

Actions intérieures pour la compréhension empathique à travers le mode de sentir corporel-affectif

Yukishige Nakata

Traduction : Sylvie Dreyfus

Yukishige Nakata est professeur à l'Université de Kansai, Osaka, Japon. Il s'est engagé très activement dans la promotion de l'Approche centrée sur la personne au Japon en organisant des séminaires pour les jeunes thérapeutes, en faisant des présentations lors de congrès dans le pays, et en publiant de nombreux articles. Il fut membre de l'association mondiale WAPCEPC (*World Association of Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling*) de 2008 à 2010.

Résumé

Le but de cet article est de décrire les actions intérieures des thérapeutes qui favorisent la compréhension empathique. J'avance que l'effort visant à sentir à chaque instant, au niveau du ressenti corporel, l'*experienicing*¹ du client est au cœur de ces actions. Lorsque les thérapeutes sentent le ressenti du client dans leur propre corps, il s'agit à la fois de leur ressenti et de la perception

L'original de cet article a été publié dans *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2014, vol. 13, 1, pp. 60-70.

¹ N.d.t.: «*experienicing*» n'a pas d'équivalent en français. Ce terme signifie «en train de faire une expérience interne».

de celui du client. Je présente un mode «corporel-affectif» de compréhension empathique au travers de cette perception, de ce sentir, et propose quelques actions pour faciliter l'attitude empathique, ainsi qu'une description de ce qui arrive à un thérapeute qui sent en mode corporel-affectif. Un exemple du processus montre l'imbrication entre le sentir corporel-affectif et la relation. Enfin, j'évoque les perspectives qu'apporte cette étude à la connaissance actuelle dans ce domaine.

Mots-clés: compréhension, empathie, corporel-affectif, interaction, communication non verbale.

Introduction

La compréhension empathique, l'une des conditions nécessaires et suffisantes (Rogers, 1957, 1959), est un concept central qui ne peut être dissocié de toutes les pratiques de la thérapie et du counselling centrés sur la personne et expérientiels. Au milieu des années 1970, Rogers l'a résumé ainsi: «le thérapeute idéal est, avant tout, empathique» et: «plus le thérapeute est expérimenté, plus il sera susceptible d'être empathique» (Rogers, 1975)². La signification de ce concept est largement reconnue non seulement par les tenants de l'Approche centrée sur la personne mais aussi par d'autres écoles de psychothérapie (Barrett-Lennard, 1986; Watson, 2002). En raison de son importance, elle continue à être un concept largement débattu.

Il est un domaine qui n'a pas été suffisamment exploré; ce que fait intérieurement un thérapeute pour faire l'expérience d'une compréhension empathique. Rogers a écrit dans son article, devenu un classique, que comprendre de manière empathique veut dire «sentir le monde personnel du client comme si c'était le sien, mais sans jamais perdre cette qualité du 'comme si'» (Rogers, 1957)³. Cela signifie que le cœur de la compréhension empathique est l'expérience intérieure subjective du thérapeute (Bozarth, 1997)⁴. Cependant, comme Bozarth (1997)⁵ et Mearns & Thorne (2007)⁶

² N.d.t.: Rogers, 1975, pp. 5-6.

³ N.d.t.: Rogers, 1957, p. 101.

⁴ N.d.t.: Bozarth, 1997, p. 92.

⁵ N.d.t.: Bozarth, 1997, p. 92.

⁶ N.d.t.: Mearns & Thorne, 2007, p. 69.

le soutiennent, répondre avec empathie est souvent mal compris comme se limitant à refléter les sentiments. C'est en partie dû au fait que l'aspect intérieur de l'expérience n'a été ni vraiment discuté, ni enseigné. Grant (2010)⁷ affirme que «la plupart des [applications de] l'approche centrée sur le client [...] ne développent pas de moyens pour améliorer la compréhension empathique.» Cet article a pour but d'explorer la question du comment accéder à l'expérience de la compréhension empathique.

Il semble qu'il n'y ait que deux publications qui parlent spécifiquement de ce que fait un thérapeute intérieurement pour parvenir à une compréhension empathique. Cooper (2001)⁸ avance l'idée d'une empathie somatique de l'expérience du client. Il soutient que l'expérimentation du monde du client est toujours et essentiellement somatique, et qu'un thérapeute peut spontanément commencer à entrer en empathie avec le client de manière corporelle. Ensuite, il argue que la question du comment pratiquer l'empathie somatique relève moins de «comment développer un mode corporel d'empathie» que de «comment permettre l'émergence d'une empathie au niveau du corps»⁹.

