

Saisir le point

La compréhension empathique
en thérapie centrée sur la personne

Barry Grant

Traduction Française Ducroux-Biass

Barry Grant, docteur en psychologie, est psychothérapeute et professeur d'université. Il est aujourd'hui Directeur de l'Education à la *Medical Library Association*, à Chicago. Son premier cours de psychothérapie traitait de la thérapie centrée sur le client, ce qui sur le moment lui parut quelque chose d'important bien que simpliste et pas très passionnant. Plus tard, après réflexion et sous l'influence (non-directive) de Barbara Brodley et de Marjorie Witty, il commença à percevoir la profondeur de cette simplicité.

Résumé

Dans cet article, Grant fait la différence entre l'approche de l'empathie traditionnelle, basée sur l'expérience et l'approche de l'empathie de la thérapie non-directive (classique) centrée sur le client, basée sur la communication intentionnelle du client. L'empathie non-directive n'a pas de but, mais a pour cible de ne comprendre que ce que le client essaye d'exprimer.

La compréhension empathique est structurée et implique un apprentissage de l'écoute qui s'apparente à celui de la lecture.

L'original de cet article a été publié dans *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2010, vol. 9, 3, pp. 220-235.

Avant de livrer sa conclusion et ses recommandations, Barry Grant explique l'heuristique de la compréhension empathique et invite les thérapeutes à différencier le point et l'histoire.

Mots-clés: psychothérapie non-directive, écoute, relation thérapeutique, attitude du thérapeute, compréhension, analyse de contenu, récit, discours, formation, vignette clinique.

L'empathie est une des conditions nécessaires et suffisantes au changement de la personnalité telles qu'elles ont été établies par Rogers. Elle est au cœur du travail de tout thérapeute de tradition centrée sur le client (Haugh & Merry, 2001). Les conceptualisations variées de ce terme reflètent son importance dans la pratique (par exemple Cooper, 2001; Mahrer, 1997; O'Hara, 1997; Rogers, 1975/1980; TEngland, 2001). L'empathie, quelle qu'en soit la conception, requiert un objectif, une cible. Par exemple, nous ressentons de l'empathie envers quelqu'un, ou nous comprenons quelque chose de manière empathique. Dans la tradition centrée sur la personne, Rogers, et presque tous les auteurs, s'accordent à dire que la cible de l'empathie, celle que les thérapeutes s'efforcent d'atteindre, est un cadre de référence du client, «tout ce qui, dans le domaine de l'expérience, est offert à la prise de conscience de l'individu à un moment donné» (Rogers 1959)¹. Quelques auteurs (Brodley, 1977, 1997b, 2001; Freire, 2007; Grant, 2005; Zimring, 2001) ont explicitement identifié la cible de la compréhension empathique aux communications, expressions, significations, pour la plupart verbales, fournies intentionnellement par le client.

Que les thérapeutes cherchent à comprendre *les expériences ou les communications* est très important dans la pratique de la psychothérapie, la construction des justifications éthiques de la pratique, l'apprentissage et l'enseignement de la compréhension empathique. Dans cet article, je compare les deux approches de l'empathie et je soutiens que, en thérapie centrée sur le client non-directive (classique), seules les communications ou les positions intentionnelles sont des cibles appropriées (Brodley, 1990; Merry, 2004), je décris une structure d'empathie supérieure qui forme

¹ N.d.t.: Rogers, 1959, p. 210.

une base de comparaison aux conceptions de l'empathie et je fais part de suggestions pour améliorer la compréhension empathique. Cet article a en outre pour objet de montrer comment un engagement en faveur d'un principe éthique peut avoir, pour la pratique, des implications très spécifiques en infiltrant, en quelque sorte, un territoire typiquement abandonné au jugement clinique, à la tradition ou à la recherche, et en proposant pour la formation des étudiants une approche en compréhension empathique qui utilise le langage courant.

