes.

4. Le but de la psychothérapie est de promouvoir l'actualisation de soi du client. Les conditions créées par le thérapeute dans la relation thérapeutique sont les conditions spécifiques à l'absence ou l'insuffisance de ces conditions dans l'environnement interpersonnel du client, passé et/ou présent (Patterson, 1985).

5. La présence de la tendance actualisante chez le client permet au client de contrôler et de diriger le processus thérapeutique. Chaque client a de multiples potentialités et choisit celles qui seront actualisées, et la façon ou la manière dont elles le seront.

Le client prend la responsabilité de lui-même dans le processus; partage de l'information personnelle et se livre à l'exploration de son self, nécessaire au processus thérapeutique; s'attelle à la résolution de problèmes, prend des décisions et fait des choix. La tendance actualisante qui se manifeste dans ces caractéristiques signifie que le thérapeute n'a pas besoin: d'intervenir activement; de fournir ou suggérer des alternatives; de proposer des solutions à des problèmes; de poser des questions ou d'enquêter; d'offrir des interprétations ou sa perspicacité; ou de louer, encourager ou rassurer. Le thérapeute n'est pas un directeur, ni même un guide; le chemin spécifique vers l'actualisation de soi n'est pas connu du thérapeute. Le thérapeute fait confiance à la tendance actualisante du client, croit que la tendance actualisante se manifesterait si les conditions sont créées par le thérapeute, et a la patience de laisser au client la responsabilité de diriger le processus et d'avancer à son propre rythme. Le thérapeute répond toujours au client, ou est toujours à son écoute, au cours du processus.

Pour chaque client particulier, on part du principe que le client a l'instinct nécessaire qui le porte à la croissance et à l'actualisation de soi. La tendance actualisante peut être minimale ou même faire défaut en raison de dommages organiques ou de privations ou mauvais traitements passés et/ou présents. Rogers croyait cependant que, bien que «la tendance actualisante puisse, bien sûr, être mise à mal ou déformée [...], elle ne pouvait pas être détruite sans que l'organisme ne soit détruit» (Rogers, 1984)²⁵.

²⁵ N.d.t.: *Ibid.*, p. 118.

6. Alors que les trois conditions thérapeutiques de compréhension empathique, de regard positif inconditionnel ou respect, et d'authenticité du thérapeute peuvent être suffisantes, la question de leur efficacité demeure. Existe-t-il d'autres conditions, non nécessaires, qui peuvent améliorer l'efficacité du processus, le faciliter ou l'accélérer? C'est, ce me semble, ce que cherchent nombre de praticiens, tels ceux cités précédemment. Il est possible, par exemple, que les processus de relaxation et d'hypnose puissent être utilisés de manière compatible avec les principes centrés sur le client (Moore & Patterson, «Client-Centered Therapy and Hypnosis», article en préparation). Le critère essentiel de quelque processus que ce soit est sa compatibilité avec la théorie et la philosophie de la thérapie centrée sur le client – c'est-à-dire que celui-ci ne retire pas au client son autonomie et sa responsabilité, sa possibilité de «le faire pour lui-même». Tout ce qui prive le client de cette expérience favorise la dépendance et nuit au processus d'actualisation de soi du client.

7. Les trois conditions thérapeutiques de base sont présentes dans toutes les thérapies importantes. Cependant, la thérapie centrée sur le client est unique de par sa position qui considère ces conditions comme suffisantes et s'y tient constamment.

a. La thérapie centrée sur le client reste dans le cadre de référence interne du client tout au long du processus. Elle ne limite pas la pratique de la compréhension empathique pour créer ce qu'on appelle la relation thérapeutique, ni n'utilise la compréhension pour asseoir un pouvoir afin d'intervenir, diriger ou influencer le client par des interprétations ou d'autres moyens.

b. Le thérapeute centré sur le client respecte le client et lui fait confiance au point de lui laisser le contrôle de la nature et de la vitesse du développement du processus thérapeutique. La confiance du thérapeute dans le client n'est ni limitée, ni restreinte: elle est complète.

c. Le thérapeute reste constamment en mode d'écoute, ne l'abandonnant jamais pour démarrer, diriger ou contrôler le processus par des interventions.

Aucune autre approche en psychothérapie n'opère de cette manière. Ainsi, il est impossible d'intégrer la thérapie centrée sur le client à aucune autre approche, ni de prendre ou d'utiliser des méthodes et techniques provenant d'autres approches, lesquelles sont en général des interventions directes, incompatibles avec la philosophie et la théorie centrées sur le client.

