Être non-directif dans un cadre directif: mon histoire personnelle

Lisbeth Sommerbeck

Traduction : Sylvie Dreyfus

Lisbeth Sommerbeck est une psychologue danoise. Elle a fait ses études à Copenhague où elle reçut son diplôme de psychologue clinicienne en 1974. Elle a exercé la psychothérapie centrée sur le client en hôpital psychiatrique pendant quelque 35 ans jusqu'à sa retraite en 2011. À ses activités thérapeutiques, elle ajouta la supervision et l'enseignement. Elle a écrit de nombreux articles et livres, et parmi ces derniers, il convient de citer *The client-centered therapist in psychiatric contexts* dont le titre est le sujet central de l'article ci-dessous.

Résumé

Dans cet article, j'expose d'abord brièvement comment j'ai pratiqué la thérapie centrée sur le client, classique et non-directive, dans le contexte très directif de la psychiatrie. Je propose ensuite quelques principes sur ma propre pratique non-directive et les raisons qui les sous-tendent, principes que j'ai développés pour protéger la non-directivité de mes relations thérapeutiques dans ce contexte.

L'original de cet article a été publié dans *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2012, vol. 11, 3, pp. 173-189.

J'espère qu'une partie, au moins, de ce que je vais présenter pourra être généralisée à d'autres contextes directifs et être utile à des praticiens non-directifs. Ceci est la raison de cet article.

Mots-clés: institution, unité de soins psychiatrique, cadre thérapeutique, interdisciplinarité, psychothérapie non-directive, identité professionnelle, témoignage, valeur.

Précisions

Cet article est basé sur des faits empiriques plutôt que sur des preuves académiques issues de la recherche. Ce que j'écris est presque exclusivement tiré de ma propre expérience et de mon livre (Sommerbeck, 2003) car, dans la littérature, je n'ai trouvé aucune autre référence sur le sujet d'être thérapeute non-directif dans des contextes directifs. La thérapie dont je parle du début à la fin de cet article est la thérapie centrée sur le client classique, la thérapie que Rogers a pratiquée tout au long de sa vie (Brodley & Brody, 1990; Merry, 1996), et parfois désignée sous le terme de thérapie Rogers – 1 (Frankel & Sommerbeck, 2005, 2007). C'est, à mes yeux, la thérapie non-directive par excellence.

Être non-directif dans un cadre directif: mon histoire personnelle

J'ai obtenu mon diplôme de psychologue à Copenhague en 1974 et j'ai immédiatement trouvé un emploi en tant que psychologue clinicienne dans un petit hôpital psychiatrique. J'y suis restée jusqu'en 2005, lorsque je suis partie travailler dans un autre hôpital psychiatrique. Ce changement, de même que mon départ à la retraite en 2011, ont tous les deux à voir avec la question de la non-directivité. Je clarifierai cette affirmation ultérieurement.

À l'université, j'avais lu *Client-centered Therapy* (Rogers, 1951) et j'ai su immédiatement que je voulais pratiquer ce genre de thérapie. J'ai donc eu beaucoup de chance de débiter ma carrière en tant que psychothérapeute en psychiatrie à une époque où le mouvement «antipsychiatrique» tel que

défini par Cooper (1967) et Szasz (1961, 1987) par exemple, avait une influence profonde sur la psychiatrie au Danemark. Même si la psychiatrie danoise restait fondamentalement axée sur le modèle médical, elle devint bien plus humaniste dans son approche des clients.

À la même époque, une variété de psychothérapies voyait le jour et bien qu'elles fussent en concurrence pour être la meilleure, aucune ne pouvait vraiment démontrer qu'elle l'était en fait. La recherche en psychothérapie qui allait comparer les résultats des diverses thérapies en était encore à ses débuts.

En ce temps-là, il n'y avait donc pas de demande pour des choses telles que «le contrôle de qualité», «l'accréditation», «les études comparatives», «l'évaluation des risques», «la vérification des comptes», «la pratique fondée sur les preuves», etc. En effet, certains de ces termes n'existaient pas encore.

C'était un âge d'or de liberté quant au contrôle: j'étais autorisée à pratiquer en fonction de ce que, moi, je pensais être le mieux pour mes clients.

Cela ne signifiait pas que pratiquer une thérapie aussi radicalement non-directive que la thérapie centrée sur le client classique dans un contexte psychiatrique ne posait aucun problème. Mes thérapies devaient être soigneusement protégées de toute la directivité inhérente au contexte, faute de quoi celle-ci aurait pu, par inadvertance, empiéter parfois sur le processus thérapeutique. Dans la première partie ci-dessous, je décris les lignes de conduite que j'ai développées pour protéger la non-directivité de mes thérapies dans ce contexte.

Dans les années 90, les choses ont commencé à évoluer dans la psychothérapie au Danemark. Commença alors une ère de contrôles en tout genre comme je l'ai mentionné plus haut. *En 2005, ces contrôles ont touché de plein fouet l'hôpital où je travaillais* et ce fut la raison pour laquelle j'ai changé d'hôpital psychiatrique pour aller travailler dans un très petit hôpital sur une lointaine petite île danoise dont la directrice réussissait à tenir à distance les forces de contrôle. Lorsque cela devint impossible, en 2008, elle partit. À compter de ce jour, il m'a été demandé de combiner mes thérapies avec divers types de techniques plus directives.

J'ai trouvé le moyen de contourner la plupart de ces demandes; ainsi mon travail a pu avoir assez peu d'impact directif sur mes clients pour que ce soit acceptable à mes yeux et dans la dernière partie de cet article je décris certaines de ces méthodes. Cette partie est beaucoup plus courte que la précédente étant donné que j'ai eu moins d'expérience en la matière et que je n'ai pas enregistré de séances dans ce cadre.

Cependant, cette évolution alla en s'amplifiant, me laissant de moins en moins de joie dans mon travail. Mais à nouveau j'ai eu de la chance: en 2011, j'ai atteint l'âge auquel il est possible de prendre sa retraite au Danemark sans trop de conséquences financières. La lutte pour maintenir un degré raisonnable (à mes yeux) de non-directivité dans mon travail était devenue telle qu'une fois encore je quittai un lieu de travail. Je considère pourtant que j'ai eu de la chance d'avoir pu, durant toute ma carrière, pratiquer une thérapie centrée sur le client «pure», classique, non-directive, avec des clients en psychiatrie.

Lorsque le thérapeute est libre de pratiquer de manière pleinement non-directive

Même si le thérapeute centré sur le client dispose d'une totale liberté pour pratiquer de manière non-directive, il trouvera probablement qu'il s'agit d'une pratique faite de solitude dans un cadre par ailleurs directif. Il aura peut-être d'autres collègues psychothérapeutes, mais il est probable que leur pratique sera fondée sur l'une ou l'autre des approches thérapeutiques plus répandues, plus connues et plus directives comme, par exemple, la thérapie psychodynamique et la thérapie cognitivo-comportementale. Le thérapeute centré sur le client constatera probablement que, même si sa pratique non-directive est autorisée dans un cadre directif, elle n'est pas bien comprise. Après tout, les membres du personnel dans un contexte basé sur le modèle médical sont formés à être des experts de leurs clients, c'est leur raison d'être professionnelle, et ils supposent naturellement que c'est aussi le cas pour tout professionnel dans cet environnement. Cela signifie que malgré la liberté de pratiquer de manière non-directive, le thérapeute centré sur le client sera confronté à l'attente des autres professionnels de le voir prendre une position d'expert et se comporter en conséquence.

