

Réponse aux couples et aux familles en détresse: les six conditions de Rogers vécues à l'aune du médium unique de la thérapie relationnelle

Charles J. O'Leary

Traduction : Nicole Stora et Françoise Ducroux-Biass

Charles J. O'Leary, ancien élève de Carl Rogers, est thérapeute de famille et de couples. Superviseur agréé de l'*Association of Marriage and Family*, il a enseigné en post-formation à la *National University* de San Diego, en Californie, à la *San Diego State University* et à la *Regis University* de Denver, au Colorado. O'Leary exerce en libéral à Denver. Il est l'auteur de *Counselling Couples and Families: A Person-Centred Approach*.

Résumé

La psychothérapie relationnelle telle que l'envisage Charles O'Leary peut être considérée comme une application de l'Approche centrée sur la personne aux contextes particuliers du couple et de la famille. Dans ces configurations, le thérapeute est face à une entité minimale de deux personnes qui représente le client s'il s'agit d'un couple, ou de plusieurs personnes s'il s'agit d'une famille; les uns et les autres se trouvant dans la relation

L'original de cet article a été publié dans *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2008, vol. 7, 4, pp. 294-307.

spécifique qui les relie. Dans cet article, l'auteur a procédé à une étude systématique des conditions thérapeutiques définies par Rogers appliquées à des instances qui sont propres aux deux situations en question pour démontrer que la thérapie relationnelle s'inscrit dans les paradigmes de l'Approche centrée sur la personne.

Mots-clés: psychothérapie familiale, psychothérapie conjugale, cadre thérapeutique, relation thérapeutique, relation familiale, relation parent enfant, supervision, vignette clinique.

La lecture de la littérature récente concernant la thérapie relationnelle permet de prendre conscience que les approches autoritaires et centrées sur le thérapeute rencontrent de la résistance (Butler & Bird, 2000), voire l'échec, dans leurs réponses aux besoins d'attachement sous-jacents et à la communication des émotions primaires (Johnson & Greenberg, 1994). Bien que la recherche ait mis l'accent sur les modèles différenciés des thérapies de couple et de famille, de plus en plus d'auteurs insistent sur les variables de la relation qui, indépendamment de la théorie ou de la technique, induisent chez les thérapeutes une bonne thérapie (Beutler et al. 2004; Blow, Sprenkle & Davis 2007). Parmi les modèles thérapeutiques, d'autres auteurs (Davis & Piercy, 2007a; 2007b) insistent sur les similarités de la perception des thérapeutes par le client. Un thérapeute familial pour adolescents, très nettement interventionniste, mentionne même une recherche selon laquelle les jeunes clients n'aiment pas les thérapeutes «qui parlent trop» ou «posent trop de questions» (Selekman, 2007). Il poursuit en disant que la confiance dans les ressources mêmes de la famille et la capacité d'exprimer «le regard positif inconditionnel» sont au centre de la thérapie des adolescents ayant des problèmes d'automutilation. Duncan, Hubble et Miller (1997) et Duncan (2007) citent plusieurs méta-études selon lesquelles les facteurs du client, motivation comprise, comptent autant que la qualité de la relation thérapeutique dans 70% de tous les résultats positifs en psychothérapie. D'un point de vue plus expérientiel, Rober (2005) décrit l'importance de la qualité de la réponse du thérapeute à chaque client (enfant ou adulte) qui utilise les termes mêmes de cette personne selon son propre rythme.

Dans la vie de couple ainsi que dans la vie familiale, la détresse a longtemps été décrite comme le produit d'une causalité complexe (Gurman & Kniskern, 1981; O'Leary 1999). En effet, une seule personne ne peut être la cause des problèmes et des difficultés au sein d'une relation. Néanmoins, des modèles d'interaction entre les individus, modèles rigides et méconnus, maintiennent la situation en l'état et empêchent toute conversation ou action congruente, voire même les deux à la fois. Les changements de perceptions et d'actions individuelles facilitent le changement dans ces modèles (Davis & Piercy, 2007a, 2007b).

Les approches d'éducation et de restructuration centrées sur l'expert n'ont pas eu autant de succès que les approches qui *répondent* aux personnes plutôt que de décrire ou prescrire dans un système relationnel. Dans une relation, une grande part de la détresse est causée par des personnes qui essaient de se changer mutuellement plutôt que de comprendre leurs propres besoins émotionnels intimes et ceux de l'autre. La clé du changement thérapeutique est l'empathie et l'acceptation des personnes, simplement comme elles sont dans le système. Par exemple, un thérapeute de couple centré sur l'émotion (Greenberg & Johnson, 1988; Johnson, 2004) peut obtenir le soutien et la compréhension d'un homme qui, dans un couple hétérosexuel, se sent exclu et critiqué, en même temps qu'il facilite le soutien de la femme qui se sent mal aimée et ignorée. C'est en faisant montre d'une compréhension adéquate, et en offrant une acceptation inconditionnelle aux deux personnes qui sont dans cette situation difficile que le thérapeute peut efficacement faciliter le changement. Ce n'est que lorsqu'il se sent compris à sa juste valeur qu'un homme peut alors offrir à une femme l'attention et l'engagement dont elle a manqué; ce n'est que lorsqu'elle se sent comprise à sa juste valeur qu'une femme peut offrir à un homme l'appréciation et l'absence de critiques dont il peut avoir besoin. Dans un système, le changement n'est pas obtenu par des directives et du contrôle mais plutôt par un changement dans l'atmosphère émotionnelle qui permet l'émergence de nouvelles possibilités.

