

Une forme de psychothérapie non-directive islamique exposée à travers le travail d'une thérapeute musulmane dans l'État du Qatar

Aisha Al-Thani et Judy Moore

Traduction: Caroline Graap et Françoise Ducroux-Biass

Qatarienne, Aisha Al-Thani enseigne actuellement à la *Qatar University*. En 2002, elle obtint un master de l'université de Durham (Grande Bretagne) après avoir suivi une formation supérieure en pratique de counselling. En 2010, l'université d'East Anglia de Norwich (Grande Bretagne) lui conféra le titre de docteur (PhD). Elle dirige également le *Yogasha Centre for Counselling and Yoga* qu'elle a fondé à Doha en 2012. Elle est pleinement engagée dans la promotion de l'Approche centrée sur la personne.

Judy Moore a été directrice du *Centre for Counseling Studies* et de l'*University Counseling Service* de l'université d'East Anglia de Norwich, en Grande Bretagne, où elle continue à participer activement au développement de l'Approche centrée sur la personne. Elle fut également Présidente du comité d'organisation de la conférence mondiale PCE 2008. Parmi ses nombreuses activités, elle œuvre actuellement comme coordinatrice de la certification du *Focusing Institute* de New York.

Résumé

Entre 2006 et 2010, sous la supervision académique de Judy Moore, Aisha Al-Thani a examiné les effets de l'introduction d'une forme de psychothérapie non-directive sur une sélection de clients dépressifs du Hamad Medical Corporation (HMC), dans l'État du Qatar. Cet article expose la conception de la psychothérapie¹ au Moyen-Orient qui demande une sensibilité culturelle à l'enseignement de l'Islam lors de l'introduction de la pratique d'une thérapie non-directive dans cette société. Les séances de thérapie enregistrées ont été transcrites en arabe puis traduites en anglais ; les clients ont été classés selon l'Inventaire de Dépression de Beck. Les résultats de neuf cas sont énumérés et suivis d'une brève discussion sur la directivité et sur la non-directivité. Le cas de Faimah, pieuse musulmane qui répondit particulièrement bien à la thérapie non-directive est relaté plus en détail à titre d'exemple. Il est évident que le partage des références est extrêmement important pour le succès de la thérapie et que cette thérapie non-directive peut fonctionner dans une culture musulmane quand elle y est introduite par une sensibilité « initiée ».

Mots-clés: psychothérapie islamique, non-directivité, dépression, religion.

Introduction

Au cours de la dernière décennie, trois étudiants de troisième cycle du *Centre for Counselling Studies* de l'université d'East Anglia en Angleterre ont exploré la viabilité de l'introduction d'une thérapie non-directive au Moyen-Orient: Dekheel Al-Bahad en Arabie saoudite, Aisha Al-Thani au Qatar et Justin Hett en Syrie. Depuis dix ans, Dekheel Al-Bahadel a essayé d'introduire ces principes en Arabie saoudite à l'attention des femmes et des familles autant que de les promouvoir dans les milieux scolaires. Justin Hett a plus récemment proposé les principes de la thérapie centrée sur la personne en Syrie; son travail sera publié en temps voulu. Des thèmes communs émergent du travail de ces trois auteurs. Toutefois, cet article est spécifiquement centré sur le travail d'Aisha Al-Thani.

De confession musulmane sunnite, Aisha Al-Thani a proposé la thérapie centrée sur la personne non-directive à un groupe de clients exclusivement musulmans dans un État où l'Islam est la religion officielle et la charia (loi islamique) la source principale de la législation. Les enregistrements des séances de thérapie ont été traduits de l'arabe en anglais et mettent clairement en évidence comment une forme de thérapie non-directive a été pratiquée dans une culture musulmane particulière, et quels types de modifications ont été nécessaires pour la rendre acceptable par certains clients et dès lors fructueuse².

Le besoin de soutien psychologique au Moyen-Orient s'est accru ces dernières années avec les nombreux changements sociétaux consécutifs à la découverte de vastes réserves de pétrole dans les années 1940. Au Qatar, comme ailleurs dans la région, l'accroissement des richesses a entraîné des changements dans les structures familiales : de nos jours, davantage de femmes sont susceptibles de travailler hors du foyer ; il y eut un afflux de travailleurs étrangers et les influences occidentales, en particulier des États-Unis, ont imprégné la culture. En partie en réponse à l'augmentation du stress et de la confusion consécutives aux rapides transformations de la société, il faut noter un autre changement à la suite de la création de services d'aide psychologique, notamment de l'hôpital psychiatrique de la société médicale Hamad (Hamad Medical Corporation – HMC), fondée en 1979 et où l'étude d'Aisha Al-Thani a eu lieu.

La thérapie islamique

Depuis les années 1970, peu d'approches thérapeutiques ont été introduites dans les cultures arabo-islamiques reposant sur le Coran et les enseignements du prophète Mahomet (PSAL). Khalili, Murken, Reich, Shah et Vahabzadeh (2001) affirment que :

L'approche psychothérapeutique islamique met l'accent sur les aspects biologique, social et spirituel des individus [...] La psychothérapie islamique est réflexive, directive et essentiellement de soutien. Elle insiste sur les valeurs religieuses et culturelles [...] elle souligne les effets importants et bénéfiques des liens familiaux et

² N.d.t.: il convient de noter que, dans une culture musulmane, l'observance de la charia prévaut sur la notion de personne et est préalable à tout mode de thérapie. Dans ce contexte, la référence à Mahomet est suivie de l'invocation PSAL (« Paix et Salut sur lui ») et la référence à Allah est suivie de l'invocation SWT (acronyme de Subhanahu Wa Ta'ala signifiant « Le Saint, le Très Haut »).

sociaux contre l'individualisme à tout prix et contre les préoccupations égoïstes.

Inayat (2001) insiste sur l'importance que soient appliquées les valeurs et traditions musulmanes ensemble avec le Saint Coran et les enseignements du Prophète (PSAL). Badri (2007) remarque à quel point la psychologie cognitive et d'autres interventions psychothérapeutiques modernes rappellent l'enseignement islamique initial, et qu'en fait les thérapies occidentales offrent peu de nouveauté pour les musulmans. Néanmoins, Abdullah (2008) soutient que la thérapie islamique demande à être développée afin de répondre aux besoins de soutien religieux et spirituel des individus.