Il peut être très difficile pour le thérapeute centré sur le client de naviguer dans ce monde d'expertise en matière de clients sans prendre lui-même une position d'expert par rapport à ses clients. Dans les paragraphes suivants, je décris quelques-unes de ces difficultés et quelques moyens de les dépasser, qui ont été fructueux dans mon expérience. L'élément principal est de protéger simultanément la non-directivité du processus de la thérapie et de respecter le «contrat» du thérapeute avec le modèle médical directif.

Premièrement, le thérapeute doit refuser de satisfaire à certaines requêtes des membres du personnel du modèle médical, requêtes qui leur semblent parfaitement naturelles. Le thérapeute dit «non» lorsqu'il lui est demandé, par exemple, d'évaluer l'état du client lors de sa prochaine séance. Les membres du personnel peuvent désirer cette évaluation afin de les aider dans leurs différentes prises de décision, c'est une seconde nature chez eux de faire des évaluations (diagnostics) dans leurs rapports avec les clients, cela fait partie de leur travail; c'est ce qui est attendu d'eux et ce qu'ils attendent des autres. Il peut être difficile pour des membres du personnel non avertis de comprendre et de respecter que le thérapeute centré sur le client puisse n'avoir aucun plan ou intention d'aucune sorte lorsqu'il rencontre ses clients.

Il peut aussi être demandé au thérapeute de parler de certaines choses au client et de lui faire passer un message; le thérapeute refusera de satisfaire à ces requêtes de manière à ne pas avoir d'autre programme pour sa séance avec le client que celui de le comprendre de manière empathique à partir de son propre cadre de référence. Jerold Bozarth (1990)¹ le formule bien lorsqu'il écrit:

Le thérapeute chemine avec le client – chemine au rythme du client – dans sa propre manière de penser, d'expérier² et d'avancer. Le thérapeute ne peut pas avoir d'autres projets, avoir d'autres intentions, sans violer l'essence de la thérapie centrée sur le client. Avoir d'autres projets – quels qu'ils soient – est une réaction de type «oui, mais» à l'essence de l'approche.

Deuxièmement, le thérapeute refuse de participer à des réunions concernant ses clients en thérapie s'il pense que sa participation peut avoir des conséquences négatives sur le processus thérapeutique pour les clients. Habituellement, le contexte directif du modèle médical comprend toutes sortes de réunions; y participer ou non est un point délicat et parfois difficile pour le thérapeute qui doit décider entre: est-ce que participer le mettra dans le rôle de l'expert tout puissant et influent, qui sait ce qui est le mieux pour le client, aux yeux du client, ou aux yeux des autres, au détriment du processus de la thérapie?

D'habitude, je ne participais à ces réunions que si je savais que je pouvais prendre la position de facilitateur des participants quant à leur

¹ N.d.t.: Bozarth, 1990, p. 63.

² N.d.t.: expérier est un néologisme qui signifie être dans une expérience profonde au sens passif du terme, contrairement à expérimenter qui exprime l'acte de faire une expérience.

propre processus avec le client. J'ai refusé d'y participer lorsque, étant la psychothérapeute du client, j'étais censée leur dire en tant qu'expert ce qui n'allait pas chez le client et quel était le meilleur moyen de l'aider. Si telle était l'attente, je me référais alors à l'un des nombreux experts des clients présents dans l'établissement. Ainsi, mon rôle dans ces réunions était semblable à celui de facilitateur d'un groupe non-directif. Dans mon expérience, ma participation dans ce rôle était très appréciée et j'y voyais également la meilleure manière pour moi de transmettre la valeur de l'approche non-directive, plutôt que de la démontrer.

L'élément central qui guide les décisions du thérapeute sur ce point est qu'il ne doit pas prendre le rôle d'expert qui sait ce qui est le mieux pour le client, quel que soit le contexte.

Troisièmement, le thérapeute doit être prudent dans le partage de l'information concernant ses clients en thérapie avec d'autres professionnels du service dont le travail est également d'aider le client, comme par exemple son médecin traitant, le psychiatre, l'assistant social, l'ergothérapeute, etc. Le point principal est de ne pas dire quoi que ce soit que d'autres pourraient utiliser par inadvertance ou inconsciemment – avec les meilleures intentions – dans leur relation avec le client, et pourrait nuire au processus de la thérapie non-directive. Il est utile de s'imaginer ce qui arriverait si un autre professionnel disait au client: «je sais par votre thérapeute que...». Il est également utile d'avoir comme règle générale qu'en cas de doute, il vaut mieux en dire trop peu que trop.

Le thérapeute qui travaille en équipe avec d'autres professionnels ne peut cependant pas garantir à son client une confidentialité totale vis-à-vis de ces professionnels. C'est inhérent au contrat et au contexte dans lequel le thérapeute travaille. Pour que le travail en équipe réussisse, il ne peut y avoir de limites formelles à l'information que les professionnels peuvent partager entre eux. Cela peut sembler contradictoire avec l'affirmation ci-dessus soulignant l'importance pour le thérapeute d'être prudent dans le partage de l'information obtenue en thérapie avec les autres professionnels afin de protéger le processus non-directif de la thérapie, mais en fait, ça ne l'est pas dans la plupart des cas. En réalité, très peu de ces informations qui sont nécessaires aux autres membres du personnel pour faire leur travail émergent dans le cadre des séances de thérapie. Quelques clients m'ont questionnée sur les critères qui déterminaient la transmission d'information les concernant à d'autres membres du personnel. Je leur ai répondu qu'il se pouvait que je transmette de l'information sur les

tendances suicidaires chez un client ou sur la prise d'autres médicaments (ou drogues) non conformes à la prescription de leur médecin ou psychiatre. Dans mon expérience, cela a été les deux seuls domaines où j'ai trouvé parfois nécessaire, comme conséquence à mon contrat avec le modèle médical, de transmettre de l'information à d'autres professionnels, que mes clients l'eussent accepté ou non. Heureusement, ces cas ont été extrêmement rares. D'abord, habituellement les autres professionnels connaissaient ce type de choses en tout état de cause. Ensuite, les clients savent généralement que les professionnels, y compris leur thérapeute, parlent d'eux et ils s'y attendent. Ils savent que les professionnels du modèle médical ont l'obligation de faire ce qu'ils peuvent pour prévenir le suicide de leurs clients, et aussi que médecins et psychiatres dépendent de l'information concernant la prise de médicaments et de médications pour établir tout traitement psychopharmacologique. Il est important de noter cependant que le thérapeute centré sur le client ne transmet pas toujours ce type d'information; en fait le thérapeute doit se sentir libre de le faire en se basant sur son propre jugement.

Bien que cela soit rarement arrivé, j'ai trouvé particulièrement difficile de prendre la décision de transmettre l'information que mon client était suicidaire en raison de la possibilité que par la suite des mesures plus coercitives soient prises envers lui pour l'empêcher de se suicider. J'ai souvent été confrontée, sur cette question, au dilemme réel entre le modèle non-directif centré sur le client et le modèle médical directif. Dans l'exemple suivant, je développerai le sujet amplement car je suis consciente que la question du suicide est en général particulièrement difficile pour les praticiens qui adhèrent à un modèle de thérapie non-directive.