Les six conditions de Carl Rogers, base de l'efficacité du thérapeute dans la thérapie relationnelle

En 1957, après plus de vingt ans de recherche, Carl Rogers formula les fondements de sa thérapie en nommant les conditions nécessaires et suffisantes pour qu'un changement thérapeutique ait lieu. Les six conditions

énoncées ci-dessous privilégient la relation thérapeutique et la primauté du client en tant qu'agent de changement. Ces conditions sont autant applicables au travail du thérapeute relationnel qu'à celui des thérapeutes individuels qui ont suivi l'exemple donné par Rogers il y a 50 ans. Les six conditions sont une voie peu utilisée comparée à la très forte alliance client-thérapeute prônée de nos jours par la littérature relative à la thérapie relationnelle. À propos de la thérapie familiale, Bott fit ce commentaire: «Si nous cherchons à humaniser avec pragmatisme notre pratique en répondant respectueusement aux familles dans le but de créer un contexte qui permette de libérer le pouvoir personnel plus qu'il ne l'assujettit, Rogers fournit une position claire, accessible, et surtout éthique, à partir de laquelle il est possible d'agir» (Bott, 2001)¹. De fait, une enquête récente (Simon, 2007) cite Rogers comme étant le thérapeute le plus influent de nos jours parmi 2598 thérapeutes américains.

Gaylin (1989), O'Leary (1999) et Bott (2001) ont décrit de façon plus détaillée ces conditions à l'œuvre dans la thérapie relationnelle. Les six conditions sont énumérées ci-dessous d'abord dans les termes mêmes de Rogers suivis, en italiques, d'une brève traduction de la thérapie relationnelle en langage courant relationnel et expérientiel, par l'auteur de cet article.

1. Deux personnes sont en contact psychologique. *En thérapie relationnelle, cela signifierait un engagement actif de chaque individu: jeune ou vieux, s'exprimant ou ne s'exprimant pas, motivé ou apparemment non motivé, en contact avec ses sentiments aux yeux des autres, ou non.*
2. Le premier, que nous nommerons client, est en état d'incongruence, vulnérable ou anxieux. *En thérapie relationnelle, la perte de congruence est à la fois cause et effet de l'accroissement de l'anxiété et de la frustration. Souvent dans les couples, les membres se voient l'un et l'autre comme indignes de confiance, injustes, et ne correspondant plus à leur soi précédemment acceptable. Ils communiquent souvent avec un langage partial et accusatoire qui peut aller à l'encontre de leur désir relationnel plus profond.*
3. La seconde personne, que nous appellerons thérapeute, est congruente ou intégrée dans la relation. *Les familles et les couples recherchent la «présence non anxieuse» des thérapeutes (Friedman, 1991), celle de personnes qui peuvent rester engagées avec les autres tout en étant à l'aise avec elles-mêmes, et sans éprouver le besoin de jouer un rôle.*

¹ N.d.t.: Bott, 2001, p. 375.

4. Le thérapeute fait profondément l'expérience d'un regard positif inconditionnel envers le client. *Dans une thérapie relationnelle réussie, tous les clients ressentent que leur situation a du sens pour le thérapeute. Le thérapeute cherche à être partial en étant du côté de chaque personne à la fois.* (Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981).
5. Le thérapeute fait profondément l'expérience de la compréhension empathique du cadre de référence interne du client et s'efforce de communiquer cette expérience au client. *Ceci est le cœur d'une bonne thérapie, qu'elle soit relationnelle ou individuelle: c'est l'art de comprendre avec justesse le point de vue général de chaque individu sans nier la validité des perspectives très différentes des autres clients. Les clients viennent en thérapie avec l'espoir que le thérapeute permettra que ceci se produise.*
6. La communication au client de la compréhension empathique du thérapeute et de son regard positif inconditionnel est perçue à un degré minimum. *Le thérapeute relationnel s'engage plus activement dans la thérapie. Converser et parvenir à communiquer avec les clients révèle les qualités énumérées plus haut, de même que davantage de calme dans la qualité de la réponse révèle ces mêmes qualités dans la thérapie individuelle.*

Critiques, attitude défensive, refus de communiquer (obstruction), mépris et refus constant d'échanges positifs caractérisent les situations de détresse (Gottman, 1999). Les personnes qui sont dans des relations malheureuses peuvent aussi sembler enfermées dans des tentatives de contrôle mutuel, dans un état d'apitoiement sur elles-mêmes qui bloque toute compassion (O'Leary, 2003), de refus mutuel d'empathie et à un niveau de confiance en soi bas et persistant.

Les six conditions de l'Approche centrée sur la personne (Rogers, 1957), qui mettent l'accent sur la relation thérapeutique et le cadre de référence des clients, sont particulièrement appropriées à une thérapie qui tente d'agir sur les relations. Une thérapie qui ne cherche pas à contrôler, qui privilégie la compréhension et l'acceptation, et attend de la part du thérapeute authenticité et engagement non possessif, modélise le changement centré sur la personne dans les relations. Pour Carl Rogers: «Ce qui importe ce n'est pas ce que l'Approche centrée sur la personne vous donne; c'est ce qu'elle n'enlève pas.» (O'Hara, 2007)². Cette thérapie facilite aussi la créativité, la responsabilité et la communication congruente des clients.

² N.d.t.: O'Hara, 2007, p. 57.

Description du travail du thérapeute relationnel

Depuis 1998, au cours d'ateliers et plus récemment dans O'Leary et Johns (2007), j'ai proposé une description de fonction du thérapeute relationnel. J'utilise le terme usuel, description de fonction, pour aider les thérapeutes à prendre conscience que les limites, les contingences et les obligations du travail avec plus d'une seule personne sont nécessairement différentes du travail en individuel, même si les intentions et les attitudes sont importantes. Le travail d'un comptable sera différent de celui d'un apiculteur même si leurs attitudes et leurs expériences de vie sont identiques. Un descriptif de fonction a d'autres buts. De façon paradoxale, une prise de conscience importante de ce que vous pouvez faire ou ne pas faire permet une réponse libre, naturelle et authentique. Ma description de six groupes de comportements et d'attitudes prévisibles est un essai d'intégration des conditions de l'Approche centrée sur la personne dans l'expérience de la thérapie relationnelle. Les conditions nodales de Rogers agissent comme une boussole indiquant le vrai Nord alors que je me meus dans la complexité de la facilitation des personnes en relation. Mes manières d'être prévisibles ont changé maintes fois au cours de ces douze dernières années depuis que j'ai commencé à les présenter, et elles changeront davantage dans le futur. Pour une description plus détaillée de ces façons d'être, voir O'Leary et Johns (2007). Mon intention ici est de montrer la mise en pratique des conditions nodales de Rogers dans le travail avec des couples et des familles.