Il propose trois points : premièrement éviter d'en dire trop et trop vite, particulièrement au début de la rencontre ; deuxièmement ne pas se focaliser exclusivement sur les pensées ou les émotions du client ; et troisièmement prendre soin du corps du thérapeute en dehors des séances par de la thérapie corporelle ou de la relaxation, de manière à ce que le stress personnel n'interrompe pas l'émergence d'une empathie corporelle. Grant (2010)¹⁰ propose la métaphore de la lecture, afin de «développer des aides à la compréhension des communications verbales et non verbales du client en les traitant comme un texte». Il dit que «le thérapeute doit 'pister' le flux de ce qui est communiqué par le client – les liens entre les idées, les points et les sujets amenés par le client – en suivant la logique de l'histoire, en notant les changements de sujets, en déduisant si une nouvelle idée se niche sous une ancienne, ou s'il s'agit d'un changement de sujet, et ainsi de suite»¹¹.

Chacun d'eux met l'accent sur un certain aspect de la compréhension empathique. Cooper souligne l'aspect spontané de l'harmonisation au niveau corporel. Grant se penche davantage sur les aspects cognitifs.

⁷ N.d.t. : Grant, 2010, p. 230.

⁸ N.d.t. : Cooper, 2001, p. 221.

⁹ N.d.t. : Cooper, 2001, p. 224.

¹⁰ N.d.t. : Grant, 2010, p. 230.

¹¹ N.d.t. : Grant, 2010, p. 232.

Cependant, ni l'un ni l'autre n'aborde la manière dont un thérapeute perçoit intérieurement le monde phénoménologique du client. Par nature, chaque personne développe sa propre manière de comprendre intérieurement de manière empathique, il n'y a ainsi pas de manière «juste». Il est même possible que chacun parle de phénomènes différents sous le même concept de «compréhension empathique». Cependant, à l'instar des pianistes classiques professionnels qui commencent leur formation par des études de base, nous avons besoin de formulation pour aider les thérapeutes dans le développement de leur ouverture à leur propre expérience et à celle de leur client.

Cet article propose une description des actions et processus intérieurs qui surviennent chez le thérapeute au cours du développement de sa compréhension empathique du client, lesquels se fondent sur ce que j'ai appris de mes expériences cliniques et de supervision. Après avoir dressé un panorama des actions intérieures pour une compréhension empathique, je décris ce qui arrive à un thérapeute à la fois dans son corps et dans la relation au client. De là, je décris ensuite le processus par lequel le ressenti corporel-affectif s'entremêle avec la relation au client. Dans la dernière partie de l'article, je parle des perspectives apportées par cette étude à la connaissance actuelle dans le domaine.

Actions intérieures pour une compréhension empathique

Les actions intérieures pour une compréhension empathique sont décrites en quatre actions: la première, essentielle, est enrichie par les trois autres.

1. Ressentir le client dans un «mode corporel-affectif»

L'action intérieure, essentielle à la compréhension empathique, est d'essayer de sentir au niveau du ressenti corporel tout ce que le client ressent, à tout instant. Ce qui signifie qu'une fois qu'un thérapeute commence à comprendre le client de manière cognitive et affective, il essaie de ressentir en même temps dans son corps ce que le client est en train de vivre. Ressentir le vécu d'un client au niveau du ressenti corporel a une signification particulière pour le terme «empathie». L'origine du mot «empathie» vient de l'allemand «Einfühlung» qui signifie «ressentir de l'intérieur» (Bozarth, 1997). La caractéristique d'un ressenti corporel tient au fait que si un thérapeute veut sentir le ressenti corporel d'un client, ce n'est possible

qu'en le ressentant dans son propre corps. Un exemple facile est la douleur physique. Si un client parle d'une expérience passée de coupure aux doigts avec un grand couteau et que le thérapeute ne le comprend que de manière cognitive, il se peut qu'il ne ressente rien. Pour que le thérapeute puisse vraiment percevoir la manière dont le client a ressenti physiquement cette douleur, il doit passer par une perception corporelle, comme si cela arrivait à ses propres doigts. En d'autres mots, la compréhension cognitive n'est pas suffisante à moins que le thérapeute ne saisisse ne serait-ce qu'une partie de ce qui se passe à l'intérieur du corps du client. Un autre exemple : lorsqu'un client explique ce qui lui est arrivé depuis la dernière séance et exprime à quel point ce fut douloureux, le thérapeute devrait essayer de capter la qualité de ce «douloureux» tel que le client en a fait l'expérience à un niveau de son ressenti corporel.