Dans toute discussion en thérapie avec des clients dépressifs, la question du risque de suicide est essentielle. Parmi tous les clients, c'est chez les grands dépressifs que le risque de suicide est le plus grand. La plupart du temps ce sont des clients suivis en psychiatrie. Là, les clients sévèrement dépressifs sont considérés comme psychotiques, et de ce fait le personnel psychiatrique est obligé de par la loi de prendre les précautions nécessaires pour éviter qu'ils ne commettent un suicide à la suite d'une période généralement courte avec une sérieuse idéation dépressive. Le thérapeute centré sur le client dans le contexte psychiatrique ne peut s'y soustraire.

Cependant, le thérapeute centré sur le client fera l'expérience des questions touchant à la prévention du suicide comme étant plus problématiques qu'elles ne le seraient pour d'autres professionnels de la psychiatrie. Le

suicide est un sujet souvent débattu parmi les thérapeutes centrés sur le client. Dès lors qu'ils sont convaincus de l'existence de la tendance actualisante et dès lors qu'ils font confiance au potentiel facilitateur des conditions nodales, et parce qu'ils sont animés d'une attitude non-directive, beaucoup pensent que les clients prennent les meilleures décisions pour eux-mêmes, y compris celle de se suicider. Ainsi, cela veut aussi dire que les idées suicidaires d'un client ne doivent pas être perturbées. Conformément à la théorie centrée sur le client, les pensées suicidaires du client expriment l'actualisation du potentiel le plus constructif du client à ce moment-là, que cela soit basé ou non sur ce qui est considéré comme une idéation psychotique. En outre, le thérapeute centré sur le client fera confiance aux conditions nodales pour qu'elles facilitent le changement le plus constructif possible chez le client, ou en d'autres termes, les conditions nodales libéreront ces potentiels chez le client qui lui permettront le mieux de considérer toutes les possibilités, y compris des possibilités autres que le suicide. Le modèle médical directif d'un autre côté considère la décision d'un patient sévèrement dépressif de se suicider comme le symptôme d'une maladie ayant une cause biologique prédominante mais curable, et le suicide réussi comme un tragique accident qui doit être évité.

Par conséquent, quand un de mes clients dépressif évoqua des idées de suicide dans une séance avec moi, et que je savais que mes collègues n'en avaient pas conscience, j'eus des pensées qui tourbillonnaient en tous sens dans ma tête :

- Si je gardais cette information pour moi, je ne prenais pas le risque que des mesures énergiques pussent être appliquées à l'encontre de mon client. Prendre ce risque me semblait être tout fait contraire à l'éthique de la philosophie et des valeurs de la thérapie centrée sur le client.
- Si d'un autre côté, je décidais d'en parler, j'adhérais à mon contrat avec le modèle médical. Le fait que, à relativement court terme, de nombreux clients dépressifs allaient mieux, rendait évident que c'était la voie que je devrais suivre. Je faisais confiance au potentiel facilitateur des conditions nodales, mais je n'osais croire qu'elles faciliteraient des changements majeurs du jour au lendemain.

Néanmoins, lorsque je décidais de transmettre l'information qu'un de mes clients était suicidaire, je le faisais en opposition à ce que je souhaitais être capable de faire au plus profond de moi, à savoir de faire confiance aux

conditions nodales pour faciliter le changement le plus constructif chez ces clients aussi, comme je le faisais avec tous les autres clients. Lorsque je m'écartais de cette inclinaison, je me vivais comme disant «oui, mais» à l'essence de la thérapie centrée sur le client.

Mais d'autres préoccupations pouvaient peser plus lourdement: en tant que professionnelle en psychiatrie, j'étais supposée transmettre ce type d'information, et ne pas le faire aurait été une rupture de mon contrat avec le modèle médical, or je ne voulais pas compromettre mon poste à cause de ce dilemme compliqué avec des clients suicidaires. Ultérieurement, je donnerai les raisons qui d'après moi ont fait que ce genre d'interférences sont devenues un événement de plus en plus rare dans ma pratique, mais je vais d'abord donner un exemple du dilemme relatif au risque de suicide où j'ai interféré avec le processus de mon client, et où, ce faisant, je me suis placée dans le rôle de l'expert qui sait ce qui serait le mieux pour le client³.

Au cours de la première des deux séances avec moi, une cliente souffrant de dépression psychotique m'a parlé de la manière dont elle se voyait, en tant que personne destructive, coupable de faire beaucoup de mal. Par exemple, elle était convaincue de sa culpabilité dans les atrocités qui avaient pris place durant les guerres civiles dans l'ancienne Yougoslavie. Elle était convaincue qu'elle allait être arrêtée, jugée à La Haye et condamnée pour ses crimes. Elle était aussi convaincue que tôt ou tard, le personnel infirmier se rendrait compte de sa véritable nature malfaisante et la livrerait à la justice de La Haye, bien que le personnel lui assurât constamment qu'il ne le ferait pas. Un grain de vérité dans tout cela paraissait être son absence de soutien à son fils lorsqu'il avait souhaité rejoindre les forces danoises de paix en Yougoslavie, mais ceci mis à part, elle était à l'évidence délirante, quel que soit le cadre de référence, excepté le sien. Cela ne faisait aucune différence cependant au niveau de mon effort de la comprendre de manière empathique dans mes sessions avec elle.

Au cours de la troisième séance, elle me dit qu'elle commençait à penser au suicide comme moyen d'éviter l'humiliation d'un procès à La Haye. Elle fit aussi des projets concrets quant aux moyens de se suicider. Elle irait jusqu'à la voie de chemin de fer voisine et se jetterait sous un train. Elle dit aussi que, par cet acte, faire souffrir le conducteur

³ Dans les exemples de cet article, j'ai procédé à des changements au niveau du contenu factuel de manière à protéger la confidentialité avec le client et garantir son anonymat.

du train montrait bien combien elle était mauvaise et l'avait toujours été; ce qu'elle avait fait avait toujours été destructeur pour les autres et maintenant elle ne pouvait trouver d'autre moyen pour se tuer de manière sûre qu'en faisant souffrir le conducteur du train. Voilà exactement qui je suis, dit-elle. Durant la séance, elle tourna et retourna la question et finit par dire qu'elle voulait se tuer d'une manière où elle ne pouvait pas se rater, mais la pensée que le conducteur du train finisse peut-être par se sentir responsable de l'avoir tuée la tourmentait. À la fin de la séance, elle dit qu'au cours des séances avec moi elle avait commencé à se sentir un peu mieux, un peu soulagée, ce qui était également arrivé en parlant avec ses deux infirmières principales. Cependant, après ces discussions, elle se sentait aussi désespérée qu'avant, ou même davantage, mais ces discussions avec les infirmières et moi étaient malgré tout pour elle comme de petites oasis de lumière dans un désert d'obscurité.

Après cette séance, j'ai dû réfléchir. Je savais que cette cliente n'avait pas parlé de suicide auparavant et mon évaluation était que sa réflexion relative au suicide était fondée sur une idéation temporaire, réversible et psychotique. Elle était typique des clients dont on attend du système psychiatrique qu'il prévienne le suicide. De plus, étant délirante d'une manière calme et non destructrice jusque-là, elle était placée dans un secteur psychiatrique ouvert, duquel les clients sortaient souvent pour se promener dans le parc et la forêt environnants sans que personne n'y prête attention; elle avait donc amplement la possibilité d'aller jusqu'à la voie de chemin de fer.

Devais-je transmettre l'information aux membres de l'équipe de son service? Quelles seraient les conséquences de cette transmission? Quel type d'interventions coercitives? Ensuite, si je décidais de transmettre l'information, comment le faire?