Apparemment, beaucoup semblent penser que la position adoptée ici est restreinte, rigide et dogmatique. Elle est cependant logique si l'on accepte la philosophie et les hypothèses de la thérapie centrée sur le client. Certains semblent estimer que si l'on a les attitudes (décrites dans les conditions), on peut faire ce que bon nous semble en thérapie et être encore centré sur le client. Rogers (1975) semble avoir favorisé cette attitude: «J'en suis venu à réaliser que les techniques sont assurément secondaires par rapport aux attitudes, que si un thérapeute a les attitudes que nous en sommes venus à considérer comme essentielles, il peut probablement utiliser une variété de techniques.» Cain écrit que «être centré sur la personne doit signifier certainement davantage que posséder ces qualités, si belles soient-elles» (Cain, 1986)²⁶. Il relève également que «bien que être centré sur le client présente certaines limites quant à nos convictions et à la manière dont nous les incarnons, il semble que les qualités ou les attitudes qui découlent de notre philosophie nous affranchissent de nous définir dans notre manière unique d'être centré sur le client [...]. D'une certaine manière, j'aime l'idée que être centré sur la personne offre plus de liberté que de limites»²⁷.

Les conditions centrées sur le client peuvent être pratiquées de diverses manières par différents thérapeutes. Cependant, ces pratiques doivent être compatibles avec la philosophie de base et la nature des conditions elles-mêmes. Il y a une certaine liberté. Mais il existe des limites. La liberté du thérapeute s'arrête là où elle porte atteinte à la liberté du client d'être responsable de sa propre vie et de la diriger.

Références

- Bozarth, J. A., & Brodley, B. T. (1986). Client-centered psychotherapy: A statement. *Person-Centered Review*, 1, pp. 262-271.
- Cain, D. J. (1986). What does it mean to be person-centered? *Person-Centered Review*, 1, pp 251-256.
- Combs, A. W. (1986a). Person-centered assumptions for counselor education. *Person-Centered Review*, 1, pp 72-82.
- Combs, A. W. (1986b). On methods, conditions, and goals. *Person-Centered Review*, 1, pp. 378-388.
- Combs, A. W. (1988). Some current issues for person-centered therapy. *Person-Centered Review*, 3, pp. 263-276.

²⁶ N.d.t.: Cain, 1986, p. 251.

²⁷ N.d.t.: *Ibid.*, p. 255.

- Combs, A. W., & Snygg, D. (1959). *Individual behavior* (rev. ed.). New York. Harper & Row.
- Gendlin, E. T. (1974). Client-centered and experiential psychotherapy. In D. A. Wexler & L. N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 211-226). New York. Wiley.
- Jennings, J. L. (1986). The dream is the dream is the dream: A person-centered approach to dream analysis. *Person-Centered Review*, 1, pp. 310-333.
- Lynch, J. J. (1977). *The broken heart: The medical consequences of loneliness*. New-York. Basic Books.
- Natiello, R. (1987a). The person-centered approach: From theory to practice. *Person-Centered Review*, 2, pp. 203-216.
- Natiello, R. (1987b). Roundtable discussion. *Person-Centered Review*, 2, pp. 245-246.
- Patterson, C. H. (1964). A unitary theory of motivation and its counseling implications. *Journal of Individual Psychology*, 4, pp. 17-31.
- Patterson, C. H. (1985). *The therapeutic relationship*. Pacific Grove, CA. Brooks/Cole.
- Purton, C. (1989). The person-centered Jungian. *Person-Centered Review*, 4, pp. 403-419.
- Raskin, N. J. (1987). From spyglass to kaleidoscope [Review of R. F. Levant & J. M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice*]. *Contemporary Psychology*, 32, pp. 460-461.
- Rice, L. N. (1974). The evocative function of the therapist. In D. A. Wexler & L. N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 289-311). New York. Wiley.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, pp. 95-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (Speaker). (1975). *Client-centered therapy* (Cassette Recording). Brooklyn, NY. Psychology Today.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston. Houghton Mifflin.
- Shlien, J. M. (1986). Roundtable discussion. *Person-Centered Review*, 1, pp. 347-348.
- Snyder, M. (1989). The relationship enhancement model of couple therapy: An integration of Rogers and Bateson. *Person-Centered Review*, 4, pp. 358-383.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism. In R. S. Eissler (Ed.), *The psychoanalytic study of the child* (Vol. I, pp. 53-74). New York. International Universities Press.
- Warner, M. S. (1989). Empathy and strategy in the family system. *Person-Centered Review*, 4, pp. 324-343.
- Wood, J. K. (1986). Roundtable discussion. *Person-Centered Review*, 1, pp. 350-351.