Sentir au niveau du ressenti corporel n'est pas la même chose que le sens corporel. Gendlin (1981) souligne combien il est important de se laisser pleinement vivre une sensation implicite au niveau du corps (sens corporel) pour qu'un sens explicite se forme. Ainsi, les praticiens ayant une orientation *focusing* tendent à se concentrer sur les sensations corporelles. Cependant, ce qui survient chez un client, ce ne sont pas seulement des sensations mais aussi d'autres types de ressenti comme la douleur ou une émotion forte comme la colère, en refaisant l'expérience de certains événements passés, en se les remémorant ou en les associant. Un client peut aussi ressentir quelque chose qui est au-delà de la verbalisation.

Quoiqu'il puisse être exact que le sens corporel soit important, cela ne signifie pas que l'objectif de l'empathie auquel veiller doit être exclusivement le sens corporel. Le thérapeute qui se concentre sur le sens corporel pourrait avoir tendance à ignorer d'autres ressentis, puisque sans importance au niveau thérapeutique. Le ressenti corporel inclut davantage que le sens corporel.

Capoter un client au niveau du ressenti corporel implique que le thérapeute soit ouvert à autant de sentiments potentiels du client que possible. Même une brève prise de parole d'un client peut s'accompagner d'une multitude de sentiments délicats. Par exemple, si un client dit : «je vais arrêter la thérapie cette semaine», cela peut vouloir dire une infinité de choses au niveau de ce que la personne ressent à l'intérieur. Cela peut vouloir dire, par exemple : que la personne a finalement pris une décision importante ; que la personne n'a pas vraiment décidé d'arrêter mais se convainc elle-même de le faire en le disant au thérapeute ; que la personne attend du thérapeute qu'il lui dise de rester en thérapie. Chacun de ces

exemples va de pair avec un sentiment différent, d'une qualité différente. Saisir les significations complexes de ce que le client communique demande beaucoup d'attention et de concentration de la part du thérapeute. Le thérapeute veut sentir les sentiments du client aussi immédiatement que possible, mais le client continue en général de parler et n'attend pas que le thérapeute ait digéré l'information. Si le thérapeute souhaite demander au client de l'attendre, il doit sentir en une seconde si c'est thérapeutique ou non de le faire. L'ensemble du processus nécessite l'implication complète du thérapeute dans la perception du client, à la fois corporellement et affectivement. C'est ce que j'appelle «sentir en mode corporel-affectif».

Il faut signaler ici qu'une telle perception n'est pas toujours atteinte et que cela prend en général du temps pour qu'elle se développe. C'est pourquoi l'action essentielle est *d'essayer* de sentir le ressenti du client. Le thérapeute peut ne rien sentir ou seulement un peu, même lorsque sa sensibilité est suffisamment bonne. Ensuite, qu'en faire? Ne rien sentir peut être interprété par certains thérapeutes comme le reflet de l'éloignement intérieur du client de son propre ressenti. Cependant, la perception du thérapeute est affectée par de nombreux aspects du client et de la relation. Une telle interprétation peut conduire le thérapeute à une compréhension gravement inexacte. Ce qui est important ensuite, c'est d'accepter le fait de manière congruente et de capter la qualité de la sensation d'être incapable de sentir le ressenti du client. Même si l'interprétation du thérapeute est correcte, il est plus important de capter la qualité de la sensation de l'éloignement que de l'interpréter.

2. Faire attention aux expressions non verbales

De manière à mieux sentir ce qu'un client éprouve au niveau du ressenti corporel, il est nécessaire de faire attention à ses expressions non verbales subtiles telles que les expressions du visage, le langage corporel et la manière de parler. Les expressions non verbales transmettent potentiellement bien plus d'informations que les expressions verbales, comme on peut le voir dans le fait que les fichiers audio et vidéo occupent bien plus d'espace disque dans un ordinateur que les fichiers texte. Un exemple bien connu de l'importance clinique de la manifestation non verbale des clients est la dissonance entre les expressions non verbales et verbales, comme lorsqu'un client dit que tout va bien dans sa vie mais que le ton de sa voix semble plutôt déprimé. Alors qu'une telle observation peut servir d'élément

diagnostique, l'auteur propose ici de ne pas simplement observer la dissonance de manière cognitive, mais de sentir la qualité de la dissonance. La qualité de cette sensation est différente d'une personne à l'autre, d'un contexte à l'autre, aussi devons-nous nous engager dans chaque relation unique en sentant la qualité de la dissonance plutôt qu'en la quittant. Les expressions non verbales peuvent être si ambiguës qu'elles permettent plusieurs interprétations, ou peuvent être si subtiles que leur qualité n'est pas toujours facile à capter. Cependant, elles peuvent aider le thérapeute à sentir ce que le client ressent au niveau de son ressenti corporel.