Avant l'étude d'Aisha Al-Thani (Al-Thani, 2010), les professionnels de santé mentale au Qatar considéraient généralement que la majorité des clients cherchait de l'aide dans l'espoir de trouver une approche directive pour résoudre leur problème. Une personne interrogée dans le cadre de l'étude exprime cela dans les termes suivants :

Le client désire... que le thérapeute lui donne des idées pour résoudre son problème... Il veut que vous l'aidiez à trouver les mots qui l'aident à penser et trouver une solution ou une idée concrète. Le client veut tout, rapidement. Le fait d'arriver à la solution le détend et il sent que le thérapeute l'a aidé à résoudre son problème. (Al-Thani, 2010.)²

Un psychologue, interviewé dans le cadre de l'étude, décrit sa propre expérience du travail avec des personnes qui ont des difficultés psychologiques :

De par l'expérience de mes nombreuses années d'observation, je trouve difficile de convaincre les gens de prendre un rôle plus mutuel et moteur dans la thérapie. Cela provient du fait que les gens pensent que les médecins [et les professionnels de santé] ont une solution et que, dans leur domaine, ils savent tout. Ainsi les clients s'attendent à recevoir des conseils de leur part.³

L'autorité dont sont dotés les médecins et les professionnels de santé est le reflet de l'autorité détenue par le clerc musulman, l'iman, dont le rôle est de guider et diriger les musulmans en leur enseignant le Coran et en leur montrant comment l'appliquer à leur vie de tous les jours. Moracco,

² Al-Thani, 2010, p. 36.

³ Al-Thani, 2010, p. 37.

une des premières voix à s'être exprimée sur la thérapie au Moyen-Orient, est très clair sur l'inadéquation de la non-directivité dans ce contexte :

Reconnaissant que le natif du Moyen-Orient est le produit d'une société autoritaire, les approches de thérapie qui reposent sur des conceptions de thérapie telles qu'une approche strictement non-directive pourraient ne pas être appropriées⁴ (1978).

Étant donné cette position, il n'est pas surprenant que la thérapie cognitive et comportementale (TCC) soit la forme de thérapie la plus populaire au Moyen-Orient et qu'elle soit largement considérée comme étant l'intervention thérapeutique la plus compatible avec l'Islam. La thérapie islamique est caractérisée par l'intégration de l'enseignement islamique aux sessions de thérapie et, en raison de sa compatibilité avec la TCC, elle a traditionnellement connu un biais cognitif. L'étude initiale d'Al-Bahadel (2004) privilégiait la TCC comme thérapie de choix pour l'Arabie Saoudite et, bien que plus récemment il en vint à apprécier le potentiel d'autres approches thérapeutiques moins directives, dans le milieu de l'éducation en particulier, la vaste popularité de la TCC fait sens en termes islamiques. En touchant à un ensemble de cognitions et de comportements, la TCC est utile au soutien des clients musulmans encouragés par leur foi à changer leurs pensées et leurs comportements indésirables. Elle ne se préoccupe pas de changer le système de croyance du client ou son sens de soi intrinsèque. Le rôle du thérapeute repose sur la directivité et les conseils, les devoirs faisant partie du traitement, et un thérapeute cognitivo-comportementaliste musulman pourrait même demander à son client de prier et de faire chez lui des exercices physiques ou mentaux en lien avec ses problèmes.

Le dilemme d'Aisha Al-Thani dans ses efforts pour introduire dans son Qatar natal la thérapie centrée sur la personne non-directive était de savoir comment faire pour que ses clients prennent leur pouvoir personnel sans mettre en question leur culture, une culture dans laquelle l'«expert» est généralement vu à l'extérieur du soi. À cet égard, son statut d'«initiée» lui offrit la compréhension culturelle qui lui permit de découvrir une forme de thérapie non-directive convenant autant à ses clients qu'à elle-même.

⁴ Moracco, 1978, p. 207.

⁵ N.d.t. : *experiencing* signifie littéralement être en train de faire une expérience intime. Rogers l'explique ainsi : «lorsque, dans une relation thérapeutique, un individu fait l'expérience complète et sans réticence de la prise de conscience d'un sentiment jusqu'ici refoulé, non seulement il perçoit un changement psychologique mais, un nouvel état de compréhension s'étant formé, il ressent également un changement physiologique concomitant» Rogers 1980, *A Way*

Son travail exigeait qu'elle incorporât l'enseignement islamique à la thérapie, mais de telle manière que le client puisse également accéder à un *experiencing*⁵ intérieur lui permettant de trouver le meilleur chemin possible pour lui.

Thérapie non-directive islamique

En vérité, Allah ne modifie pas la condition d'un peuple tant que les individus ne la modifient pas eux-mêmes (Le Saint Coran)⁶.

Aisha Al-Thani a terminé sa formation en Approche centrée sur la personne à l'université de Durham en 2002. Grâce à cette formation elle a développé une compréhension et une connaissance du potentiel de l'Approche centrée sur la personne afin d'aider ses clients au-delà de la culture occidentale dans laquelle elle s'est formée. Son but, en tant que thérapeute bénévole à l'hôpital psychiatrique du Hamad Medical Corporation (HMC) au Qatar où elle travailla plusieurs années, fut d'aider par la thérapie centrée sur la personne ceux des clients qui désiraient être écoutés et compris, et qui pouvaient apprendre à devenir plus responsables de leur vie. Elle savait que cette forme de thérapie fonctionnerait si les clients étaient capables de faire des progrès sans dépendre du thérapeute. Entre 2006 et 2010, elle entreprit un examen approfondi de sa forme de thérapie non-directive particulière. Une version complète de cette recherche se trouve dans sa thèse de doctorat qu'elle soutint avec succès à l'université d'East Anglia en 2010.

Très versée en enseignement islamique, Aisha Al-Thani a été capable de dépasser une conception autoritaire du rôle de l'aidant sans perdre le sens de ce qui est requis par sa religion. Elle croit que dans le Saint Coran il y a assez de signes pour la soutenir dans un travail qui donne aux clients la capacité de prendre davantage conscience d'eux-mêmes et d'auto-diriger leur vie. Elle suit les méthodes du Prophète Mahomet (PSAL) dans son travail avec les individus et intègre ses enseignements dans sa proposition des conditions thérapeutiques de l'Approche centrée sur la personne. Selon sa conviction fondamentale, la relation d'aide doit reposer sur les valeurs de l'Islam *et* sur les principes non-directifs.

of being, Constable, p. 132, In Tudor & Merry, Dictionary of Person-Centred Psychology, Ross-on-Wye, PCCS Books. (Trad.: F. Ducroux-Biass). S'agissant d'un processus, «*experiencing*» est sémantiquement intraduisible en français.