Un : chercher activement à comprendre chaque personne présente et à lui montrer de l'acceptation

Le thérapeute relationnel centré sur la personne cherche à être en relation avec chaque client. Le contact psychologique (*condition 1* de Rogers) est obtenu par un accueil individuel actif, des questions et des réponses individuelles à chacune des personnes en présence. Cela joue le même rôle que les signes tranquilles du thérapeute individuel signifiant à ses clients sa disposition à les écouter. Par exemple en thérapie de couple, il est très important de faire de la place aux deux clients pour qu'ils puissent exposer leurs problèmes et leurs désirs plutôt que de supposer que les deux personnes comprendront de la même manière la liberté de faire sienne la séance de thérapie. En thérapie familiale avec des adolescents, il est important que le thérapeute donne la priorité à l'expression maladroitement des jeunes et à leurs histoires familiales embrouillées par rapport aux

monologues parentaux au milieu des soupirs et de l'agitation des enfants. Dans la mesure où l'implication active du thérapeute a été établie pour chaque personne la liberté de parole et la responsabilité d'écoute, c'est la réponse de client à client qui est privilégiée.

L'acceptation (*condition 4* de Rogers) est extrêmement importante en thérapie relationnelle. L'incongruence, du couple et de la famille (*condition 2* de Rogers), est habituellement le produit de la peur du jugement sur ce qui apparaît comme l'inadéquation d'un partenaire individuel, mère, père ou enfant, ou pire, de tout le groupe. Dave Seaburn (2007a; 2007b), thérapeute familial scolaire, a décrit la honte que les parents ressentent devant la mauvaise conduite de leurs enfants à l'école. Cette honte a pour conséquence cris et insultes envers les enfants, interruption du contact positif avec les enfants et évitement de la collaboration avec les professeurs et autres membres du personnel de l'école qui peuvent avoir la charge de l'enfant. En écoutant l'histoire familiale, les thérapeutes peuvent dire comment cette histoire pourrait être révélatrice d'essais d'auto-actualisation individuels et, dans le cas de familles, de maîtrise d'étapes de développement.

Les thérapeutes relationnels ne peuvent avoir d'influence sur la famille que dans la mesure où ils portent prioritairement une attention constante au traitement respectueux de chaque personne dans le système. Les thérapeutes relationnels ne peuvent accepter de manière passive que leurs relations avec les clients soient déterminées par les habitudes familiales préexistantes. En fait, c'est l'incongruence entre ces habitudes et les désirs de la famille qui sous-tend la raison d'être de la thérapie.

Deux: structurer les séances et porter une attention particulière aux premières et dernières séances de la thérapie ainsi qu'aux conditions de début et de fin de chaque séance

Dans les relations de détresse, le moins qu'on puisse dire c'est que les clients ne mettent pas souvent en pratique les conditions nodales entre eux. C'est au thérapeute qu'incombe la tâche de fournir sécurité et espace pour chaque membre de la famille et de veiller en même temps à ce que les clients aient au maximum le contrôle et la direction de la thérapie.

Apporter une structure au début et à la fin de chaque séance, ou lorsque les clients discutent de questions difficiles, est nécessaire pour permettre d'écouter et de parler tout en étant responsable de ce que l'on dit comme de la liberté de le dire. Face à des clients qui parlent de manière

congruente et écoutent attentivement, il est évident que toute structure du thérapeute devient inutile.

Dans les ateliers de thérapie relationnelle, je demande aux participants quel serait leur plus grand désir que pourrait satisfaire le thérapeute qui recevrait leur famille en même temps qu'eux. « Quelqu'un qui puisse créer un espace dans lequel chaque personne puisse être entendue » est la réponse la plus fréquente. (Une fois, une participante a demandé que le thérapeute prenne plus de place et parle plus fort que son père, signifiant métaphoriquement, je suppose, le besoin de quelqu'un ayant des qualités personnelles assez puissantes pour maintenir un espace de dialogue sûr et respectueux.)

Vouloir structurer tout en recherchant la liberté de partage des clients représente à mes yeux une forme de congruence (*condition 3* de Rogers). Lorsque les gens me téléphonent pour demander quelle est mon approche de la thérapie de couple, je réponds habituellement: « J'essaie d'offrir aux gens la possibilité de dire ce qu'ils sentent, pensent et ressentent vraiment sans que cela fasse sortir leur partenaire de la pièce ». Pour moi la pire incongruence serait de rester assis à écouter les gens s'insulter et se menacer les uns les autres et de ne rien faire, comme des enfants coincés au milieu de parents qui se disputent (expérience commune aux débutants en thérapie relationnelle).

Au début des séances, avec des couples par exemple, je demande à chaque personne ce sur quoi elle aimerait particulièrement se centrer. Nous ne commençons pas avant que chacun ait dit ce qu'il désire et qu'ensuite nous ayons trouvé une façon d'aborder les deux questions. Sans cette structure, les couples se retrouveront empêtrés dans le sujet qui favorise celui des partenaires habituellement le plus disert et le plus concerné, et qui éloigne ou aliène le client qui s'exprime le moins.

Ma façon de structurer est aussi simple que nécessaire: demander aux gens d'attendre leur tour, demander qu'un monologue ne soit pas long pour que ceux qui écoutent puissent répondre avant de se fermer à leurs émotions, réserver du temps à la fin de la séance pour éviter que des questions passagères mais émotionnellement chargées ne surgissent alors que les personnes sortent. Le regard positif inconditionnel (*condition 4* de Rogers) peut s'évanouir instantanément si une question difficile provoque une explosion de sentiments alors même que l'heure de thérapie touche à sa fin. En fait, les dernières minutes d'une séance de thérapie relationnelle peuvent être extrêmement utiles pour discuter du travail non terminé lors de la séance et de ses effets.