Je m'interrogeais sur les risques pour le processus thérapeutique. Perdrait-elle confiance en moi? En particulier, perdrait-elle confiance en ma confiance en elle? Se sentirait-elle trahie par moi? Ressentirait-elle que je l'avais laissée seule dans son enfer? D'un autre côté, le suicide serait la fin de toute thérapie, ce que je trouverais parfaitement tragique au regard de la réversibilité probable de son état. Malgré son affirmation selon laquelle elle avait commencé à éprouver un peu de soulagement au travers de ses relations avec moi et ses infirmières principales, je pensais que j'avais besoin de plus de temps pour m'assurer que ma relation avec elle était assez forte pour la «soutenir» (avec aussi la relation qu'elle avait avec les infirmières), et que ce temps je ne l'aurais pas si elle se suicidait.

Quelles conséquences cela aurait-il pour moi? Comment me sentirais-je si elle se suicidait et que je n'avais parlé à personne de ses plans? D'une manière ou d'une autre, j'étais convaincue que ce serait une expérience très douloureuse. De plus, ce serait un grand soulagement pour moi de transmettre cette information, de partager ces sentiments lourds d'inquiétude, de doute, et la responsabilité avec mes collègues du service. Enfin, je voulais rester fiable dans ma relation avec mes collègues.

Finalement, je décidai que les conséquences d'en parler seraient moins négatives que celles de ne pas en parler. Cependant, je pris cette décision avec le sentiment inconfortable de trahir et la philosophie centrée sur le client et ma cliente, et de me transformer en experte de la cliente parce que j'avais décidé de faire le pas d'interférer avec ce qu'elle trouverait être la meilleure décision pour elle.

La conséquence de ma transmission d'information quant aux projets de suicide de ma cliente fut qu'elle ne fût plus autorisée à sortir sans être accompagnée jusqu'à ce que l'amélioration de son état soit estimée suffisante.

Par la suite, la cliente a exprimé des sentiments ambivalents vis-à-vis de ma transmission d'information quant à son intention de se suicider. Elle s'y était à moitié attendue cependant, sachant qu'en principe toute l'équipe, y compris moi, devait se sentir libre de partager toute information à propos des clients comme nous le voulions. Elle se sentait soulagée que la décision ne pèse plus sur ses épaules, mais le sentiment de sécurité que lui procurait de savoir qu'elle pouvait mettre fin à la douleur en se tuant lui manquait. Elle exprima également son sentiment de choc à l'idée qu'elle aurait pu perdre la vie, conséquence de ses pensées si peu réalistes. D'un autre côté, elle pensait qu'elle n'aurait probablement pas essayé de se suicider; d'une certaine manière, le mince espoir que les choses s'améliorent existait chez elle à l'époque, aussi était-elle quelque peu déçue que je n'aie pas eu assez confiance en elle. Cependant, elle me comprenait très bien; elle aurait fait la même chose si elle avait été à ma place, elle se sentait indulgente envers moi. Tout cela fut exprimé dans un traditionnel dialogue centré sur le client lors de séances à l'époque où la dépression s'était fortement atténuée.

Il est peut-être important de noter que je n'ai pas discuté avec mes clients de ma décision de transmettre l'information quant à leur projet de suicide. Je les ai informés, soit avant, soit après l'avoir fait. Cette décision n'était pas sujette à discussion bien que je l'aurais expliquée naturellement si le client l'avait demandé. De telles décisions étaient prises à partir de

mon propre cadre de référence et de plus, elles étaient prises avec la conviction qu'en discuter avec le client ne me ferait pas changer d'avis. Je ne voulais pas tromper le client en lui laissant penser que je pourrais changer d'avis en discutant et je ne voulais pas charger le client de mes inquiétudes ; c'étaient les miennes, pas celles du client. En outre, je ne voulais pas prendre le risque d'entrer dans une relation où le client pourrait s'engager vis-à-vis de moi en faisant des promesses relatives à son plan d'actions futur (par exemple, me promettre de ne pas se suicider). À mon avis, je protégeais mieux le processus de la thérapie non-directive en prenant le risque que le client puisse réagir de n'importe quelle manière à ma décision unilatérale, à savoir des réactions que je pouvais reprendre en thérapie. Ainsi, je voulais revenir à mon rôle de thérapeute centrée sur le client aussi vite que possible. Les éventuelles précautions à prendre, à la suite de ma transmission d'information relative à l'idéation de suicide d'un client, étaient du domaine de la responsabilité des autres membres du personnel et ils en parleraient avec le client, le cas échéant.

Bien sûr, tout thérapeute centré sur le client qui travaille dans un cadre relevant du modèle médical comme la psychiatrie, souvent avec des clients suicidaires, doit trouver son propre positionnement par rapport à la question du suicide. À ce sujet, Rogers (1951) disait ceci :

Est-ce que le thérapeute a le droit, professionnellement ou moralement, de permettre à un client de considérer sérieusement [...] le suicide comme porte de sortie, sans faire un effort positif pour prévenir ce choix? Cela fait-il partie de notre responsabilité sociale générale que nous ne puissions pas tolérer une telle réflexion ou une telle action de la part d'autrui? Ce sont des questions profondes qui frappent au cœur même de la thérapie. Ce ne sont pas des questions pour laquelle une personne peut décider à la place d'une autre. Des hypothèses différentes ont induit des orientations thérapeutiques différentes. Tout ce qu'une personne peut faire c'est de décrire sa propre expérience et les conséquences issues de cette expérience (Rogers, 1951)⁴.

En réponse à la question implicite de cette citation de Rogers, ma propre expérience a été qu'au fil des années, au fur et à mesure que grandissait ma confiance en ma compétence de thérapeute, je décidais encore plus rarement de parler aux autres des idéations et intentions suicidaires de mes

⁴ N.d.t. : Rogers, 1951, p. 48.

clients. (En dépit de cela, seul un de mes clients s'est suicidé au cours de 35 années d'expérience en tant que psychothérapeute en milieu psychiatrique où les suicides sont très fréquents.) J'ai appris que la révélation d'un projet de suicide exprimé par le client représente encore une ou plusieurs étapes cruciales qui l'éloignent du passage à l'acte. J'ai aussi appris à avoir davantage confiance en cette lueur d'espoir implicite chez le client qui est réellement là avec moi, ainsi que l'apaisement de son sentiment d'isolement et d'abandon à travers ma volonté de ne pas interférer mais d'écouter, et d'essayer de comprendre son idéation suicidaire. Finalement, et peut-être le plus important, j'ai acquis la conviction que la meilleure mesure de précaution que, moi, psychothérapeute centrée sur le client, je pouvais prendre face au risque du suicide était de rester thérapeute centrée sur le client et rien d'autre.

Pour résumer la question du partage de l'information: le thérapeute ne partage pas d'information issue de la thérapie avec d'autres membres du personnel lorsqu'il pense que cela peut avoir des conséquences dommageables pour le processus thérapeutique. D'un autre côté, il ne garde pas le silence s'il ressent que cela va à l'encontre de sa propre éthique et de la sécurité de son emploi. Sacrifier l'un ou l'autre n'aidera *pas* le client. Au contraire, ce serait faire un pas vers le triangle vicieux sauveur-victime-bourreau dans la relation thérapeute-client. Finalement, les autres membres de l'équipe n'ont que très rarement besoin de l'information issue de la thérapie pour faire leur travail et le thérapeute n'a que très rarement besoin de l'information fournie par les autres modalités de traitement pour faire son travail. Par conséquent, en fin de compte, le partage d'information entre le thérapeute et les autres membres du personnel requis pour des raisons vraiment valables est minime.