⁶ N.d.t.: Le Saint Coran, 11:13.

Comprendre que «Le Coran est la seule vérité» (Johansen, 2005)⁷ et que les principes et la pratique de la charia doivent être respectés, c'est ce qu'Al-Thani apporte à ses clients musulmans et qui est central à son travail. Inévitablement, cela impose des contraintes aux questions qui peuvent être librement abordées dans la relation thérapeutique. L'homosexualité est, par exemple, *haram* (interdite) par la loi de la *Charia*. Dès lors elle ne peut être explorée librement sans que le thérapeute ne soit dans l'obligation de faire remarquer que s'adonner à cette inclination au travers d'une conduite homosexuelle active est *haram*. Il est évident qu'une contrainte similaire touche également l'exigence islamique du respect envers les parents selon laquelle des sentiments négatifs à l'encontre des parents ne devraient pas être encouragés, quelque maltraitants puissent-ils avoir été. Dans la mesure où le client aborderait certains sujets, le thérapeute lui rappellera que dans l'enseignement de l'Islam les actes qu'il s'apprête à poser sont *haram* ou simplement contraires à sa religion.

Pour fonctionner dans la culture musulmane, telle que celle de l'État du Qatar, la non-directivité a besoin d'un tissu de règles et de conventions sociales au-delà de tout défi. Ce sont des «évidences» au sein d'un cadre de compréhension commune. Les termes «réalisation de soi» et «prise de conscience de soi» peuvent être mal compris lorsque les besoins et décisions de l'individu reposent sur les besoins de la société tout entière (Badri, 2007). Néanmoins, le développement de soi en trois étapes (*Nafs*) est fondamental dans l'enseignement islamique. Le mot «soi» est mentionné dans 259 versets du Coran et fait référence à la partie consciente de nous-mêmes que nous devons développer aussi bien que possible au cours de notre vie. Elle comprend l'«âme», cette partie de nous qui nous donne vie, mentionnée dans 22 versets; l'«esprit» (notre fonction de penser) dans 49 versets, et le «cœur» dans 132 versets (Mansour & Abo Abah, 1996, cités dans Al-Malki, 2002)⁸. Le thérapeute islamique accompagnera son client dans sa prise de conscience des trois étapes du soi, conscient que la troisième étape («l'Âme Satisfaite», *Nafs al Mutmainnah*) est pour tous les musulmans le point de développement désirable. La lutte avec le soi est perçue comme le plus grand *jihad* (lutte) car les individus doivent se battre contre leurs propres désirs pour atteindre l'état le plus élevé. Alors que, dans le contexte musulman avant Al-Thani, aucun écrit relatif à la thérapie islamique ne préconisait la thérapie centrée sur la personne,

⁷ N.d.t.: Johansen, 2005, p. 182.

⁸ N.d.t.: Mansour & Abo Abah, 1996, cités dans Al-Malki, 2002, p. 18.

la valeur de l'empathie était reconnue par des auteurs comme Chaleby et Racy (1999)⁹ et le désir que le thérapeute soit chaleureux envers son client largement accepté (voir Badri, 2007), selon le style de l'enseignement du Prophète Mahomet (PSAL).

Dans le cadre puissant et clair de l'Islam, il y a une compréhension partagée du potentiel de tous les êtres humains et un sens profond de l'amour d'Allah (SWT) pour tous. En outre, le thérapeute a la possibilité d'emprunter certains aspects des méthodes d'enseignement du Prophète (PSAL): communication claire avec l'autre personne, sourire pour mettre l'autre à l'aise et attention portée à la communication verbale et non verbale.

Toutefois, toute thérapeute non-directive musulmane qu'elle soit, Al-Thani suivra l'exemple d'autres thérapeutes musulmans plus directifs et citera à ses clients des versets du Coran si c'est approprié. Par exemple:

Allah n'impose à aucune âme un fardeau plus lourd qu'elle ne peut porter. Elle sera récompensée du bien qu'elle aura fait, punie du mal qu'elle aura fait (Le Saint Coran)¹⁰.

Si vous faites le bien, vous le faites à vous-mêmes; et si vous faites le mal, vous le faites à vous [aussi] (Le Saint Coran)¹¹.

Une partie de sa méthode implique aussi l'introduction de la prière formelle musulmane, *Salat*, et le rappel des noms d'Allah (SWT) dont le but, selon Al-Thani, est de «maintenir une relation avec Allah... méthode employée pour réduire le stress, les craintes et les peurs» (Al-Thani, 2010)¹². Il est aussi conseillé au musulman de développer le pardon (envers soi et envers les autres) et de contrôler sa colère:

Le fort n'est pas celui qui gagne par la force; plutôt celui qui se contrôle dans la colère (*Al-Jumu'ah*¹³, 2006).

Prends garde à la colère, car c'est un charbon ardent sur le cœur du fils d'Adam (*Al-Jumu'ah*¹⁴, 2006).

En résumé, la thérapie islamique non-directive peut être considérée comme la combinaison de l'enseignement islamique et de la répétition de

⁹ N.d.t.: Chaleby et Racy, 1999, p. 135.

¹⁰ N.d.t.: Le Saint Coran, 2:286.

¹¹ N.d.t.: Ibid. 17:7.

¹² N.d.t.: Al-Thani, 2010, p. 52.

¹³ N.d.t.: Al-Jumu'ah. (2006). Avoiding Anger (<http://www.islamweb.net/en/article/134198/>).