3. Sentir simultanément ce que le client ressent à propos d'un sujet et à propos de son thérapeute

Le client fait l'expérience de deux sortes de ressentis. L'un est ce qu'il ressent à propos de ce dont il parle au thérapeute. L'autre est ce qu'il ressent par rapport au thérapeute alors qu'il parle de ce sujet. Si un thérapeute concentre profondément son attention sur les événements dont parle le client, il est plus susceptible d'ignorer ce que la personne ressent vis-à-vis de lui. Par exemple, si un client dit: «j'ai à nouveau pris une dose excessive de pilules» et si un thérapeute est absorbé par le comportement répétitif d'intoxication médicamenteuse du client, il pourrait ne pas réaliser ce que le client attend de lui. La personne pourrait vouloir de la sympathie, de l'affirmation ou d'autres retours du thérapeute, dont chacun accompagne un ressenti différent. Cela ne veut pas dire cependant que le thérapeute doit donner au client ce qu'il attend. Afin de sentir autant que possible le ressenti du client, un thérapeute doit à la fois sentir de manière corporelle-affective le ressenti du client envers lui et son propre ressenti quant au sujet dont la personne parle.

4. Garder la conscience qu'il s'agit seulement d'une inférence du thérapeute

Même lorsque le thérapeute parvient à une certaine compréhension de son client, il est essentiel qu'il garde à l'esprit qu'il ne s'agit que de son inférence. Ce que ressent un client et ce qu'un thérapeute sent dans son propre corps comme le ressenti du client différera en intensité et en vivacité à tout moment: il ne peut s'agir que d'une approximation, plus ou moins bonne, mais pas de la même chose. C'est pourquoi le thérapeute reflète le vécu du client à ce dernier ou pose des questions afin de

vérifier si sa compréhension est correcte (Rogers, 1980). Lorsqu'un client répond par l'affirmative, le thérapeute sait que sa compréhension est correcte au niveau verbalisé.

Schmid (2001) propose le concept de «l'art de ne pas savoir». En entretenant l'art de ne pas savoir, un thérapeute peut être plus ouvert au vécu du client, plus libre par rapport aux théories établies et même à une compréhension du client accumulée jusqu'à ce jour. Cette attitude semble plus susceptible de conduire le thérapeute à trouver une nouvelle compréhension du client, avec plus ou moins de surprise, comme : «ah, je vois. C'est comme ça que la personne se sent!». Cependant, il est également important de rester conscient que même une telle compréhension intuitive est une fois encore uniquement l'inférence du thérapeute et de continuer à sentir au niveau corporel-affectif, de manière à vérifier constamment si sa compréhension est au diapason de l'expérience du client.

Ce qui arrive au thérapeute

Le ressenti corporel-affectif influence un thérapeute dans beaucoup de domaines, à la fois dans ses propres expériences intérieures et dans sa relation au client.

1. Interaction intérieure de ressentis et de compréhension sensible

Sentir dans un mode corporel-affectif représente un processus vivant à l'intérieur du thérapeute, où l'imagination, les pensées et les ressentis importants interagissent entre eux et avec des stimuli extérieurs. Il est naturel qu'un thérapeute soit désorienté et submergé, en particulier dans la phase initiale, pour peu qu'il ne se limite pas à ne comprendre qu'intellectuellement. Il importe alors d'être congruent, ce qui signifie d'accepter et de sentir la qualité de la confusion plutôt que d'éviter la confusion. Un ressenti nouveau et une compréhension intérieure nouvelle peuvent ainsi émerger spontanément de ces interactions de ressentis, pensées et imagination, à l'instar du goût d'un nouveau whisky issu du mélange de plusieurs sortes de whisky. En d'autres termes, sentir dans un mode corporel-affectif va de pair avec «désapprendre et déconstruire l'information» (Rud, 2003)¹². Même lorsque la compréhension ressentie semble certaine

¹² N.d.t. : Rud, 2003, p. 166.

ou même intuitive à un moment donné, elle se modifie habituellement avec les perpétuelles interactions intérieures des ressentis, pensées et imagination. Ainsi, il est naturel qu'un thérapeute dans un mode corporel-affectif se sente en permanence sans certitude à l'égard de l'experiencing du client. Ce que le thérapeute fait alors, c'est essayer de sentir la qualité de cette incertitude.