Quatrièmement, le thérapeute n'essaie pas de contrôler la manière dont les autres professionnels traitent son client. Le thérapeute offre le même respect aux autres professionnels du modèle médical que celui qu'il attend et espère d'eux. Le thérapeute est conscient que le client est dans un contexte qui répond au modèle médical plutôt qu'à celui d'un cabinet privé parce qu'outre la psychothérapie, le client reçoit toutes sortes d'aides.

Cependant, le thérapeute centré sur le client peut avoir parfois l'impression que l'un de ses clients est traité avec peu de respect et de compréhension par les membres professionnels du modèle médical directif. En conséquence, il peut être tenté de protéger son client en essayant de

changer et de contrôler de manière directive le comportement des autres professionnels envers le client. Essayer de le faire est une erreur : d'abord, cela revient à s'identifier au client ; les clients doivent, après tout, trouver leur propre manière de gérer leur environnement et de s'en protéger, y compris du monde du modèle médical. (Un thérapeute contacterait-il la mère d'un client, par exemple, pour l'inciter à traiter le client avec plus de respect et de compréhension ?) Deuxièmement, ce qui peut sembler irrespectueux ou insensible au thérapeute peut ne pas être perçu comme tel par le client. Troisièmement, essayer de changer le comportement des autres vis-à-vis de son client implique que le thérapeute se considère comme expert de ce qui est le mieux pour le client, ce qui est antithétique à la théorie centrée sur le client et risque de ruiner le processus thérapeutique. Protéger le client et protéger le processus thérapeutique sont deux entreprises très différentes, qui parfois même s'excluent mutuellement.

Ci-dessous, un exemple illustre quelques-uns des points abordés :

Marion, 30 ans, mariée, ayant un fils de 5 ans. Elle avait été admise à l'hôpital, à sa demande, en raison de fréquents épisodes psychotiques au cours desquels elle entendait des voix qui lui ordonnaient de poignarder à mort son mari, son fils ou elle-même. Elle était traitée avec des médicaments dont elle sentait qu'ils l'aidaient et avait débuté une psychothérapie. Elle avait aussi entrepris de rentrer chez elle les week-ends, mais cela provoquait une augmentation des symptômes. En thérapie, elle avait, avec hésitation, commencé à exprimer des sentiments très négatifs à l'égard de son mari. C'était un changement par rapport aux premières séances au cours desquelles elle avait essentiellement parlé de ses voix et de la peur d'y céder. Dans le service, le personnel avait également l'impression qu'il y avait des problèmes à la maison, en raison de la dégradation de son état après les week-ends, parce que son mari ne lui rendait jamais visite, parce qu'elle essayait de raccourcir son dernier week-end, disant à son infirmière principale qu'elle était un fardeau pour son mari lorsqu'elle était à la maison. Il devait prendre garde de mettre sous clé tous les couteaux, il devait cuisiner et faire d'autres travaux dans la cuisine parce que cela impliquait l'utilisation de couteaux, et il ne devait jamais la laisser seule.

Son état et son traitement firent l'objet d'une discussion lors de l'habituelle réunion d'équipe hebdomadaire, et le dialogue suivant eut lieu entre le psychiatre en chef du service (PC) et la thérapeute (T) :

PC: Je pense vraiment que nous ne pouvons pas aller plus loin dans le traitement de Marion sans une sorte de thérapie de couple. En l'état, je ne peux pas imaginer sa sortie de l'hôpital dans un avenir proche, or nous avons de nombreux patients en liste d'attente. (Se tournant vers T): Que penseriez-vous de quelques séances de couple avec Marion et son mari?

T: Je le ferai volontiers, si Marion est d'accord.

PC: OK alors vous lui en parlez et nous verrons comment cela évolue.

T: Oh non, attendez une minute. Je ne vais pas lui présenter cette idée, ni aucune autre. Comme vous le savez, je ne travaille que sur les questions qu'elle amène.

PC (souriant): Désolé, j'avais oublié durant une minute que vous aviez cette spécificité. Alors, je le lui proposerai et lui suggérerai qu'elle vous en parle si cela vous va?

T: Oui, cela me va très bien.

Deux jours plus tard Marion (M) arrive à sa séance habituelle et soulève immédiatement le sujet des séances de couple:

M: PC m'a dit que ce serait une bonne idée si je venais avec Douglas pour discuter quelques fois avec vous.

T: Hm, hm (bref silence)

M: Mais je ne sais pas...

T: Vous n'êtes pas sûre que ce serait une si bonne idée?

M: Non... Je sais que je vous ai dit qu'il y a certaines choses chez Douglas qui me rendent furieuse quelquefois mais il m'aide aussi beaucoup, et... je ne sais pas... Je ne me vois pas m'asseoir ici et lui en parler. Je suis sûre que cela le blesserait et je le comprendrais, je me sentirais mal aussi s'il me réprimandait devant un étranger.

T: Vous vous sentez en quelque sorte déloyale à la pensée de le faire venir ici pour le réprimander, il ne le mérite pas parce que vous appréciez également qu'il vous aide beaucoup?

M: Oui, déloyale et je me sens aussi honteuse, comme lâche. Je devrais parler de toutes ces choses avec lui lorsque nous sommes seuls; c'est juste si difficile parce qu'il n'aime pas parler de ce genre de choses.

Marion continue à parler de différents aspects de ses problèmes avec son mari et décide de ne pas venir avec lui à l'une de nos séances. Elle préfère essayer de trouver un moyen d'avoir une discussion avec son mari à la

maison sur la manière dont elle vit leur relation. Elle se tourne alors vers la thérapeute :

M: Pouvez-vous dire au PC que je ne vais pas venir avec Douglas, et le lui expliquer?

T: Vous semblez préférer que ce soit moi qui le fasse, plutôt que le faire vous-même?

M: Oui, j'ai peur qu'il soit contrarié vis-à-vis de moi parce que je ne vais pas amener Douglas ici, mais je suis sûre qu'il le respectera si c'est vous qui le lui dites.

T: Il faut du courage pour dire non au PC?

M: C'est sûr – j'ai peur qu'il me renvoie bientôt de l'hôpital si je n'accepte pas sa proposition, alors vous lui direz?

T: Vous pensez que si je le lui dis, il ne vous renverra pas de sitôt?

M: Oui... Oh pourquoi cela ferait-il une différence... C'est juste que quelquefois c'est un peu difficile de parler avec le PC, il semble toujours pressé, un peu impatient, et cela me rend nerveuse. Alors j'apprécierais si vous lui parliez?

T: Vous vous sentez nerveuse avec le PC parce que vous sentez sous pression lorsqu'il semble être pressé et vous préférez l'éviter en me demandant de lui parler?

M: Oui, mais... Bon, je dois le faire moi-même; je lui parlerai directement.

T: Vous vous sentez obligée de le faire?

M: (riant): Oui, et je suis aussi un peu énervée après vous parce que je pense que vous ne le ferez pas, mais je pense aussi que c'est le genre de situation que j'essaie toujours d'éviter, dire non aux autres, et particulièrement aux autorités, et cela ne me fait aucun bien à long terme.