¹⁴ N.d.t.: Ibid.

la compréhension islamique partagée au sein d'une relation centrée sur la personne acceptante et empathique. Dans cette relation, la confiance est placée non seulement en Allah (SWT) et le thérapeute, mais aussi dans la capacité intrinsèque du client à réfléchir sur soi et à être plus responsable de sa vie et de ses choix. Le thérapeute et le client sont tous les deux «liés» par leur foi, et le processus thérapeutique peut progresser à l'intérieur de cet espace commun et sûr, tous les deux savent que, dans l'enseignement islamique, il est un devoir de prendre soin de soi en aimant et en respectant cet espace, en plaçant Allah (SWT) d'abord, les autres ensuite, et en apprenant de l'expérience (Al-Qarnee, 2002; Al-Rashidi, 1995). En même temps, thérapeute et client savent tous deux que certains comportements sont interdits, que les parents doivent être respectés, que le pardon doit être développé et la colère contrôlée. C'est dans ce contexte que le client est accepté comme autorité de son propre *experiencing* et encouragé à trouver son propre chemin.

Esquisse du projet de recherche

Les deux phases de la recherche (une étude pilote en 2006 et une autre étude en 2007) ont eu lieu à l'Hôpital psychiatrique du Hamad Medical Corporation (HMC), qui a délivré l'autorisation éthique pour le projet. Le groupe de référence de clients pour le projet était constitué de personnes ayant été diagnostiquées comme souffrant de dépression et considérées comme suffisamment évoluées pour pouvoir bénéficier d'une intervention thérapeutique. Tous les clients avaient été au préalable référés à l'hôpital par un psychologue. Dans l'étude pilote, deux hommes et deux femmes ont suivi huit séances de thérapie centrée sur la personne; de l'étude de 2007, il ressort que trois femmes et deux hommes ont bénéficié d'autant de séances que le thérapeute et le client ont estimé nécessaires; toutefois, dans la pratique, un seul client n'a pas suivi plus de 14 séances. Dans les deux phases de la recherche, les clients étaient âgés de 25 à 51 ans.

Il fut précisé aux participants qu'il leur était proposé un nouveau type d'intervention thérapeutique, une thérapie non-directive conduite par une thérapeute qualifiée, elle-même également impliquée dans un projet de recherche. Avec leur consentement, les clients ont également donné leur accord à l'enregistrement vidéo et la retranscription des séances. Les participants ont été informés qu'ils pouvaient à tout moment se retirer du projet de recherche sans que leur thérapie n'en soit affectée.

Des changements importants sont intervenus entre l'étude pilote et la recherche de 2007. En 2006, aucun lieu spécifique n'avait été affecté aux séances de thérapie et souvent thérapeute et client ne savaient quelle salle ils pourraient occuper et devaient fréquemment en changer à la dernière minute. En 2007, la thérapeute demanda, ce qui lui fut accordé, que dans l'hôpital une pièce soit réservée à la thérapie, pièce qu'elle a pu personnaliser avec des plantes et des coussins et ainsi créer un espace agréable pour la thérapie. En 2006, la thérapeute-chercheuse avait conduit elle-même les entretiens d'évaluation, mais en 2007, c'est le psychologue responsable de l'admission des participants qui conduisit les entretiens d'évaluation afin d'éviter que les participants ne se sentent obligés d'exprimer une réaction positive à l'encontre de leur thérapeute. Il a aussi été décidé que, dans la deuxième phase, il n'y aurait pas de nombre limité de séances de thérapie puisque l'étude pilote avait clairement indiqué que certains clients auraient gagné à pouvoir bénéficier de séances supplémentaires.

Toutes les séances de thérapie ont été enregistrées, retranscrites en arabe, puis traduites en anglais. La majorité des participants a rempli l'Inventaire de Dépression de Beck (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996) au début et à la fin de la thérapie. Le BDI-II est communément employé au HMC pour évaluer les niveaux de dépression, c'est la raison pour laquelle il a été considéré comme l'outil de mesure quantitative le plus approprié. Il contient 21 questions, toutes évaluées de 0 à 3. Les résultats sont classés de la manière suivante: 0-13: dépression mineure; 14-19: dépression légère; 20-28: dépression modérée et 29-63: dépression sévère.

Les résultats du BDI et des fiches d'auto-évaluation de l'étude pilote ont tous les deux montré peu de changement pour chaque client même si pour Yassir, Maha et Amer notamment, l'analyse qualitative des séances de thérapie a mis en évidence une progression significative en termes de compréhension de soi et d'introspection. Le score élevé d'Amer à la fin des entretiens était directement lié à des contrariétés au travail, évoquées lors de l'entretien d'évaluation lorsqu'il dit «quand vous m'avez vu lors de la dernière séance j'étais vraiment inquiet, je n'étais pas complètement avec vous». Il semble évident qu'il aurait poursuivi sa thérapie avec des séances supplémentaires si elles lui avaient été proposées.

Des changements cliniques significatifs ont été notés chez Maha et Faimah, deux des cinq clients de l'étude de 2007. Faha avait choisi plus d'une réponse pour chacune des questions du questionnaire d'admission; un score pour le début de la thérapie n'a donc pu être calculé. Hassan n'a participé qu'à trois séances de thérapie et n'a pas rempli de questionnaire.

Très peu de changements ont été observés chez Hasnah. Le cas de Faimah, dont les scores au BDI font état du plus grand changement positif, sera examiné plus en détail dans la partie Exemple de cas.

Brefs commentaires sur quatre des situations

Tableau 1. Scores de l'Inventaire de Dépression de Beck

	Participant	Age	Avant la thérapie	Niveau de dépression	Après la thérapie	Niveau de dépression	N séances
Étude pilote	Yassir	51	8	Faible	2	Faible	8
	Kawther	50	7	Faible	6	Faible	8
	Maha	34	33	Sévère	29	Sévère	8
	Amer	33	37	Sévère	38	Sévère	8
Étude de 2007	Maha	50	25	Modéré	11	Faible	9
	Faha	42	–	–	4	Faible	11
2007	Faimah	42	39	Sévère	19	Moyen	14
	Hasnah	25	56	Sévère	52	Sévère	9
	Hassan	34	–	–	–	–	3

Maha a participé de manière régulière à neuf séances de thérapie en tout. Elle avait souffert de dépression durant plus de 20 ans. Sa préoccupation principale portait sur la relation avec la deuxième épouse de son mari, avec laquelle elle devait partager la maison où les deux familles vivaient. Grâce à la thérapie, Maha parvint à améliorer sa relation avec son mari et à se sentir mieux, bien que la situation en elle-même restât fondamentalement inchangée. De façon très émouvante, au cours de l'entretien d'évaluation, Maha a résumé les bénéfices des séances en ces termes :

[Aisha] m'a aidée à exprimer ce que je ressens, à exprimer ce qui est caché dans mon cœur. Il y a eu un énorme changement entre notre première rencontre et la dernière (*entretien d'évaluation 1*).