Trois : demander, préciser dans quel but chaque personne vient à la séance et s'y référer

Tout comme le silence, l'écoute et le reflet sont les façons naturelles de faciliter l'exploration et la guérison du client individuel, poser tranquillement des questions et faire un suivi empathique est une manière d'amener les clients au dialogue relationnel. Demander «que voulez-vous?» (ou toute autre question qui invite les clients à réfléchir) est souvent facilitant. Donner du sens à ce que les gens veulent, revenir souvent à la question et relier explicitement les événements de la séance aux objectifs exprimés par les clients, peut réduire l'anxiété et la confusion chez les personnes stressées (O'Leary & Johns, 2007). La question confirme que les gens sont présents non pour quelque expérience existentielle anodine mais parce qu'ils sont engagés dans un dialogue avec les personnes qui sont importantes à leurs yeux.

Les clients sont en thérapie parce qu'ils sont en état d'incongruence (*condition 2* de Rogers) et ils le montrent en provoquant, chez les personnes importantes pour eux, le contraire de la réponse qu'ils souhaitent. Par exemple, un homme exige du respect de la part de ses fils adolescents sur les mêmes tons violents et autoritaires qui lui auraient valu du mépris quand il était adolescent. La question «qu'espérez-vous que votre fils comprenne de ce que vous lui dites?» ou toute tentative empathique sur ce qu'il pourrait ressentir, court-circuite sa posture agressive au profit du besoin légitime sous-jacent.

Lors d'une séance relationnelle, «Que voulez-vous?» peut être le fil qui connecte les rencontres parfois chargées d'émotions à l'objet du rendez-vous. C'est aussi *une manière centrée sur le client* de réduire la tension d'une séance et de permettre aux personnes de trouver leur centre. Les personnes en état de grande agitation psychologique ne se communiquent pas leurs véritables sentiments mais sont plutôt «prises à la gorge» (Wylie, 2004) et tiraillées entre «se battre ou s'enfuir». Le contact empathique du thérapeute est particulièrement important lorsque la colère apparaît au cours d'une séance. Comme je l'ai écrit ailleurs à propos de la colère en séance :

La présence du thérapeute est importante lorsque la colère s'exprime. Il la place dans son contexte, la ponctue et lui donne du sens. Ce n'est pas juste de la colère mais de la colère qui s'exprime dans le cabinet du thérapeute. Cela ne veut pas dire que la colère est niée, interdite, ou détournée par un jeu de mots habile en quelque chose de plus positif et donc de mal compris. Le thérapeute dialogue avec

la personne en colère ainsi qu'avec son ou sa partenaire [...]. Il se peut que le thérapeute demande la signification de cette colère [...] il ouvre la voie à ne pas accepter la colère comme un fait, mais comme une feuille de route pour apprendre à communiquer. Peut-être un thérapeute demandera-t-il: «Qu'aimeriez-vous avoir appris juste maintenant?» ou «Qu'attendez-vous de votre partenaire alors que vous semblez si déçu?» (O'Leary, 1999)³.

Quatre: maintenir la conviction que chaque personne essaie de se réaliser. Ne pas essayer de changer qui que ce soit

La formation centrée sur la personne incite à guetter le changement le plus inattendu de la part de la personne la plus inattendue au moment le plus inattendu. En utilisant largement des processus non structurés, les groupes de formation centrés sur la personne permettent aux gens d'être en relation avec l'espoir d'être changés par les interactions sans attendre de savoir comment ils changeront. De même, les relations dans les couples et les familles se développent aussi longtemps que chaque personne se sent soutenue (*condition 1* de Rogers) et comprise (*condition 5* de Rogers). La formation centrée sur la personne instaure la confiance, non dans le pouvoir de la contrainte et de la conformité, mais dans l'influence positive de la liberté de parler sans masque et celle de choisir, sans peur de perdre l'approbation (Mearns, 1997).

La confiance des thérapeutes dans leur approche a été corrélée avec des résultats positifs en thérapie (Duncan, 2007). «J'ai confiance que la conversation parviendra à se frayer un chemin», a dit Maureen O'Hara (O'Leary, 1999)⁴. En thérapie relationnelle, le thérapeute est très vigilant et réactif à tout changement dans «l'histoire dominante» d'un système, schéma restrictif et répétitif qui rend le progrès apparemment impossible (White & Epsom, 1990). Les remarques et les commentaires apportés aux histoires des uns et des autres qui vont à l'encontre de l'histoire dominante guidée par la peur, permettent aux relations de se réorganiser. Un jeune homme discutait solennellement d'un plan pour dire à sa mère qu'il était homosexuel et cherchait d'avance le maximum de soutien du thérapeute pour cette conversation quelque peu difficile et même dangereuse. La semaine suivante, lorsque le thérapeute lui demanda où en était son plan pour le dire à sa mère avec précaution, il répondit négligemment «Oh, je

³ N.d.t.: O'Leary, 1999, p. 20.

⁴ N.d.t.: *Ibid.*, p. 19.

le lui ai déjà dit». «Comment avez-vous réussi à le faire?» demanda le thérapeute, soulignant le succès obtenu de façon autonome par le jeune homme. Les attentes du thérapeute ne créent pas le changement et ne peuvent pas le créer mais elles peuvent faciliter la sécurité nécessaire pour que ce changement se produise.

Il y a là un paradoxe. Les gens viennent en thérapie parce qu'ils veulent changer et voir tel thérapeute parce qu'ils ont entendu dire qu'il aide les gens à changer. Mais si ce thérapeute parvient à être reconnu de façon particulière comme un membre du couple ou de la famille, alors il «doit» changer, car il devient incongruent. L'intention du thérapeute de faciliter seulement le changement choisi par chaque client permet au client de le percevoir plus facilement comme un allié réel, attentionné et compréhensif (*condition 6* de Rogers).