Marion passa le reste de la séance à assumer son irritation envers moi et à préparer la meilleure manière d'informer le PC de sa décision de ne pas faire de thérapie de couple. Deux semaines plus tard, son statut devint celui de patiente de jour et environ un mois plus tard, il fut mis un terme à sa prise en charge en hôpital de jour. Elle poursuivit sa thérapie en tant que patiente externe, et pendant un temps, elle continua à voir également le PC pour son traitement médicamenteux, jusqu'à ce qu'il soit transféré à son médecin traitant. Ses symptômes psychotiques avaient presque complètement disparu, elle avait réussi à avoir des discussions avec son mari à propos de leur relation, et d'une manière générale, les choses

allaient beaucoup mieux à la maison. Dans les phases finales de la thérapie, elle n'entendait plus de voix et le thème qui prédominait était la peur d'être seule. Lorsqu'elle dépassa cette peur, elle mit fin à la thérapie, au bout d'un peu moins de trois ans. À cette époque, son médecin avait aussi été d'accord avec elle d'arrêter les médicaments. Nous n'avons plus jamais entendu parler d'elle.

Laissez-moi ajouter quelques commentaires à cet exemple :

1. Le dialogue avec l'équipe du colloque est typique du travail du thérapeute afin d'éviter des situations avec ses clients où il deviendrait l'expert directif. La thérapeute évite de devenir avocate et messagère du modèle médical vis-à-vis de sa cliente. De telles situations se présentent sous d'innombrables formes et déguisements.
2. Lorsque, au cours du colloque, le psychiatre en chef mentionne la possibilité de séances de couple, la thérapeute a le pressentiment, informée par les séances qu'elle a avec la cliente, que celle-ci n'en aimera pas l'idée. Cependant, elle ne voit aucune raison de parler de ce pressentiment parce qu'elle veut aussi éviter d'agir en tant qu'avocate et messagère de sa cliente face à des professionnels du modèle médical. La thérapeute n'essaie pas d'influencer le psychiatre. Elle respecte ainsi le choix qu'il fera à partir de son cadre de référence, d'une manière aussi constructive que possible, en essayant de tenir compte des patients hospitalisés et des patients sur la liste d'attente.
3. Le processus de la cliente pendant la thérapie illustre, je pense, combien il eût été dommageable que la thérapeute suggère à la cliente des séances de couple (au nom du modèle médical), ou qu'elle suggère au psychiatre (au nom de la cliente) que des séances de couple puissent ne pas être bénéfiques.
4. Dans le cadre du modèle médical, les clients demandent souvent aux thérapeutes de parler en leur nom à d'autres professionnels impliqués dans le contexte. Lorsqu'il m'est arrivé de répondre à cette demande (ce que je n'ai pas fait dans l'exemple ci-dessus), j'ai juste expliqué que je ne pouvais pas le faire parce qu'il était important pour moi de ne pas mélanger ma relation particulière avec eux à d'autres choses. La plupart du temps, cela suffisait. J'essayais ensuite de comprendre de manière empathique la réaction du client à mon refus de répondre à sa demande.

5. L'allusion du psychiatre à la «spécificité» de la thérapeute est probablement chose courante pour un thérapeute centré sur le client, comparé à des thérapeutes d'autres orientations qui accepteraient plus volontiers l'introduction de questions venant de leur propre cadre dans leurs séances avec les clients. L'engagement du thérapeute centré sur le client à protéger la liberté et l'autonomie du client dans le processus thérapeutique, et l'importance que le thérapeute attache à ce que, dans leur relation, le lieu de l'initiative demeure résolument chez le client est rarement compris en dehors des cercles centrés sur le client. Par conséquent, aux yeux d'autres professionnels, cela peut paraître une procédure indirecte et superflue, lorsqu'eux-mêmes (à l'instar du PC dans l'exemple) doivent s'adresser au client pour lui proposer de parler d'un certain sujet avec le thérapeute, sujet que le thérapeute est parfaitement d'accord de discuter avec le client en premier lieu.

L'essence des questions traitées dans ce chapitre peut être résumée comme suit :

- La thérapie doit progresser parallèlement aux traitements du modèle médical plutôt que d'y être intégrée; ces deux mondes doivent être maintenus séparés, ne pas être mélangés.
- Le besoin de partager des informations au sujet du client avec les autres, pour des raisons authentiquement bonnes, est minimal.
- Dans sa relation avec le client, le thérapeute doit prendre soin de ne pas s'identifier au modèle médical, de ne pas s'en faire l'avocat ni d'en devenir le messager.
- Dans sa relation avec les autres professionnels, le thérapeute doit prendre soin de ne pas s'identifier au client, de ne pas s'en faire l'avocat ni d'en devenir le messager.

Dave Mearns (1994)⁵ insistait sur l'importance que le thérapeute soit «à côté» du client et non «du côté» du client. C'est, pour moi, un point très important à souligner et, dans un environnement de travail s'inscrivant dans le contexte directif du modèle médical, il est tout aussi important d'être «à côté» du contexte, non «du côté» de ce contexte.

Tout ceci est beaucoup plus facile à dire qu'à faire. Le thérapeute peut se sentir parfois complètement partagé entre le monde non-directif des séances de thérapie et le monde directif de l'environnement de travail à l'extérieur des séances de thérapie. Ces deux mondes peuvent sembler

⁵ N.d.t. : Mearns (1994), pp. 53-56.

mutuellement exclusifs ou contradictoires, et la tentation peut être grande de débattre lequel des deux mondes est le meilleur pour le client. Il est important que le thérapeute ne cède pas à cette tentation dans son travail quotidien avec ses clients individuels ni avec les professionnels individuels qui se consacrent aussi à aider le client et font vraiment de leur mieux, comme le thérapeute. Céder à cette tentation revient à se prétendre l'expert des clients individuels et risque de rendre le client otage d'une guerre entre le modèle non-directif centré sur le client et le modèle médical directif. Les discussions concernant le meilleur monde pour le client doivent avoir lieu dans des situations qui ne concernent pas les clients individuels du thérapeute mais les clients en général, c'est-à-dire dans des discussions théoriques d'ordre général.

À cet égard, il peut être utile au thérapeute de conceptualiser les deux mondes comme étant complémentaires, et non contradictoires, de la même manière que les physiciens parlent de complémentarité s'agissant de la dualité onde-corpuscule de, disons, l'électron: dans une certaine configuration expérimentale, l'électron *est* un corpuscule, dans une autre, il *est* une onde. Ainsi, que l'électron soit un corpuscule ou une onde dépend de l'angle de vision du physicien. De même, que le client soit un être unique donc inconnu, duquel il est impossible d'être expert, ou que le client soit, par le biais d'un diagnostic, un être «commun», donc connu, dont il est possible d'être expert, dépend de l'angle choisi par le thérapeute: unique ou commun? Les clients peuvent tirer bénéfice des deux angles, mais les deux angles ne peuvent être pris simultanément. Bien sûr, dans le contexte du modèle médical directif, c'est principalement, ou exclusivement, le thérapeute centré sur le client qui choisit une «configuration» dans laquelle le client *est* un être unique.

Lorsqu'il est demandé au thérapeute de faire des évaluations

Rogers offre deux objections à la pose de diagnostic dans une perspective centrée sur le client:

En premier lieu, le processus même du diagnostic psychologique place le locus d'évaluation de manière si définitive chez l'expert que cela peut accroître toute tendance à la dépendance chez le client, et occasionner chez lui le sentiment que la responsabilité de comprendre et d'améliorer la situation réside dans les mains d'un autre

[...] Lorsque le locus d'évaluation est vu comme résidant chez l'expert, il semblerait que les implications sociales à long terme aillent dans le sens du contrôle social du plus grand nombre par quelques-uns (Rogers, 1951)⁶.