2. Le changement des ressentis propres au thérapeute

Alors que Rogers (1961) a décrit la vie pleine d'une «personne totalement intégrée» comme un processus, un thérapeute dans un mode corporel-affectif est dans un processus d'ouverture aux expériences qui se produisent en lui lorsqu'il essaie de comprendre le client. Comprendre à un niveau corporel-affectif n'est pas un état, mais un processus continu. Être conscient de ce qui se passe à l'intérieur lors du processus de compréhension est une expérience absorbante. Cela requiert une attention incessante aux ressentis et expressions non verbales du client, lesquels sont en perpétuel changement, tout en permettant des interactions au niveau de ses propres ressentis.

Un thérapeute dans un tel mode expérientiel sent simultanément son propre ressenti et sa perception du ressenti du client. C'est le moment où la frontière entre le ressenti du client et celui du thérapeute disparaît d'une certaine manière. C'est exactement à ce moment que le thérapeute commence à faire l'expérience du vécu du client avec un certain degré de certitude comme si c'était le sien. Schmid (2001)¹³ affirme que «l'empathie comble l'écart entre les différences, entre les personnes». Rud (2003)¹⁴ avance que l'empathie est «un phénomène émotionnel qui inclut dans un mouvement d'implication mutuelle celui qui éprouve de l'empathie et celui qui est considéré avec empathie». Gendlin (1970)¹⁵ affirme que «en tant que processus expérientiel, l'empathie et la congruence sont exactement la même chose».

Dans l'ensemble, sentir de manière corporelle-affective est un processus dans lequel le thérapeute est changé par le client au travers d'une écoute active dans la relation. Cela varie en fonction du thérapeute, du client, de la relation et de beaucoup d'autres facteurs qui font que le changement a lieu de telle ou telle manière. Le client se sent en sécurité dans une relation

¹³ N.d.t.: Schmid, 2001, p. 65.

¹⁴ N.d.t.: Rud, 2003, p. 165.

¹⁵ N.d.t.: Gendlin, 1970, p. 549.

où le thérapeute change son ressenti parallèlement à l'évolution de ce que ressent le client. De plus, il est vrai que certains clients se sentent personnellement efficaces lorsqu'ils remarquent qu'ils ont influencé leur thérapeute à changer d'une façon ou d'une autre.

3. Une attitude plus acceptante

Le thérapeute qui sent son client dans un mode corporel-affectif est plus libre des normes sociales et des diagnostics. Il peut sentir au contraire que les plaintes du client impliquent non seulement de la détresse, mais aussi ses propres efforts à y faire face. Il peut voir la lutte désespérée du client dans ce qui est généralement diagnostiqué comme des troubles. Par conséquent, il comprend le client à partir de son point de vue intime et fait l'expérience d'une attitude plus acceptante et d'une appréciation plus profonde de la complexité de l'expérience du client. Par exemple, il pourrait voir un client qui, éprouvant une anxiété sociale, tend à se tenir à l'écart de la société, comme un client en train de lutter avec des sentiments gênants et qui pour ce faire reste loin des autres. Il pourrait voir un client qui parle avec des émotions plates comme un client qui fait des efforts pour ressentir le moins possible dans des relations interpersonnelles. Le thérapeute sent de manière corporelle-affective la qualité de la sécurité sentie par ce client lorsqu'il évite les gens. Si le thérapeute communique une telle compréhension au client, cela montre qu'il comprend le client, pas seulement selon une norme socialement acceptée, mais à partir de son propre cadre de référence intérieur.

4. Former la relation la plus appropriée

Comme mentionné ci-dessus, un thérapeute essaie de sentir les sentiments du client envers le thérapeute, aussi bien que le ressenti du client par rapport aux sujets amenés. Les sentiments du client envers le thérapeute incluent ce que le client ressent quant à la manière dont le thérapeute accueille ces sentiments et ressent. Cela signifie qu'en sentant de manière corporelle-affective, le thérapeute capte à son tour l'expérience qu'en fait le client dans la relation thérapeutique. Par exemple, lorsqu'un thérapeute reflète ses propres mots au client, il sent aussi comment ce reflet est vécu par la personne. Le thérapeute capte si la reformulation est appropriée ou non. Si cela fait avancer l'expérimentation du client, le thérapeute sent comment la reformulation et l'évolution de l'expérimentation sont vécues par la

personne. Par exemple, le thérapeute peut avoir le sentiment qu'une reformulation est parfaitement en adéquation avec l'expérimentation du client ou qu'elle est allée un peu trop vite au-delà de son expérimentation. J'appelle «sentir réflexif» cette forme de perception corporelle affective que le thérapeute a du client lorsque ce dernier émet quelque chose suite au retour fait par le thérapeute.