La supervision est la clé pour rester conscient de la perte ou de l'accroissement de la confiance des clients (Lambers, 2006), ou du besoin grandissant de vérifier leur comportement. Partager les réactions des clients avec un superviseur qui les soutient permet aux thérapeutes de s'apercevoir de leur incongruence (Lambers, 2006) et de distinguer les biais personnels des objectifs des clients.

Cinq: exercer une fonction d'enseignement

Les gens viennent en thérapie relationnelle parce qu'ils perçoivent leur manque de savoir-faire. À tort ou à raison, ils espèrent que quelqu'un saura mieux qu'eux-mêmes comment améliorer leur conversation. Il existe beaucoup de bonnes recherches sur ce qui distingue les relations heureuses des relations douloureuses. Parmi les relations réussies, il y a tout autant de désaccords que dans les relations d'échec, mais les gens se parlent différemment (Gottman, 1999, 2001; Rogers, 1972). La thérapie relationnelle est une pratique d'enseignement autant qu'une conversation thérapeutique. Tout comme en formation centrée sur la personne, des lectures sont conseillées aux clients, un livre de Doherty (2001) par exemple, des cassettes ou des disques (Gottman, 2001) ou des exercices pratiques (Stuart & Jacobson, 1987). Les clients mesurent souvent leurs propres progrès par leur capacité à utiliser les savoir-faire: «Nous avons eu notre dispute habituelle à propos de l'argent l'autre soir mais nous avons réussi à aller jusqu'au bout, cette fois-ci, et nous avons continué à nous parler après.»

Parmi les résultats de thérapies de couple réussies, les clients trouvent une explication à leur souffrance et à ce qu'ils pourraient faire pour

y remédier (Davis & Piercy, 2007a, 2007b). En Approche centrée sur la personne, le thérapeute considère les clients comme les experts qui sont le mieux qualifiés pour décrire la difficulté de leur situation et comment y remédier. Les thérapeutes sont des partenaires de dialogue dans cette exploration. De même que la réflexion empathique est essentielle en thérapie individuelle, il est essentiel que les thérapeutes cherchent activement à comprendre non seulement les pensées et les sentiments individuels, mais aussi leur relation avec celles et ceux des autres membres de la famille.

Le thérapeute interagit fréquemment; il relie les dilemmes aux informations et aux expériences tout en évitant de donner des leçons ou de dominer les séances. Le fait que je leur parle simplement fait de moi une personne qui participe à la vie des clients plutôt qu'un observateur supérieur et distant; le silence est souvent considéré comme un jugement, un manque de compréhension, d'attention, avec l'idée que le thérapeute n'est pas authentique. En cherchant à élargir et à approfondir la compréhension des conditions nodales de Rogers, Barrett-Lennard (2005)⁵ a écrit:

Il est également essentiel de s'ajuster au ton du monde actuel de l'autre et des relations dans lesquelles il est engagé – là où se passe la majeure partie de la vie. Un ajustement aussi minutieux dépend de la « familiarité » personnelle de l'aidant avec la sphère humaine, et de sa connaissance de la sous-culture ou du mode vie de l'autre. À ce niveau de travail thérapeutique, une ouverture prometteuse signifie que les clients ont l'opportunité d'amener en thérapie tout ce qu'ils souhaitent activement explorer dans leur vie relationnelle.

Pour y parvenir il me faut parler. Je dois relier ce que dit le client à ce que je sais, par exemple, des femmes qui vivent avec des hommes, ou des couples qui vivent avec un nouveau-né, ou d'un couple dont l'un des membres perd son travail, ou de deux hommes ou de deux femmes qui vivent ensemble dans une société homophobe. Ma parole n'est pas une leçon du supérieur qui proclame la vérité mais une invitation à être ouvert chez soi aux frustrations qui sont indiscutables. C'est aussi une façon de « normaliser » les troubles de cette relation particulière: c'est-à-dire de communiquer comment deux personnes ou plus, tout aussi bonnes les unes que les autres, peuvent être dans une telle situation.

⁵ N.d.t.: Barrett-Lennard, 2005, pp. 53-54.

Certains thérapeutes parlent trop et dénie aux clients l'opportunité de trouver leur propre voix; d'autres parlent trop peu, si bien que les clients se sentent seuls, exposés au jugement et sans soutien. La supervision des thérapeutes et l'évaluation des clients sont les moyens de trouver l'équilibre.

Ned Gaylin (1989) a remarqué que parfois, dans un couple ou une famille, une fonction de guidage était nécessaire lorsque des questions objectives de développement troublent inutilement le dialogue. Il utilise l'exemple de parents qui discutent de l'âge adéquat pour l'apprentissage de la propreté comme si leur opinion importait plus que le fait de savoir si leur enfant a ou non atteint l'âge de propreté. *Le thérapeute peut assumer temporairement un rôle d'enseignement avant de revenir à un mode thérapeutique.* Comme je l'ai décrit ailleurs :

Il est impossible de faire une thérapie de couple ou de famille efficace sans faire attention à ces questions de développement. Par exemple, même si le couple se réjouit de la présence d'un bébé voulu et adoré, la période après la naissance d'un bébé est presque universellement vécue comme une période de difficultés et même de perte. Le thérapeute n'interrompt pas ce que le client partage, il n'essaie pas non plus de neutraliser les forts sentiments du client. Mais il peut évoquer la possibilité de perte mutuelle et de déception inattendue comme une alternative aux accusations rigides d'égoïsme et de manque d'affection souvent exprimées par les nouveaux parents (O'Leary & Johns, 2007)⁶.