Dans cette optique, j'ajouterais que tout type de diagnostic psychologique augmente, chez le client du diagnosticien, l'attente que, pour aider le client, s'engage une sorte de pratique directive, sur la base du diagnostic, semblable à une prescription. Pourquoi un expert désire-t-il un diagnostic? C'est ainsi que les demandes d'évaluation deviennent une menace pour l'attitude non-directive.

Au cours des dernières années de ma carrière, les tendances à l'augmentation des contrôles et à la rationalisation au nom du progrès, qui étaient caractéristiques des systèmes de santé partout dans le monde occidental, ont aussi atteint le Danemark. La première conséquence pour mon travail a été une demande de mon nouveau directeur administratif de participer à quelques pratiques directives avec mes clients : régulièrement, une fois par mois environ, entretien diagnostique, évaluation des progrès et évaluation du risque de suicide, le tout sur la base de questionnaires et de listes de contrôle. Les résultats étaient portés au dossier du client et parfois également envoyés à des autorités extérieures dont le client dépendait pour obtenir différents types de soutien, financiers pour la plupart.

Bien que je n'aie eu que trois ans d'expérience environ avec ces pratiques, je suis parvenue à développer des stratégies pour les mener d'une manière à ne pas « ternir » sérieusement mon attitude non-directive, malgré les objections de Rogers et mon accord fondamental avec lui.

La ligne de conduite que j'ai développée pour moi-même a été de séparer, en temps et en espace, ces pratiques de la thérapie. J'ai programmé environ une à deux heures supplémentaires chaque mois pour chaque client et ce, en fin d'après-midi, lorsque je pouvais être sûre de trouver un bureau vide dans l'hôpital de manière à ne pas utiliser le mien. La plupart de mes clients ont très bien compris cet arrangement, l'acceptèrent et me furent reconnaissants de n'avoir pas pris de temps sur leur séance de thérapie pour faire ces évaluations. Toutefois, quelques patients externes, en particulier ceux qui vivaient à bonne distance de l'hôpital, n'ont pas voulu venir à l'hôpital plus qu'ils ne le trouvaient nécessaire, c'est-à-dire qu'ils ne voulaient venir que pour les séances de thérapie. Dans le cas de ces clients, très peu nombreux, je leur ai demandé de m'autoriser à

⁶ N.d.t. : Rogers, 1951, pp. 223-224.

venir chez eux à la place, reconnaissant que ce travail était, en effet, une demande de l'administration, non du client. Ce qui a été accepté par tous.

Le sérieux inconvénient de cet arrangement fut bien sûr une charge de travail accrue pour moi. J'ai essayé de la compenser en réduisant ma participation à diverses réunions, mais cela fut inacceptable pour mes collègues et ma directrice administrative. À la fin, je dus réduire le nombre de clients que je pouvais voir en thérapie. Ce fut plus acceptable pour la structure, et pour moi ce fut la preuve du déclin de la valeur accordée à la psychothérapie dans les contextes psychiatriques au cours de ces dernières années. Cela ne fut pas aussi clairement acceptable pour moi. Premièrement, je regrettais que la psychothérapie soit proposée à moins de clients. Ma directrice le regrettait aussi naturellement, ce qui pesa sur notre relation (par la suite), bien qu'elle n'allât pas jusqu'à me donner l'ordre de changer ma pratique d'utiliser du temps supplémentaire pour les évaluations, pratique qui était ma «spécialité» qu'aucun autre professionnel de la structure ne partageait. Deuxièmement, j'aimais moins mon travail parce que je passais moins de temps à pratiquer la psychothérapie et davantage à faire des évaluations dont je ne ressentais aucun besoin par rapport à mon travail thérapeutique. Je me sentais en train de faire le travail des professionnels experts du client, pas le mien.

J'ai aussi développé comme ligne de conduite d'expliquer avec soin à mes clients que ces évaluations m'étaient demandées par l'administration (par exemple ma directrice), et que l'évaluation n'avait rien à voir avec notre relation thérapeutique; je ne considérais pas les évaluations comme faisant partie de mon rôle de thérapeute mais de celui d'un professionnel parmi d'autres dans l'hôpital, et que l'un d'entre eux pourrait tout aussi bien faire cette évaluation avec eux. Par contre, il se pourrait qu'ils trouvent ces évaluations utiles dans leur contact avec d'autres professionnels du service, bien que le risque inverse soit également vrai, à savoir que la conséquence d'une intervention soit plus néfaste qu'elle ne semblait utile. Cependant, ce risque est très réduit du fait que je m'efforce de laisser le client avoir le dernier mot dans son évaluation (voir ci-dessous).

En résumé, je leur disais que notre travail d'évaluation serait sans conséquence sur notre travail thérapeutique, mais que, bien sûr, ils étaient les bienvenus d'apporter des expériences de notre travail d'évaluation dans nos séances de thérapie, comme c'était le cas de n'importe quelle expérience. Cela se produisit parfois, en particulier au cours de la première séance suivant la séance d'évaluation.

Laisser le client avoir le dernier mot a été la troisième ligne de conduite que j'ai développée. J'ai pris bien soin que les clients se reconnaissent dans le résultat des évaluations, qu'ils trouvent que ces résultats soient un énoncé fidèle de leur propre expérience du risque de suicide, de leurs progrès (ou l'inverse) et du diagnostic. Sur ce dernier point, nous avons parcouru une liste de diagnostics et utilisé celui que les clients trouvaient correspondre le mieux à leur expérience, à leurs problèmes et/ou à leurs symptômes. Cela signifie que parfois nous ayons dû apporter des corrections au questionnaire pour qu'il fasse ressortir le résultat désiré. J'ai aussi laissé le client être le juge final quant à ce que j'écrirais dans son compte-rendu.

De cette manière, l'évaluation finale fut le résultat d'une coopération entre moi et mon client, bien plus qu'elle n'était une évaluation faite par un professionnel «expert du client». En fait, c'était essentiellement une évaluation du client par lui-même. Mais ce n'était pas, bien sûr, l'intention des évaluations, et avec certains clients je suis finalement arrivée au dilemme entre mon désir de respecter le processus de la thérapie non-directive avec le client et mon désir de respecter mon contrat avec la structure directive; cette situation n'était pas sans rappeler le dilemme concernant les clients suicidaires que j'ai décrit ci-dessus. Au cours de mes trois années d'expérience de ces pratiques d'évaluation, il arriva que quelquefois, par exemple, un questionnaire donne un résultat positif d'une idéation ou d'une hallucination, concluant ainsi à un diagnostic de psychose que réfuta le client parce qu'il était convaincu de la réalité de ses expériences. Dans tous ces cas, sauf deux, ce fut généralement acceptable pour le client, et le fait que nous ayons présenté dans le compte-rendu la version de leur réalité à côté de la mienne n'a pas nui au processus thérapeutique à long terme. Mais à mon grand désespoir, dans deux cas cela porta durablement atteinte au processus thérapeutique, le client ayant finalement mis un terme à la thérapie.