Il est particulièrement important d'observer les réactions non verbales des clients avec un «sentir réflexif». Les réactions verbales sont en partie conditionnées par l'ajustement aux normes et interactions sociales, et ne sont pas nécessairement un bon indicateur de ce qui se passe à l'intérieur du client. Par exemple, si un thérapeute dit: «alors vous ressentez ceci...» et que le client répond par l'affirmative, le thérapeute peut noter chez le client une intonation subtile ou une expression faciale qui peut sembler indiquer que le client ressent quelque chose de différent de ce que le thérapeute a renvoyé.

Sentir de manière réflexive conduit le thérapeute à vérifier si et comment sa manière d'être en interaction fonctionne. Si elle n'a pas fonctionné, cela l'informe qu'il n'est pas entré en relation de la manière la plus appropriée, parce que son intervention était basée sur une compréhension erronée du client. Ainsi, cela le pousse à revoir sa connexion au cadre de référence intérieur du client et à former l'interaction la plus thérapeutique possible.

Il y a beaucoup de manières d'entrer en relation, avec une variété d'expressions non verbales. Le thérapeute choisit la meilleure, ou forme la modalité la plus adéquate d'entrer en relation, basée sur son sentir réflexif. Cela peut être simplement poser une question ou dire «hmm», ou prendre la forme d'une invitation à utiliser une technique thérapeutique comme le focusing ou le travail avec une chaise¹⁶. Bozarth (1997)¹⁷ avance que «les comportements qui semblent ne pas correspondre aux descriptions des attitudes [thérapeutiques de Rogers] peuvent, en fait, être des expressions d'attitudes thérapeutiques». Entrer en relation peut être verbal, non verbal (Schmid, 2001) ou un silence, chacun selon une variété de formes d'expression. Bozarth (1997)¹⁸ affirme que «les véritables réponses viennent sous une multitude de formes».

¹⁶ N.d.t.: technique utilisée en thérapie «emotion-focused», développée entre autres par Leslie Greenberg, Robert Elliott et Jeanne Watson. Une chaise peut être utilisée pour symboliser une personne envers qui le client éprouve des sentiments négatifs, ou un conflit intérieur, etc.

¹⁷ N.d.t.: Bozarth, 1997, p. 92.

¹⁸ N.d.t. Bozarth, 1997, p. 93.

Description du mode de sentir corporel-affectif et entrée en relation avec un client dans une situation clinique

Sentir en mode corporel-affectif est étroitement lié à la relation créée avec un client. Ci-dessous, la description d'un exemple qui montre comment sentir en mode corporel-affectif fait partie intégrante de la relation du thérapeute avec un client dans une séance clinique. Le processus en cinq étapes est répété encore et encore au cours d'une séance.

- 1) Le thérapeute développe une compréhension cognitive de ce que ressent le client, mais sait que ce n'est encore qu'une image grossière. Il sent que son propre corps capte autre chose que le client, comme des préoccupations personnelles ou d'autres clients avec lesquels il travaille ce jour-là, et qu'il n'est pas encore prêt à capter le vécu du client.
- 2) Il perçoit des changements dans le domaine corporel-affectif de son propre corps, mais n'est pas sûr si son ressenti corporel est vraiment l'écho des sentiments du client. Il n'a pas de mot pour décrire ce qui se passe intérieurement et son ressenti est quelque peu chaotique, avec de nombreux sentiments, pensées et imaginations émergeant. Il essaie de sentir la qualité du chaos et simultanément d'écouter le client. Puis le thérapeute en vient à sentir progressivement qu'il est en train de vivre un échange vivant avec le client, à un niveau à la fois verbal et non verbal et avec des expériences intérieures.
- 3) Il en vient à avoir une image subtile des sentiments du client et il a les mots pour les décrire. Il les communique au client. Il essaie de sentir, en observant les expressions non verbales du client, si ce qu'il communique correspond au client et amène des réactions thérapeutiques chez le client aux plans cognitif et affectif.
- 4) Il attend l'émergence d'une meilleure compréhension du client. Sur la base des réactions manifestées par le client, il capte si sa compréhension du cadre de référence intérieur du client est correcte ou s'il entre en relation avec le client de la manière la plus appropriée qui soit. S'il sent qu'il l'a mal compris, alors il se concentre davantage, écoute le client et attend qu'une autre compréhension corporelle-affective émerge.
- 5) Il sent, avec une certaine certitude, qu'il est engagé dans un processus de compréhension du client en perpétuel changement qui est en résonance avec le processus de ressenti du client. Il a le sentiment de pouvoir faire confiance à son processus corporel-affectif en tant que base pour comprendre le client.