Empathie et expérience

Dans son article classique de 1957, *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*², Rogers postule «qu'une des conditions nécessaires au changement de personnalité est que le thérapeute fasse intimement l'expérience du cadre de référence interne du client et s'efforce de communiquer cette expérience» (Rogers, 1957/1989)³.

Par cadre de référence interne Rogers signifie :

Tout ce qui, à un moment donné dans le domaine de l'expérience, est offert à la prise de conscience de l'individu. Ceci comprend l'ensemble des sensations, perceptions, significations et souvenirs disponibles à la conscience. Le cadre de référence interne est le monde subjectif de l'individu qui est le seul à le connaître complètement. Il ne peut jamais être connu d'un autre individu, sauf par inférence empathique, et même dans ce cas, il ne peut jamais être parfaitement connu (Rogers, 1959)⁴.

Des rapports plus récents, marqués par l'influence des travaux de Gendlin (1974, 1978) sur l'*experiencing*⁵, ne modifient pas substantiellement le point de vue de 1957. En 1975, par exemple, Rogers (1975/1980) dit que :

² N.d.t. : paru en français in Rogers, C. R. (2001/2013). *L'approche centrée sur la personne*. Le Touvet. Ambre, pp. 253-269.

³ N.d.t. : Rogers, 1957/1989, p. 221.

⁴ N.d.t. : Rogers, 1959, p. 210.

⁵ N.d.t. : *experiencing*, terme anglais qui signifie «ce dont on est en train de faire intimement l'expérience». Rogers le définit de la manière suivante : «lorsque, dans une relation thérapeutique, un individu fait l'expérience complète et sans réticence de la prise de conscience d'un sentiment jusqu'ici refoulé, non seulement il perçoit un changement psychologique mais, un nouvel état de compréhension (*insight*) s'étant formé, il ressent également un changement physiologique concomitant» (Rogers, 1980, *A way of Being*). In Tudor, K. & Merry, T. (2006). *Dictionary of Person-Centred Psychology*, Ross-on-Wye, PCCS Books (trad. : F. Ducroux-Biass). S'agissant d'un processus, «*experiencing*» est sémantiquement intraduisible en français.

L'empathie comprend tout ce qui est sensible, moment par moment, au changement des significations ressenties qui traversent cette autre personne, la peur ou la rage, la tendresse ou la confusion, ou quoi que ce soit dont elle fait l'expérience. Cela signifie vivre temporairement dans le monde de l'autre, s'y mouvoir délicatement sans faire de jugements. Cela signifie ressentir les significations de ce dont elle prend à peine conscience, mais sans essayer de découvrir totalement les sentiments inconscients, ce qui serait trop menaçant. Cela inclut que vous communiquiez vos ressentis du monde de la personne⁶.

Vers la fin de sa vie, Rogers écrivit (1986/1989):

J'essaye de déterminer si ma compréhension du monde interne du client est correcte, si je suis en train de voir ce dont il fait l'expérience en ce moment même. Chacune de mes réponses contient la question tacite: «est-ce bien ainsi que vous le sentez en vous-même? Est-ce que je saisis la couleur et la texture et le goût de la signification personnelle de ce dont vous faites l'expérience juste maintenant?»⁷

La cible de la compréhension dans ces deux questions est l'expérience du client sur le moment. Les thérapeutes expérientiels (Baker, 2004), en focusing (Gendlin, 1978) et la plupart des thérapeutes centrés sur le client classiques (Bozarth, 1984, 2002; Merry, 2002, 2004; Raskin, 1948/2004) suivent Rogers en envisageant le but de l'empathie dans l'expérience actuelle du client. Cette notion est un lieu commun dans la littérature des thérapies centrées sur le client. Ce que Kirschenbaum écrivait, au moment où «centré sur le client» désignait typiquement la forme de thérapie développée par Rogers, parle encore à toute personne du monde centré sur la personne:

La capacité de sensibilité du thérapeute et son désir de comprendre les pensées, les sentiments et les combats du client, du point de vue de celui-ci [...] de voir complètement à travers les yeux du client, d'adopter son cadre de référence [...] constituent la base sur laquelle repose le terme «centré sur le client» (Kirschenbaum, 1979, cité par Bozarth, 1997)⁸.