Quand les paroles du thérapeute sont accueillies par un silence, elles deviennent paroles d'expert et leur enseignement n'est pas congruent avec leur objectif; quand ces paroles sont accueillies par de larges commentaires, ou mieux, par des corrections et clarifications de l'un des clients ou plus, elles atteignent leur objectif: établir le contact avec les clients (*condition 1* de Rogers). Tout aussi important est le fait du dialogue qui, donnant des explications à une détresse relationnelle sans rejeter la faute sur l'autre, fournit un langage à l'expérience de l'acceptation authentique, de la part du thérapeute et finalement de la part de l'un et de l'autre. L'information peut transformer le blâme mutuel et amener chacun à comprendre qu'ils se trouvent ensemble face à des problèmes que personne n'a créés.

⁶ N.d.t.: O'Leary & Johns, 2007, p. 272.

Six: être thérapeute de manière non défensive et assidue permet de travailler aux objectifs des clients de façon détendue et de créer le terrain émotionnel d'une expression plus profonde des clients

La non-défensivité est une forme d'acceptation de soi et de sécurité qui permet à une personne de répondre aux critiques de l'autre, ou à sa mauvaise compréhension apparente, par curiosité et avec intérêt plutôt que par des explications pesantes, par la négativité ou la contre-attaque. Le thérapeute qui s'implique et joue un rôle actif dans la conversation du couple ou de la famille rencontrera par moments le désaccord, les insultes ou la confusion des clients en réponse à ses déclarations bien intentionnées et formulées avec soin. En ne cherchant pas à être considéré comme celui qui a raison, voire aidant, le thérapeute peut faciliter les réactions des clients et en faire des occasions pour apprendre, se comprendre et s'accepter soi-même. Dans des situations émotionnellement chargées, l'attitude non défensive du thérapeute pourrait être pour les clients une excellente opportunité de percevoir et d'être assurés qu'ils reçoivent l'acceptation du thérapeute et sa volonté de les comprendre (*condition 6* de Rogers).

Par exemple, j'ai récemment exprimé de la surprise et de l'inquiétude lorsque, soudain, une grand-mère décrivit avec colère, accusations et découragement, le comportement de son petit-fils de quatorze ans. (Elle était sa tutrice et son seul parent.) Je me suis montré plus désapprouvateur que je n'en avais l'intention et me suis retrouvé face à une cliente très irritée et offensée. «Je ne suis pas venue ici pour être analysée et réprimandée par vous» dit-elle entre autres choses. «Vous avez raison, lui dis-je, je suis désolé. C'était bien la dernière chose que je désirais faire que de vous réprimander ou de vous donner à penser que j'avais des doutes sur la façon dont vous meniez votre vie avec Paul. En fait je ressens tout le contraire.» La cliente se radoucit et abandonna son plan de mettre fin à nos séances «d'autant plus que vous n'êtes pas un salaud».

Avoir beaucoup de raisons objectives de m'excuser de cette façon n'est pas mon but! S'excuser ou écouter les critiques apparemment méritées ou non, fournit au thérapeute la possibilité de rencontrer les clients à un niveau de profondeur relationnelle (Mearns & Cooper, 2005) plus intense que cela ne serait possible si le thérapeute avait besoin d'être vu comme quelqu'un qui a toujours raison et qui est toujours efficace.

Être non défensif favorise la congruence du thérapeute (*condition 3* de Rogers). Le thérapeute n'a pas besoin de mettre de l'énergie à essayer de revendiquer une position, celle de l'expert ou de quelqu'un de bienveillant

par exemple. Il est donc libre de faciliter la compréhension des clients de leurs propres réactions. «J'ai besoin de prouver que ce que j'ai dit a été efficace» fait place à «Oui, je vois que vous êtes bouleversé. Est-ce que c'est comme si j'avais l'air de me joindre à votre partenaire pour essayer de vous changer? Est-ce que c'est comme si, maintenant, vous deviez vous défendre à la fois contre elle et moi?». La vulnérabilité du thérapeute accompagnée du soutien d'un client vulnérable est une opportunité pour chaque client de faire plus profondément l'expérience de l'acceptation et de la compréhension que lors d'interactions plus banales (*condition 6* de Rogers).

Exemple de cas

Miriam (52 ans) et Paul (67 ans) demandèrent à faire une thérapie après que Miriam eut déménagé de la grande ferme de plusieurs hectares qu'ils occupaient avec leurs trois adolescents. Vivre dans un modèle de mariage qui lui semblait dépassé avait conduit Miriam au bord du suicide. Elle déménagea en ville où elle pouvait passer davantage de temps à s'occuper de son église, de ses amis et de ses nombreux centres d'intérêts qui n'avaient rien à voir avec la maison ou la ferme. «J'ai déménagé pour sauver ma vie» dit-elle. Même si elle disait qu'elle aimait Paul, son mari depuis vingt ans, il avait perdu de son attrait pour elle. Elle était de plus en plus irritée par ses habitudes et souvent accablée par leurs différences. Il était à la retraite depuis longtemps, satisfait de la vie à la campagne, détestait la vie en ville et montrait peu d'intérêt pour ses amis, son église ou les activités culturelles auxquelles sa femme participait souvent. Miriam ne voulait pas divorcer de Paul ni même cesser d'être sa femme. C'est elle qui fut à l'origine de la thérapie pour trouver une façon de lui faire savoir que son besoin de distance n'était pas nécessairement la fin de leur mariage.

Paul se sentit blessé, choqué et en colère par le départ de Miriam et par ce qu'il considérait comme une forme de mariage entièrement unilatérale. «Elle veut bien être mariée avec moi tant que j'accepte tout ce qu'elle veut.» Dans ce territoire inexploré, les six conditions de l'Approche centrée sur la personne ont été le meilleur guide de ma thérapie.