Discussion

Qu'apporte cette étude par rapport aux connaissances précédemment publiées? La contribution de cette étude se situe à la fois sur le plan du développement théorique de la thérapie centrée sur la personne et sur le plan de suggestions pratiques quant à la manière d'être avec un client.

Développement théorique

1. Depuis que Rogers (1957) a décrit la compréhension empathique comme «sentir le monde intime du client comme si c'était le vôtre», il n'y a rien eu dans la littérature sur la manière d'atteindre une telle expérience de compréhension empathique sauf chez Cooper (2001) et Grant (2010). Alors que Cooper se concentre sur comment permettre l'émergence d'une empathie corporelle et que Grant décrit comment améliorer l'empathie en utilisant la métaphore de la lecture, je propose de sentir en mode corporel-affectif, une action intérieure permettant le développement d'une entrée en relation empathique. Bien que Cooper (2001) et moi discussions d'aspects corporels de l'empathie, je traite les aspects corporels et affectifs comme un domaine composite, tandis que Cooper traite le domaine corporel comme étant distinct du domaine affectif.

2. Il a été envisagé que la compréhension empathique et le regard positif inconditionnel (Rogers, 1957, 1959) puissent être incompatibles avec la congruence (Hendricks, 2001; Lietaer, 1984; Haugh, 2001; Rogers, 1957). Cependant, le fait que ce que sent un thérapeute en mode corporel-affectif englobe à la fois ses propres sentiments et ceux du client montre que le thérapeute est en même temps empathique et congruent. Cette étude précise comment ces deux conditions peuvent être expérimentées comme n'étant pas incompatibles, mais réalisables en même temps.

3. Il y a des preuves que l'empathie est corrélée aux résultats, même dans des thérapies moins orientées vers la relation, comme les thérapies cognitivo-comportementales (Cooper, 2008). Par conséquent, à la lecture des résultats de ces études, le lecteur peut avoir la fausse impression que le même type d'empathie est pratiqué dans des thérapies cognitivo-comportementale et centrée sur la personne. Les thérapeutes centrés sur la personne, qui n'utilisent pas des techniques de type cognitivo-comportemental, ont probablement une expérience différente sous le même concept d'empathie. Cependant, cette différence entre l'empathie centrée sur la personne et d'autres modes d'empathie n'a pas été explorée en profondeur. La

formulation du mode de sentir corporel-affectif peut être une réponse à cette question.

Suggestions pratiques

1. Ainsi que Bozarth (1997) puis Mearns & Thorne (2007) l'ont souligné, il y a une conception erronée largement répandue selon laquelle la compréhension empathique est simplement un reflet de sentiments. Cependant, la littérature ne dit rien sur la manière d'enseigner la pratique de la compréhension empathique aux débutants et aux praticiens qui ont cette conception erronée. Grant (2010)¹⁹ affirme que «la plupart des [applications de] l'approche centrée sur le client ne développent pas de moyens visant à améliorer la compréhension empathique». Bien que je ne pense pas que le sentir corporel-affectif soit la seule manière de parvenir à une compréhension empathique, il montre le travail tout en sensibilité que cela requiert. Il peut aussi contribuer à rétablir la conception erronée selon laquelle la thérapie centrée sur la personne est «naïve et trompeusement optimiste» (Mearns & Thorne, 1999)²⁰. Il peut être utilisé comme référence par tout praticien pour développer sa propre manière d'arriver à comprendre de façon empathique.