⁶ N.d.t.: Rogers 1975/1980, p. 142.

⁷ N.d.t.: Rogers 1986/1989, p. 13.

⁸ N.d.t.: Bozarth, 1997, p. 85.

Les toutes premières déclarations de Rogers sur la thérapie non-directive ne mentionnent pas le cadre de référence. Son livre de 1942, *Counseling and Psychotherapy*⁹ par exemple, décrit la thérapie sous forme d'une liste de règles (ne pas discuter, ne pas donner de conseils, ne pas faire montre d'autorité, apprécier un compte rendu exact de sentiments) qui servent «le droit de chaque individu à l'indépendance psychologique et le maintien de son intégrité psychologique» (Rogers, 1942)¹⁰. J'ai trouvé la première mention du cadre de référence dans «*Client-centered Therapy*»¹¹ (Freire, 2007):

Il est de la fonction du thérapeute d'assumer [...] le cadre de référence interne du client, de percevoir le monde comme il le voit, de percevoir le client comme s'il se voyait lui-même, et ce faisant, de mettre de côté toutes les perceptions provenant du monde extérieur, et de communiquer au client quelque chose de cette compréhension empathique (Rogers, 1951)¹².

Il semble que Rogers ait développé la notion de «cadre de référence» à peu près au même moment où, de «non-directive», il appela sa thérapie «centrée sur le client». Le concept de cadre de référence est annoncé dans un article de 1946: «si nous pouvons exprimer une compréhension de la manière dont le client semble se représenter lui-même en ce moment même, il peut faire le reste» (Rogers, 1946)¹³. Alors qu'il développait et formalisait sa pensée sur la théorie non-directive, il y ajouta la notion que la cible de l'empathie était le cadre de référence du client. Il l'a fait d'une manière remarquable, sans expliquer ou sans justifier pourquoi il devait le faire. Depuis vingt-cinq ans que j'ai découvert la thérapie non-directive, je n'ai pas trouvé dans la littérature un seul argument selon lequel, pour être non-directif, il fallait faire l'expérience du cadre de référence du client ou le comprendre. Si quelqu'un désire être non-directif, doit-il vraiment utiliser les communications et les comportements du client pour en déduire les caractéristiques d'une identité interne au client dans laquelle existe un tableau changeant de sentiments, pensées, désirs, sensations et souvenirs, parmi lesquels certains dont le client n'est pas conscient – et

⁹ N.d.t.: ouvrage traduit en français sous le titre de *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, ESF, 1970.

¹⁰ N.d.t.: Rogers, 1942, p. 127.

¹¹ N.d.t.: en français: *La thérapie centrée sur le client*, ouvrage non traduit en français.

¹² N.d.t.: Rogers, 1951, p. 29.

¹³ N.d.t.: Rogers, 1946, p. 421.

puis, pour répondre, en choisir un ou plusieurs parmi eux? Ce n'est pas un point de départ évident pour une thérapie qui place en son sein l'auto-détermination et l'autodirection du client!

Empathie et communications

Brodley (1977, 1997a) et Zimring (2001) sont les deux seuls théoriciens classiques à avoir proposé des alternatives au cadre de référence en tant que cible de l'empathie. Brodley, pour autant que je sache, fut la première à suggérer que la cible de l'empathie n'était pas l'expérience immédiate du client mais plutôt ce que le client était en train d'exprimer ou essayer d'exprimer (Brodley, 1977)¹⁴. Brodley a appelé sa manière de travailler avec ses clients un style simple: «il est *simple* parce que le thérapeute a pour but de ne comprendre que ce que le client a immédiatement l'intention de communiquer» (Brodley, 2001)¹⁵. Plus récemment, elle écrit: «mon intention est de capter réellement la compréhension de ce que le client est en train d'atteindre» (Levitt & Brodley, 2005)¹⁶.