L'alliance thérapeutique était forte et il est évident que le partage de la connaissance de la culture avec la thérapeute fut extrêmement important et permit à la cliente de se sentir acceptée dans l'impasse de sa situation familiale. Libre d'exprimer son ressenti au sujet de son mari dans une atmosphère de non-jugement – y compris le fait que la possibilité de quitter son mari n'était simplement pas une option – lui permit d'évoluer vers une meilleure acceptation de soi et de passer d'une dépression «modérée» à «légère».

Faha a participé à 11 séances. Veuf, remarié, il était malheureux dans son mariage. Il avait souvent l'impression que les autres profitaient de lui,

mais au cours de la thérapie, il parvint à considérer ses propres besoins et ceux des autres. Étonnamment, comme Maha, il avait été dépressif pendant plus de 20 ans et, comme pour Maha, le simple fait d'avoir l'espace d'exprimer ce qui se passait vraiment en lui fut extrêmement important: «Ce dont j'avais besoin c'était de parler de mon problème que j'ai caché pendant 25 ans» (*entretien d'évaluation 1*). Il parle de l'importance de la «sécurité» qu'il a trouvée dans la relation thérapeutique, une sécurité qui lui permet de «se comprendre mieux» (*séance 2*). Quant à la compréhension de la thérapeute, il dit: «Je sens que quand je parle, elle me comprend exactement» (*séance 11*). D'après les enregistrements vidéo, à la fin des séances, il paraissait évident qu'«il n'était pas tendu et qu'il se sentait calme en exprimant ses sentiments» (Al-Thani, 2010)¹⁵.

Hasnah, au contraire, a porté son *niqab* (voile) pendant les séances et la thérapeute ne pouvait que voir ses yeux malheureux, pleins de tristesse et de souffrance. Elle avait 25 ans à l'époque. Ses problèmes étaient accablants. Elle venait irrégulièrement aux séances, même si en tout elle fut présente à neuf séances. Elle vivait avec la famille de son oncle, et son oncle, qui aurait dû être son protecteur, avait abusé sexuellement d'elle entre ses 9 ans et ses 24 ans. Elle ne pouvait pas parler de cela en dehors des séances de thérapie car elle craignait que personne ne la crût. De plus, elle était toujours dépendante de son oncle et vivait chez lui. Elle était attirée par d'autres filles et femmes et cela était très problématique puisque l'homosexualité féminine est interdite dans sa culture. Bien qu'elle ait été capable de parler de ces problèmes au sein de la relation thérapeutique, son niveau de découragement et de désespoir est resté fondamentalement inchangé, ce qui n'est guère étonnant compte tenu de sa longue histoire d'abus, d'absence d'amour de la part de son entourage et de l'intolérance de sa culture vis-à-vis de son orientation sexuelle. Dans les entretiens d'évaluation, elle dit qu'elle aurait aimé davantage de direction de la part de la thérapeute:

Sa façon [d'Aïsha] est entre toi et toi-même. Cela signifie: si tu veux faire quelque chose, fais-le; si tu ne veux pas, ne le fais pas. Elle ne te dit pas, mais parfois une personne peut être fatiguée et ne pense pas: elle doit lui montrer le chemin (*entretien d'évaluation 1*).

Hassan est un cas particulièrement intéressant au regard de la non-directivité. Il n'est venu qu'à trois séances et a tout d'abord considéré la

¹⁵ N.d.t.: Al-Thani, 2010, p. 137.

thérapie comme vaine. Il voulait résoudre des problèmes qu'il avait avec son ex-femme et sa famille, et exprimait aussi que le soutien de son père, récemment retourné dans son pays d'origine, lui manquait. Le soutien de son père, cependant, l'avait en définitive privé de tout pouvoir personnel: «Si j'avais un problème, il ne me donnait pas la chance de réfléchir à comment le résoudre» (*séance 2*). Bien qu'Hassan ait été en mesure de partager ses pensées et sentiments avec la thérapeute, il était critique envers ses manières de travailler: «J'ai l'impression qu'elle parle indirectement. Elle pourrait vous donner des idées, mais je dois parler continuellement» (*entretien d'évaluation 1*). Pourtant, paradoxalement, il a exprimé lors de sa deuxième séance d'évaluation (quelques mois après la première séance de thérapie) ce qui pourrait être considéré comme un bel hommage à la thérapie non-directive:

J'ai travaillé dur sur moi-même. J'ai observé à l'intérieur de moi que quelqu'un m'avait aidé à éclaircir des choses dans ma vie, alors j'ai essayé de travailler sur moi, puis je me suis enfin trouvé (*entretien d'évaluation 2*).

Exemple de cas: Faimah

Cet exemple de cas montre davantage les nuances de la thérapie non-directive islamique dans le contexte d'une forte alliance thérapeutique.

Lors de sa première séance de thérapie, Faimah, femme mariée à la fin de la trentaine, mère de cinq enfants, était confuse et accablée, et ne savait pas par où commencer. Comme Faha et Maha cités précédemment, elle avait été dépressive pendant plusieurs années et se serait suicidée si cela n'avait pas été contre sa religion.

Elle se voyait comme une personne religieuse qui voulait vivre en paix avec elle-même et les autres. Elle voulait trouver un moyen d'améliorer sa relation avec son mari; toujours occupé, il n'exprimait jamais les sentiments qu'il avait pour elle. Elle le tenait pour responsable du handicap de son frère sérieusement blessé dans un accident de voiture alors qu'il conduisait. Son père, homme profondément religieux qui l'avait beaucoup aimée, était décédé et lui manquait beaucoup. Elle idéalisait son enfance, période où sa famille était heureuse. Depuis la mort de son père à la fin de son adolescence, sa mère et ses sœurs cadettes étaient devenues dépendantes d'elle et leurs demandes étaient considérables. Sa dépression s'était aggravée depuis l'accident et la perte de son frère en tant que personne sur laquelle le reste

de la famille pouvait s'appuyer. Elle se sentait coupable de son incapacité à répondre aux attentes de ses enfants mais ne pouvait s'en empêcher :

Je sens que je ne suis pas juste avec eux... Je les ai totalement délaissés. La seule chose que je parviens à faire pour eux, c'est la cuisine. Ils viennent vers moi, recherchent de l'amour mais je n'ai pas ce sentiment pour eux... Je n'ai plus de sentiments pour quoi que ce soit... J'ai l'impression qu'il y a une pierre à l'intérieur de moi (*séance 1*).