Condition 1: deux personnes sont en contact psychologique

Il fut important pour moi d'expliquer que la thérapie fonctionnait en permettant à chaque personne de dire ce qui était le plus important pour

elle pendant que le thérapeute et l'autre personne écoutaient. Miriam choisit de commencer et fit part de son histoire. De temps en temps, je rassurais Paul en lui disant qu'il aurait un « temps de parole égal ». Je répondais aussi à son langage corporel avec quelques mots comme « est-ce que pour vous ceci est particulièrement difficile à comprendre ? » Une partie importante de mon travail est de créer un espace pour que celui qui parle dise les choses avec ses propres mots. Il est tout aussi important de créer un espace pour que les difficultés de celui qui écoute soient reconnues. Par exemple: « Pouvez-vous la laisser parler un peu plus longtemps ? Ou bien avez-vous besoin de parler tout de suite ? »

Condition 2: la première personne, que nous appellerons client, est en état d'incongruence, qu'il soit vulnérable ou anxieux

Avec ce couple, il était important pour eux que le ressenti de l'incongruence qu'il percevait chez l'autre soit reconnu sans que cela implique que cette personne ait tort ou soit inadéquate. Miriam avait besoin de dire qu'elle ne pouvait pas vivre dans le type de mariage de Paul sans que celui-ci ne conclue qu'elle en avait assez de lui. Paul avait besoin de dire qu'il pouvait aimer Miriam et vouloir le meilleur pour elle sans nier son droit à rejeter sa conception du mariage.

Condition 3: la seconde personne, que nous appellerons thérapeute, est congruente ou intégrée dans la relation

Comment pouvais-je être à l'aise et naturel avec Paul et Miriam en tant que thérapeute ? Il était important que je me débarrasse de l'idée que je pourrais trouver une solution à leur situation. Je ne pouvais pas prétendre convaincre Miriam de se ranger à la façon dont Paul voyait les choses, ni Paul d'accepter celle de Miriam. La congruence voulait que je ne fasse pas plus que ce que je pouvais tout en faisant absolument tout ce que je pouvais. Je pouvais faciliter le dialogue avec une oreille attentive et respectueuse, rien de plus. Carl Rogers dit un jour: « Qui je suis est suffisamment bon, si je peux seulement être cela ».

Condition 4: le thérapeute fait l'expérience d'un regard positif inconditionnel envers le client

Les thérapeutes peuvent accepter sans avoir à approuver. Chaque personne a le droit de vouloir ce qu'elle veut sans pour autant avoir le droit d'obtenir par la suite ce qu'elle veut. Concernant le mariage qu'il avait eu, le désir de

Paul était acceptable et le thérapeute n'avait pas besoin de lui faire quelque leçon sur une approche de la vie de couple plus aventureuse. De même, Miriam pouvait être libre d'exprimer son besoin d'un modèle de mariage différent (elle voulait rester mariée mais vivre séparément, en ayant pour elle la liberté de vivre à la campagne avec Paul et pour Paul, la liberté de vivre avec elle en ville). Le thérapeute pouvait reconnaître ce désir sans garantir la suite.

Condition 5: le thérapeute fait l'expérience de la compréhension empathique du cadre de référence interne du client et essaie de communiquer cette expérience au client

La compréhension et l'expression minutieuses du cadre de référence interne de chaque personne ont déjà été décrites. Il devenait dès lors important de remarquer et de rendre explicites les manières dont les cadres de référence se chevauchaient. Il est du devoir des thérapeutes de faciliter l'écoute de ce qui est dit aussi bien que la compréhension exacte de ce qui est exprimé.

Miriam n'excluait pas d'avoir une relation plus intime, plus proche avec Paul, ni une plus grande flexibilité dans le temps passé à la ferme. Paul faisait remarquer que, bien que le départ de Miriam l'autorisât à divorcer, il ne l'avait pas fait et ne désirait pas le faire tant qu'il pourrait ressentir de l'amour et du respect dans la nouvelle disposition. Sans thérapeute ces petites passerelles auraient pu passer inaperçues.

Condition 6: la communication au client de la compréhension empathique du thérapeute et de son regard positif inconditionnel est perçue à un degré minimum

Pendant plusieurs mois j'ai rencontré Miriam, Paul et chacun de leurs trois enfants dans de nombreuses configurations: individuellement, par deux et tous ensemble. Paul recommanda à sa fille aînée de m'appeler «le Traducteur». Lui et sa famille perçurent la thérapie comme un endroit où, avec des différences, ils pouvaient être entendus et compris.

Plusieurs années après le début de la thérapie et après avoir fait l'expérience de nombreuses façons d'être ensemble, Paul et Miriam vivent ensemble dans une grande maison en ville. Leur fils aîné vit à la ferme où ils lui rendent souvent visite. Paul, qui avait été à la retraite pendant une grande partie de leur mariage, a maintenant un travail à temps plein. De temps en temps Paul, Miriam et leurs enfants prennent individuellement rendez-vous avec le traducteur lorsqu'ils en ont besoin.

Cette situation fut plus facile que beaucoup d'autres et plus difficile que certaines. Elle fut plus facile parce que les deux protagonistes étaient des personnes relativement posées et bien élevées. Avec un couple plus versatile, permettre à chaque personne d'avoir la parole tandis que l'autre écoute demande beaucoup d'énergie ainsi que d'être convaincu qu'une dispute générale n'est utile pour personne. Ce fut plus difficile parce que chacun d'entre eux avait des vues très différentes sur ce que le mariage devait être et qu'ils avaient des besoins d'évolution différents.

Conclusion

La qualité de l'expérience des clients est fortement affectée par la relation avec leur thérapeute. Dans une alliance où règne une grande confiance envers le thérapeute, les clients peuvent se centrer davantage sur leur propre processus et la réponse à leurs conditions de vie au lieu de se préoccuper de l'approbation du thérapeute, de son contrôle ou de son incompréhension (McMilland & McLeod, 2006). Peu importe le couple ou la famille, il n'y a pas de séance où l'empathie, l'acceptation, l'authenticité et la perception de ces qualités par les clients ne soient pas une priorité. En thérapie relationnelle, le contact du thérapeute avec chaque personne doit être chaleureux et maintenu par la conversation afin que les clients ressentent la sécurité nécessaire pour faire l'expérience du changement. Chaque fois que j'ai perdu pied en tant que thérapeute, réfléchir à l'une ou l'autre des conditions nodales m'a toujours montré le chemin de la reprise du dialogue respectueux.