Cependant, l'un dans l'autre, j'ai réussi à travailler avec ces lignes de conduite dans le cadre de ces procédures d'évaluation de manière satisfaisante pour toutes les parties, y compris moi-même. Je crois également qu'un certain nombre de clients s'en tirèrent mieux avec les conséquences de ma manière de faire des évaluations qu'ils ne l'auraient fait autrement. Et parfois, certains clients et moi avons eu quelque plaisir à faire ce travail ensemble.

Des paragraphes précédents, il ressort que les thérapeutes centrés sur le client servent mieux leurs clients en restant non-directifs plutôt qu'en

s'engageant dans des pratiques plus directives telles que diagnostics et évaluations du risque. Des praticiens centrés sur la personne trouvent que certains types de diagnostics et d'évaluations sont nécessaires (voir par exemple Sachse, 2004; Speierer, 1990; Swildens, 2004).

Toutefois, ils ne se réfèrent apparemment pas à l'Approche centrée sur la personne classique mais davantage à une sorte de thérapie centrée sur la personne plus «centrée sur le nous», c'est-à-dire, la «thérapie de Rogers – 2» (Frankel & Sommerbeck, 2005, 2007). Par conséquent, ils ne se préoccupent pas particulièrement de la non-directivité et peuvent donc intégrer leur approche au modèle médical directif, tout comme d'autres approches psychothérapeutiques peuvent le faire et le font, et ce beaucoup plus facilement que ne peut le faire le thérapeute centré sur le client (Rogers – 1).

Il convient de noter également que le paragraphe suivant implique l'argument que les résultats de la recherche et de la «pratique fondée sur les preuves» sont sans importance pour la pratique du thérapeute centré sur le client classique, dont la seule intention est de comprendre le client de manière empathique; c'est-à-dire de se centrer sur le cadre de référence du client. Ce thérapeute ne peut avoir aucun programme sur une séance menée à partir de son propre cadre de référence, y compris de la connaissance des recommandations de la recherche (Brodley, 2003).

Ainsi, la pression sur mon attitude non-directive augmenta lorsqu'il me fut demandé d'être gestionnaire des cas pour mes clients en thérapie et d'utiliser des «pratiques fondées sur la preuve» avec certains de mes clients.

Être gestionnaire de cas signifiait que je devrais prendre toutes sortes de décisions au nom de mes clients: devraient-ils commencer l'ergothérapie? Avaient-ils besoin de l'aide d'un assistant social? Un client hospitalisé pouvait-il rentrer chez lui pour le week-end? Le client était-il assez stable pour devenir un patient ambulatoire? Le statut de patient de jour devait-il être diminué? Augmenté? Le client devrait-il voir un psychiatre pour sa médication? Et ainsi de suite.

Auparavant, les clients abordaient ces questions avec d'autres professionnels, la plupart du temps avec leur psychiatre ou leur infirmière de liaison. Maintenant, ils étaient supposés en discuter avec moi, sur leur initiative, ou plus encore sur la mienne, puisque j'étais supposée organiser et diriger leur processus dans le service. Je n'avais absolument aucun espoir d'être capable de protéger un processus thérapeutique non-directif dans ces conditions. Il m'était demandé de devenir aussi directive que les autres professionnels de l'établissement, et tout autant expert du client qu'eux.

Ainsi, en pratique, comme je l'ai vu, j'étais empêchée de travailler en tant que thérapeute centrée sur le client. À peu près à la même époque, l'ordre fut donné que pour les clients dont le diagnostic était celui de dépression légère à modérée ne soit pratiquée que la thérapie cognitivo-comportementale, car au niveau de la direction régionale de santé mentale, il avait été décidé qu'elle était la seule pratique fondée sur la preuve pour de tels cas. Ce décret fut retiré par la suite lorsque la direction régionale devint quelque peu plus sage par rapport à «la pratique basée sur les preuves». Toutefois, la requête que je sois gestionnaire de cas fut plus que suffisante pour me faire réaliser que ma longue carrière en tant que thérapeute centrée sur le client dans un contexte directif était arrivée à son terme. Ce fut avec un mélange de soulagement et de tristesse, mais avec davantage du second que du premier, que j'ai opté pour un départ à la retraite et envoyé ma décision. Il est bien évident que d'autres praticiens non-directifs peuvent relever le défi, là où j'ai renoncé, et trouver comment devenir également gestionnaires de cas, non-directifs, malgré la contradiction des termes.

Conclusion

Ainsi, cette histoire ne finit pas bien. La conclusion est que le thérapeute ne peut être non-directif que si la structure directive dominante le permet, y compris le directeur du thérapeute.

J'étais plus optimiste lorsque j'écrivis mon livre qui contenait aussi un chapitre sur être non-directif dans des structures directives (Sommerbeck, 2003). À l'époque, j'avais été autorisée pendant de nombreuses années à pratiquer de manière non-directive, et j'en étais presque venue à croire que c'était un état de chose universel et permanent, un fait, non quelque chose pour lequel il fallait être particulièrement reconnaissant. Ce n'est qu'aujourd'hui que je réalise à quel point j'étais alors dans l'erreur, combien j'avais eu de la chance, et combien je pouvais être reconnaissante à mes précédents directeurs.

Je suis, par conséquent, heureuse d'avoir eu l'opportunité, notamment dans la dernière partie de cet article, de corriger ce point de vue erroné qui figure dans mon livre, et de souligner, à la place, la dépendance de chaque praticien au contexte.

Comme l'a montré l'expérience de la prison de Stanford (Zimbardo, 2008), le contexte peut faire de chacun de nous des brutes – ou pour le paraphraser – des experts directifs du client.

Références

- Bozarth, J. (1990). The essence of client-centered therapy. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Vand Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 59-65). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Brodley, B. (2003). Client-centered practice values limit the application of research findings: An issue for discussion. *Person-Centered Practice*, 11, pp. 52-55.
- Brodley, B., & Brody, A. (1990, August). *Understanding client-centered therapy through interviews conducted by Carl Rogers*. Paper presented in panel «Fifty Years of Client-Centered Therapy: Recent Research» at the American Psychological Association annual conference, Boston.
- Cooper, D. (1967). *Psychiatry and anti-psychiatry*. London: Tavistock.
- Frankel, M., & Sommerbeck, L. (2005). Two Rogers and congruence: The emergence of therapist-centered therapy and the demise of client-centered therapy. In B. Levitt (Ed.), *Embracing non-directivity* (pp. 40-61). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Frankel, M., & Sommerbeck, L. (2007). Two Rogers and congruence: The change from client-centered therapy to we-centered therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 4, pp. 286-295.
- Mearns, D. (1994). *Developping person-centered counselling*. London: Sage Publications.
- Merry, T. (1996). An analysis of ten demonstration interviews by Carl Rogers: Implications for the training of the client-centered counselors. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid, & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 273-283). Vienna: Peter Lang.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sachse, R. (2004). From client centered to clarification-oriented psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 3, pp. 19-35.
- Sommerbeck, L. (2003). *The client-centered therapist in psychiatric contexts: A therapists' guide to the psychiatric landscape and its inhabitants*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Speierer, G. (1990). Towards a specific illness concept of client-centered therapy. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 337-361). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Swildens, H. (2004). Self-pathology and postmodern humanity: Challenges for person-centered psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 3, pp. 4-18.
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Harper.
- Szasz, T. (1987). *Insanity: The idea and its consequences*. New York: Wiley.
- Zimbardo, P. (2008). *The Lucifer effect: Understanding how good people turn evil*. New York: Random House.