La thérapeute a écouté attentivement les nombreux fils de son histoire et a encouragé Faimah à regarder ce qui se passait en elle.

À la deuxième séance, Faimah expliqua qu'elle avait passé toute la semaine, depuis la première séance, en quête d'elle-même :

Où est Faimah dans tout cela? Toute la semaine j'ai été là à réfléchir... Où suis-je? J'ai découvert que je m'étais oubliée (*séance 2*).

Faimah voulait que son mari l'aide à se trouver elle-même, mais lui voulait qu'elle se centre sur ses devoirs religieux et qu'elle demande l'aide d'Allah (SWT) directement plutôt que de lui demander à lui ou encore de rechercher l'aide de professionnels. Progressivement, Faimah en est venue à accepter le rôle aidant de la thérapeute, et, à ce niveau, le fait que la thérapeute partage sa dimension religieuse est important :

Faimah: ...J'ai l'impression que sans aide je serais dans une boucle de négativité... J'ai besoin de quelqu'un pour m'éclairer et m'aider.
Thérapeute: Par la volonté d'Allah (SWT)... nous serons ensemble par la volonté d'Allah (SWT)... Je crois que chacun doit d'abord commencer par soi-même (*séance 4*).

Dans ce contexte, la thérapeute ne fait pas qu'écouter ce qui est dit, mais elle renforce activement l'enseignement islamique selon lequel chacun doit prendre soin de soi d'abord et se soucier des autres *ensuite*. Faimah a commencé à explorer les raisons de certaines de ses peurs et de sa dépression. Son état de conscience psychologique l'a sans doute aidée à se regarder avec plus d'objectivité et de clarté, la préoccupation principale de la thérapeute étant de l'encourager à l'autoréflexion. Faimah s'est sentie coupable de ne pas s'être occupée convenablement de son premier bébé, mais elle a expliqué que maintenant elle essayait de prêter plus d'attention à sa fille (jeune adolescente à l'époque). La thérapeute écoute sans juger et lui reflète simplement ce changement en elle.

Faimah s'est rendue à sa septième séance immédiatement à sa sortie d'hôpital après une fausse couche. Elle s'est aperçue que maintenant elle pouvait pleurer et qu'elle était plus bienveillante envers elle-même :

J'ai l'impression d'avoir changé dans mes séances avec vous... J'ai commencé à sentir que je suis à nouveau Faimah... Je suis la vieille Faimah qui m'a manqué pendant longtemps... Je sais ce dont j'ai besoin et ce dont je n'ai pas besoin. J'ai commencé à sentir que Faimah est surchargée... Je suis plus compréhensive avec elle maintenant. J'ai commencé à me rendre compte de ses besoins (*séance 7*).

À la séance suivante, l'humeur de Faimah avait chuté à nouveau et elle était devenue plus confuse. De manière intéressante, la thérapeute fait preuve de compréhension empathique envers ce qui est exprimé et en même temps renforce l'enseignement islamique, encourageant la cliente à être plus positive :

Cliente: J'ai peur qu'en étant heureuse je doive rapidement devenir malheureuse... J'ai commencé à m'adapter, à aller mieux. Je suis devenue sage et me suis améliorée... J'ai commencé à rire... Je me suis vue en train de rire avec mes enfants et de parler à mon mari. J'ai commencé à rire avec lui... Qu'Allah (SWT) soit glorifié... Je sais que tout arrive par la volonté d'Allah (SWT), alors pourquoi suis-je incapable d'accepter la situation? (Soupirs.)

Thérapeute: Je peux imaginer que toutes vos expériences passées ont provoqué tellement de souffrances en vous que vous vivez avec des pensées tristes, mais je remarque une différence cette fois-ci... entre cette séance et la première... vous savez qu'il y a beaucoup de choses qui ne sont pas entre les mains de Faimah... Qu'Allah (SWT) soit glorifié... c'est bien que vous vous en remettiez à Allah (SWT) (*séance 8*).

Au cours de la dixième séance, alors qu'elle reconnaissait qu'elle devait accepter son passé et être prête à aller de l'avant, Faimah a soudainement demandé à être dirigée. La thérapeute lui a fait remarquer: «notre objectif, dans cette thérapie, est que Faimah essaie de trouver les solutions par elle-même»; mais elle a aussi dit «je serai à côté de vous, je ferai attention, j'essaierai de vous aider». Faimah lui a alors demandé: «S'il vous plaît faites-le plus directement.» La thérapeute de répondre :

Par la volonté d'Allah (SWT) je vais essayer d'utiliser une méthode non-directive et Faimah trouvera elle-même la solution... et si j'ai

l'impression que vous avez vraiment besoin d'une manière plus directive, je vous référerai à un autre expert.

C'est un moment de la thérapie très intéressant. La cliente n'a aucun doute sur le fait qu'elle désire continuer avec cette forme d'aide particulière, même si ce qu'elle doit faire ne lui est pas dit directement. À ce stade l'alliance thérapeutique est très forte. Dans l'expression de ses pensées et de ses sentiments, il ne fait aucun doute que la thérapeute écoute et répond de manière empathique et acceptante. Pourtant, la thérapeute rappellera fréquemment l'enseignement islamique à la cliente lorsqu'apparaît un conflit entre ses propres désirs et ce qui est exigé par l'Islam, par exemple entre son souhait d'être mieux soutenue par son mari et son devoir de lui obéir, ou entre son souhait que sa mère soit moins en demande à son égard et son sens du devoir en tant que fille. Faimah l'a exprimé ainsi :

Le cadre de la religion devrait déterminer ma relation avec ma mère... ce qui est attendu de moi ? L'Islam déterminera ma relation avec mon frère et ma sœur, et même avec mon mari (*séance 11*).