2. Dans la littérature en Approche centrée sur la personne, la question de savoir comment gérer les réactions personnelles suscitées par un client est abordée. Par exemple, Mearns & Thorne (2007)²¹ écrivent: «Lorsque nous parlons de congruence, nous nous référons à la réponse du thérapeute à l'experienting du client. Le thérapeute peut avoir de nombreux sentiments et sensations qui le traversent, mais seuls ceux qui sont une réponse au client sont propres à être communiqués». Brodley (1998)²² avance que «dans les formes de thérapies centrées sur le client, en individuel ou autres, une dérive apparaît lorsque le thérapeute fait systématiquement état de ses propres réactions envers le client, ou de pensées à son sujet et justifie cette pratique comme une manière de vivre l'attitude thérapeutique de la congruence dans la relation».

Cependant, un thérapeute en mode corporel-affectif n'est habituellement pas dérangé par ses réactions personnelles envers le client, parce que

¹⁹ N.d.t. : Grant, 2010, p. 230.

²⁰ N.d.t. : Mearns & Thorne, 1999, p. 5.

²¹ N.d.t. : Mearns & Thorne, 2007, p. 139.

²² N.d.t. : Brodley, 1998, p. 83.

ce mode requiert qu'il s'absorbe véritablement dans l'expérience du client. Ce n'est que rarement qu'émergent des sentiments en réaction personnelle au client. Et lorsque cela arrive, c'est normalement aidant, pour faire une première étape vers le cœur du sujet, créer momentanément un espace, ou encore sentir la qualité de ce ressenti personnel au cours du sentir corporel-affectif. Il se peut parfois que dire au client qu'une telle réaction personnelle existe se révèle être un moment de mouvement important. Le thérapeute qui sent de manière réflexive peut capter si s'en ouvrir au client est d'une manière ou d'une autre thérapeutique, ou si cela ne l'est pas, sachant qu'il s'agit là uniquement de son inférence.

Conclusion

Cet article suggère que sentir en mode corporel-affectif peut être compris comme une séquence d'actions intérieures vers la compréhension empathique. L'exploration future se penchera sur la manière dont il est communiqué et perçu par le client et quel effet il a sur le client.

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier Elke Lambers qui m'a apporté de nombreuses suggestions et un soutien inestimable. Je suis également reconnaissant à Haruna Sato pour son aide dans l'examen de la littérature existante.

Références

- Barrett-Lennard, G. T. (1986). The relationship inventory now: Issues and advances in theory, method and use. In L. S. Greenberg, & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 439-476). New York: Guilford Press.
- Bozarth, J. D. (1997). Empathy from the framework of client-centered theory and the Rogerian hypothesis. In A. C. Bohart, & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 81-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brodley, B. T. (1998). Congruence and its relation to communication in Client-Centered Therapy. *The Person-Centered Journal*, 5(2), pp. 59-64.
- Cooper, M. (2001). Embodied empathy. In S. Haugh, & T. Merry (Eds.), *Empathy* (pp. 218-219). Ross-on-Wye: PCCS Books.

- Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Gendlin, E. T. (1970). A short summary and some long predictions. In J. Hart & T. Tomlinson (Eds.) *New directions in client-centered therapy* (pp. 544-562). Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing* (2nd edition). New York: Bantam Books.
- Grant, B. (2010). Getting the point: Empathic understanding in nondirective client-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 9(3), pp. 220-235.
- Haugh, S. (2001). A historical review of the development of the concept of congruence in person-centred theory. In G. Wyatt (Ed.), *Congruence* (pp. 1-17). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Hendricks, M. N. (2001). An experiential version of unconditional positive regard. In J. D. Bozarth, & P. Wilkins (Eds.), *Unconditional Positive Regard* (pp. 126-144). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Lietaer, G. (1984). Unconditional positive regard: A Controversial basic attitude in client-centered therapy. In R. F. Levant, & J. M. Shlien (Eds.), *Client-Centered Therapy and Person-Centered Approach: New Directions in Theory, Research and Practice* (pp. 41-58), New York: Praeger.
- Mearns, D., & Thorne, B. (1999). *Person-centred counselling in action* (2nd edition). London: Sage.
- Mearns, D., & Thorne, B. (2007). *Person-centred counselling in action* (3rd edition) London: Sage
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 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, 3. Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), pp. 2-11.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rud, C. (2003). Empathy: The adventure of being present. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2(3), pp. 162-171.
- Schmid, P. F. (2001). Comprehension: The art of not knowing. Dialogue and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centred relationships. In S. Haugh, & T. Merry (Eds.), *Empathy* (pp. 53-71). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Watson, J. C. (2002). Re-visioning empathy. In D. J. Cain (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 445-471). Washington, DC: American Psychological Association.