Je serais un thérapeute de couple ou de famille moins efficace si je ne connaissais *que* les six conditions nodales. En effet, ma connaissance des conditions dans lesquelles les clients vivent entre les séances (Barrett-Lennard, 2005) est utile pour montrer de l'empathie aux cadres de référence des clients.

Dans la mesure où mon expérience et l'utilisation de savoir-faire venant d'approches autres que la thérapie relationnelle interfèrent avec ma pratique des six conditions, mon efficacité et la qualité de mes relations thérapeutiques sont diminuées. Les techniques ou les méthodes d'enseignement qui bloquent la congruence, l'empathie ou l'acceptation inconditionnelle sapent les progrès des clients plus qu'elles ne font avancer la guérison, le dialogue ou l'enseignement. Les thérapeutes inexpérimentés vus comme attentionnés et empathiques sont bien plus aidants que les thérapeutes bien informés et sûrs d'eux-mêmes, considérés comme jugeants

et non compréhensifs. Les personnes imprégnées des conditions nodales, qui par la lecture, la formation et la supervision veulent apprendre les exigences particulières de cette démarche, peuvent devenir des thérapeutes de couple et de famille vraiment aidants. Les thérapeutes relationnels issus d'autres approches seront plus efficaces s'ils adoptent les lignes directives de ces conditions nodales.

Références

- Barrett-Lennard, G. T. (2005). *Relationship at the centre: Healing in a troubled world*. London: Whurr.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H. & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 33, pp. 298-317.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Ulrich, D. (1981). Contextual family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy* (pp. 159-186). New York: Brunner/Mazel.
- Bott, D. (2001). Client-centered therapy and family therapy: A review and a commentary. *Journal of Family Therapy*, 23, pp. 361-378.
- Butler, M. H., & Bird, M. H. (2000). Narrative and interactional process for preventing harmful struggle in therapy: An integrative empirical model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, pp. 123-143.
- Davis, S. D. & Piercy, F. P. (2007a). What clients of couple therapy model developers and their former students say about change. Part I: Model-dependent common factors across three models. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 33, pp. 318-343.
- Davis, S. D. & Piercy, F. P. (2007b). What clients of couple therapy model developers and their former students say about change. Part II: Model-independent common factors across three models. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 33, pp. 344-363.
- Doherty, W. (2001). *Take back your marriage*. New York: Guilford Press.
- Duncan, B. L. (2007). When therapy is going nowhere. Presentation: *Psychotherapy Networker Symposium*.
- Duncan, B. L., Hubble, M. A., & Miller, S. D. (1997). Stepping off the throne. *The Family Therapy Networker*, n° 21, pp. 22-33.

- Friedman, E. (1991). Bowen theory and therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*, Vol. 2 (pp. 134-171). New York: Brunner/Mazel.
- Gaylin, N. L. (1989). The necessary and sufficient conditions for change: Individual versus family therapy. *Person-Centered Review*, 4, pp. 263-279.
- Gottman, J. M. (1999). *The marriage clinic*. New York: Norton.
- Gottman, J. M. (2001). *The relationship cure*. New York: Random House.
- Greenberg, L. S. & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused couples therapy*. New York: Guilford Press.
- Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. (Eds.). (1981). *Handbook of family therapy*, Vol. 1. New York: Brunner/Mazel.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused therapy for couples: Creating connection* (2nd ed.). New York: Brunner/Mazel.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1994). Emotion in intimate relationships: A synthesis. In S. M. Johnson & L. S. Greenberg (Eds.) *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy* (pp. 297-325). New York: Brunner/Mazel.
- Lambers, E. (2006). Supervising the humanity of the therapist. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, pp. 266-276.
- McMillan, J. & McLeod, J. (2006). Letting go: The client's experience of relational depth. *Meeting at relational depth*, Dave Mearns' retiral conference, University of Strathclyde, Glasgow.
- Mearns, D. (1997). *Person-centred counselling training*. London: Sage.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- O'Hara, M. (2007). Psychological literacy for an emerging global society: Another look at Rogers' "persons of tomorrow" as a model. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6, pp. 45-60.
- O'Leary, C. J. (1999). *Counselling couples and families: A person-centred approach*. London: Sage.
- O'Leary, C. J. (2003). *Finding a better way to feel sorry for yourself* [DVD]. (Available from Denver Film and Digital, 1101 W 48th Ave, Denver, CO 80221, USA)
- O'Leary, C. J. & Johns, M. J. (2007). Couples and families. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & G. Wyatt (Eds.) *The handbook of person-centred therapy* (pp. 266-278). London: Palgrave-MacMillan.
- Rober, P. (2005). Family therapy as a dialogue of living persons: A perspective inspired by Bakhtin, Voloshinov and Shotter. *Journal of Marital and Family Therapy*, n° 31, pp. 385-399.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology*, 21, pp. 95-103.

- Rogers, C. R. (1972). *Becoming partners: Marriage and its alternatives*. New York: Delta.
- Seaburn, D. (2007a). Hallway therapy. *Psychotherapy Networker*, 31, pp. 52-58.
- Seaburn, D. (2007b). Therapy with kids, parents and schools: A collaborative approach [Compact disc 717-511]. *Psychotherapy Networker Symposium*. Norcross, GA: Playback Now.
- Selekman, M. (2007). Riding the therapeutic roller coaster with self-harming adolescents. [Compact disc 717-216]. *Psychotherapy Networker Symposium*. Norcross, GA: Playback Now.
- Simon, R. (2007). The top ten: The most influential therapists of the past quarter century. *Psychotherapy Networker*, 31, pp. 25-37, p. 68.
- Stuart, R. B. & Jacobson, B. (1987). *Couples therapy workbook*. Champaign, IL: Research Press.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wylie, M. S. (2004). Mindsight. *Psychotherapy Networker*, 28, pp. 29-39.