Pour le lecteur non islamique des retranscriptions des séances de thérapie, la thérapeute semble parfois exprimer une compréhension excessive à l'égard du mari au détriment de manifestations d'empathie pour sa cliente. Néanmoins, dans le contexte plus large de l'enseignement islamique, il est certain que son empathie se manifeste pour Faimah en tant que personne *et* en tant que musulmane. De ce point de vue, l'empathie s'étend à la relation conjugale tout entière et il est admis que certaines contraintes s'exercent à l'intérieur de cette relation et dans toute la structure familiale. Par exemple, Faimah est préparée à accepter que son mari puisse prendre une seconde épouse si leur relation ne s'améliore pas et si elle ne peut satisfaire ses besoins :

J'aimerais bien qu'il m'accepte comme je suis, comme je l'accepte lui [sourire]. Je lui ai dit : «tu peux épouser quelqu'un d'autre, mais à condition que ma vie n'en soit pas affectée» (*séance 13*).

Il est toutefois possible pour Faimah de se retrouver dans cette situation et dans les difficultés de certaines relations familiales. Elle découvre sa nature plus «douce» qui s'était perdue pendant les années où elle était la personne «forte» s'occupant de sa mère et de ses sœurs, et plus récemment de son frère handicapé. Elle redécouvre son amour de la lecture et de la poésie et aussi sa relation avec ses enfants. Elle «se trouve» lorsqu'elle est seule ou

avec deux de ses enfants dont elle est particulièrement proche. Dans une affirmation très importante au sujet de sa fille aînée (la fille à laquelle elle ne parvenait pas être sensible lorsqu'elle est née), elle indique qu'elle a trouvé en elle l'amour qu'elle n'a pas reçu de sa mère :

Elle compense pour... l'amour qui me manque de ma mère [devient silencieuse] qui est comme ces femmes qui ne s'intéressent pas à connaître vraiment et profondément leur fille (*séance 13*).

Durant la même séance, elle reconnaît qu'elle a trouvé chez la thérapeute un niveau d'écoute et de compréhension qu'elle aurait souhaité trouver chez son mari.

Au cours de la dernière séance de thérapie (*séance 14*), Faimah reconnaît que sa dépression s'est dissipée et que la thérapie l'a aidée à faire la différence entre les nombreux problèmes qui lui pesaient depuis longtemps et à les gérer :

Je vivais dans l'obscurité... Pendant que j'étais dans cette crise je ne savais pas où j'étais ni où j'allais ni ce que je ressentais, j'étais perplexe; j'avais l'impression qu'il y avait tant de choses qui m'arrivaient et me pesaient sur la poitrine... Il fallait que je sorte de ce cercle vicieux. Qu'Allah vous bénisse de m'avoir aidée (*séance 14*).

S'ensuit un échange très intéressant entre thérapeute et cliente où l'amour d'Allah (SWT) est reconnu comme étant une partie importante du cadre de vie de la cliente et son soutien.

Cliente: Allah me réconfortera... Il nous crée, Il est le plus miséricordieux, Il est plus miséricordieux que nos mères.

Thérapeute: Allah est parfait: il n'y a rien comme Lui... Peut-être que l'amour que nous ne trouvons pas dans nos relations avec les gens, Allah nous le procure en nous aimant et en prenant soin de nous.

Dans ce contexte, il est clair que la confiance en Allah (SWT) et le cadre des séances ont permis à Faimah de commencer à s'adoucir intérieurement, à pleurer à nouveau et à ressentir de l'amour pour elle-même comme pour ceux qui l'entourent. Elle a même commencé à emprunter quelque chose de la méthode non-directive dans sa manière d'aborder son mari :

Quand nous abordions un problème, et que nous nous disputions, je ne me sentais pas bien; mais maintenant je me calme, et je le laisse

dire et le laisse répondre lui-même [rires]... c'est sa nature, et je l'accepte (*séance 14*).

La séance prend fin avec un bref échange qui résume comment la thérapie a fonctionné dans ce contexte :

Cliente: Vous avez dit qu'il n'était pas nécessaire de changer ce qui nous entoure, mais que nous devons nous changer nous-mêmes.

Thérapeute: Le changement de Faimah a été très positivement efficace (*séance 14*).

Au cours de l'entretien d'évaluation avec un collègue du HMC, Faimah a parlé de la façon dont son pouvoir personnel a augmenté au cours des séances :

Je pense que Madame Aisha a réussi, par la grâce d'Allah, avec sa méthode qui correspondait à ma nature. Sa méthode est de ne pas donner d'instructions directes... elle m'a laissé faire mes propres suggestions... elle m'a donné la chance de trouver la solution par moi-même... J'ai travaillé dur pour trouver la solution... je l'ai fait et je sens que c'est ma découverte. Elle m'a laissé sentir que je peux le faire... je peux trouver la solution (*séance d'évaluation 1*).

Lorsque la personne chargée de l'entretien lui a demandé quel était son rôle dans les séances, Faimah a répondu, en riant, qu'elle avait «eu tous les rôles», mais elle dit aussi clairement que sa thérapeute n'était pas une «simple auditrice» (comme elle l'avait suggéré), qu'elle «comprendait et interagissait à chaque mot que je disais.» Pour la thérapeute, indépendamment de leurs rôles respectifs et du fait que la démarche faisait partie d'un projet de recherche, elle-même et Faimah se sont rencontrées comme deux femmes partageant une culture et une religion, mais qui étaient avant tout engagées dans une relation humaine chaleureuse dont les conditions essentielles ont permis à un mouvement thérapeutique significatif de prendre place chez la cliente.

Quelques réponses à la thérapie non-directive islamique

La modification de l'Approche centrée sur la personne introduite par Aisha Al-Thani a été d'ajouter à une méthode essentiellement non-directive «un soutien religieux islamique avec des références aux enseignements du Saint Coran et du Prophète (PSAL) lorsque la situation le

requérait» (Al-Thani, 2010)¹⁶. Pour l'œil occidental centré sur la personne, ces interventions peuvent ne pas paraître entièrement non-directives, mais dans le contexte dans lequel ce travail a eu lieu, la thérapie est révolutionnaire.

L'hommage le plus significatif rendu au travail d'Aisha Al-Thani est peut-être celui du Dr Elnour Dafeeah, le psychologue clinicien du HMC qui l'a aidée à mettre sur pied son projet et qui a conduit les entretiens d'évaluation pour l'étude de 2007. Comme la grande majorité de ses collègues, c'est un thérapeute qualifié en TCC qui à l'origine était sceptique quant au potentiel de l'Approche centrée sur la personne au Moyen-Orient. Pourtant, après avoir terminé les entretiens d'évaluation, voici ce qu'il avait à dire :

Je suis certain que sur le long terme [l'approche non-directive] est très efficace... et que si le lien qui s'est créé entre le client et le thérapeute est correct dès le début, le résultat sera très fructueux... J'utilise la TCC... mais je commence à reconsidérer la question parce que j'ai vu les évaluations et j'ai aussi entendu les évaluations *remarquables* de certains clients qui décrivaient la manière efficace dont la thérapeute abordait leurs problèmes. Ils en étaient très satisfaits et pensaient que cette manière particulière était bonne pour eux. Nous devons considérer qu'il nous faut former au moins quelques personnes à cette théorie importante parce que nous n'avons personne ici dans ce domaine.

J'ai lu quelques documents sur l'Approche centrée sur la personne et Carl Rogers à l'université. Je n'en ai qu'une idée superficielle, et je n'ai pas utilisé la méthode moi-même. Mais maintenant nous avons vu fonctionner la thérapie et j'ai vu l'impact de la façon de faire [d'Aisha] ainsi que l'efficacité des résultats très positifs, *excellents* pour certains clients. Cela est très important et doit être pris en considération (*entretien avec le Dr Dafeeah*).

Le travail d'Aisha Al-Thani dans l'Etat du Qatar n'est qu'un exemple de l'essai de l'introduction de la thérapie non-directive au Moyen-Orient. L'Arabie saoudite s'efforce depuis plus d'une dizaine d'années de développer des services relatifs aux principes de cette thérapie dans les écoles du pays, mais ces services se développent lentement. Selon une étude récente d'Al-Bahadel (2011), plusieurs facteurs, dont le manque de thérapeutes

¹⁶ N.d.t. : Al-Thani, 2010, p. 271.

professionnels et le manque de techniques d'entretien thérapeutique, ont abouti à une absence de progrès dans l'introduction de la thérapie sur une large échelle. En Arabie Saoudite, la même étude explore parmi les thérapeutes l'utilisation de plusieurs techniques thérapeutiques «non-directives». Les réponses de 85 thérapeutes femmes et de 122 thérapeutes hommes confirment les perspectives positives de la potentialité d'aide de cette manière de travailler.

Conclusion

La thérapie non-directive au Moyen-Orient en est encore à ses prémices, et le travail d'Aisha Al-Thani apporte une contribution, petite mais combien importante, à l'évidence que cette forme de thérapie *peut* réussir dans une culture musulmane pour *certains clients*. Pour que la thérapie fonctionne, il est important que l'alliance thérapeutique soit forte, que les clients soient capables d'autoréflexion, qu'ils soient ouverts à la possibilité de changement, qu'ils aient l'intention (et contextuellement la capacité) d'être davantage responsables de leur vie, de faire des choix qui amélioreront le développement du sens de soi tout en les rapprochant de «l'Âme Satisfaite», stade de développement désirable pour tous les musulmans. De plus, thérapeute et client doivent tous les deux comprendre et accepter sans discussion ce que leur religion exige d'eux.

Il est frappant de constater dans cet article tout le temps qu'il fallut à certains clients en dépression avant de commencer une thérapie. Et pourtant, le mouvement thérapeutique survint assez rapidement dès le début, simplement parce qu'ils s'étaient sentis entendus. Par la suite, l'écoute non-directive de la thérapeute leur permit d'apprendre à s'écouter eux-mêmes et à s'accepter davantage. Ainsi ils commencèrent à trouver comment se diriger eux-mêmes à la fois à travers les contraintes et le soutien de la culture islamique dans laquelle ils vivent.

Références

- Abdullah, S. (2008). Islamic counselling and psychotherapy trends in theory development. Retrieved 1 June, 2012 from, <http://asertif.blogspot.co.uk/2008/11/islamic-counselingpsychotherapy-trends.html>
- Al-Bahadel, D. (2004). *The feasibility of introducing counseling for women and family therapy into society within Saudi Arabia*. Unpublished Ph.D. thesis, University of East Anglia, Norwich.
- Al-Bahadel, D. (2011). *The effect of some variables for counselors in using the techniques of counseling interview in counseling work in KSA*. Manuscript in preparation.
- Al-Jumu'ah. (2006). *Avoiding anger*. Retrieved 1 June, 2012 from, <http://www.islamweb.net/emainpage/index.php?page=articles&id=134198>
- Al-Malki, M. (2002). *Attitudes of Qatari citizens towards marriage and family counselling*. Unpublished Ph.D. thesis, University of Abertay, Dundee, UK.
- Al-Qarnee, A. (2002). *Do not be sad*. Riyadh: International Islamic Publishing House.
- Al-Rashidi, B. (1995). *Self-management: A model of counseling and mental health*. Kuwait: Al Khut Printing House.
- Al-Thani, A. (2010). *Introducing a modification of person-centered counselling for depressed clients in the State of Qatar*. Unpublished Ph.D. thesis, University of East Anglia, Norwich.
- Badri, B. (2000). *Contemplation: An Islamic psychospiritual study*. Cambridge: International Institute of Islamic Thought, Cambridge University Press.
- Badri, B. (2007). *Can the psychotherapy of Muslim patients be of real help to them within being Islamized?* Retrieved 12 December, 2011 from, <http://www.islamic-world.net>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Chaleby, K. S., & Racy, J. (1999). *Psychotherapy with the Arab patient*. Tucson, AZ: Shawn McLaughlin/QSOV.
- Inayat, Q. (2001). The relationship between integrative and Islamic counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(4), pp. 381-386.
- Johansen, T. M. (2005). Applying individual psychology to work with clients of the Islamic faith. *Journal of Individual Psychology*, 61, pp. 74-184.
- Khalili, S., Murken, S., Reich, K. H., Shah, A. A., & Vahabzadeh, A. (2001). Religion and mental health in cultural perspective: Observations and reflections after the first international congress on religion and mental health. *International Journal for Psychology of Religion*, 12, pp. 217-237.
- Mansour, A., & Abo Abah, S. (1996). *Human personality and Islamic guidance*. Cairo: Ghareeb House of Publishing Printing and Distribution.
- Morocco, J. (1978). Counseling: A view from the Middle East. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 1, pp. 199-208.