Zimring (2001)¹⁷ inventa le terme «cible de l'empathie» et il semble qu'il fut le premier à rejeter explicitement l'expérience du client comme cible adéquate de l'empathie. Il prétendit que le «cadre traditionnel» ne peut pas être utilisé pour expliquer comment l'empathie profite aux clients et ne précise pas les cibles spécifiques de la compréhension empathique. Il proposa une cible alternative: «ne pas répondre à ce que le client peut être en train de ressentir ou de faire l'expérience, mais plutôt à l'intention de la personne, à ce qu'elle est en train d'essayer de vous transmettre au sujet de ce qui est en train de lui arriver»¹⁸.

Empathie et thérapie centrée sur le client classique

Les thérapeutes expérientiels et les praticiens en focusing ont raison de voir l'expérience comme cible de l'empathie. Leurs théories et leurs pratiques sont cohérentes et sont construites sur l'idée que la théorie doit aider les clients à prolonger l'expérienting. Leurs pratiques sont directives

¹⁴ N.d.t.: Brodley, 1977, p. 6.

¹⁵ N.d.t.: Brodley, 2001, p. 20.

¹⁶ N.d.t.: Levitt & Brodley, 2005, p. 108.

¹⁷ N.d.t.: Zimring, 2001, p. 86.

¹⁸ N.d.t.: *ibid.*, p. 95.

(Brodley, 1990; Grant, 2004; Purton, 2004). (Comme je le mentionne ailleurs (Grant, 2004), les pratiques directives peuvent faire partie des approches thérapeutiques cohérentes et éthiques, mais elles ne peuvent pas faire partie d'une thérapie non-directive.)

Les thérapeutes centrés sur le client classiques ont tort de considérer l'expérience comme cible de l'empathie. Seule la cible de la communication intentionnelle du client est cohérente avec le profond respect de l'autodétermination du client, caractéristique de la thérapie non-directive (Grant, 2004, 2005). *Chercher à comprendre l'expérience du client plutôt que l'intention de sa communication conduit nécessairement à un comportement directif.* Ceci est une affirmation forte, une affirmation qui défie un principe fondamental de la thérapie non-directive.

Ne prendre que ce qui est donné

Le droit à l'autodétermination est inextricablement lié à la notion de propriété. Dans le monde extérieur (par opposition au monde intérieur), le pouvoir ne peut être exercé que par quelqu'un qui a les moyens d'exercer un pouvoir. Le minimum requis pour exercer un pouvoir est la propriété de son corps et de sa parole. On est libre d'en disposer à son gré. On peut les donner. Les autres ne peuvent pas les prendre sans permission. Ce qu'on *donne* librement dans une rencontre avec une autre personne, ce sont des significations intentionnelles, ce que l'on essaie de dire, faire passer. On ne peut pas donner un cadre de référence. On ne *donne* pas, n'offre pas, ne partage pas, ne communique pas intentionnellement ses sentiments, ses perceptions, ses états d'esprit, ses idées ou tout autre item ou aspect de sa propre expérience, sauf dans la mesure où on les donne au travers de communications. Les aspects d'un cadre de référence peuvent être apparents ou implicites dans des actes, des gestes, des tons de voix, une expression émotionnelle, mais à moins d'être intentionnellement communiqués, ils ne peuvent être des cibles de compréhension en thérapie centrée sur le client non-directive. Si nous voulons comprendre les gens de manière à respecter exclusivement leur droit à l'autodétermination (Grant, 2005), qui inclut le droit à conduire l'interaction thérapeutique et à mener la conversation thérapeutique, il nous faut simplement suivre ce que le client nous donne spontanément dans ses communications.

Prendre intentionnellement ce qui n'est pas offert est une impertinence, une insulte, une sorte de vol, une manière de prendre ce qui n'est pas

donné. Plus simplement, c'est l'impolitesse de changer le sujet de la conversation, quelque chose dont le client est en train de parler en quelque chose qui semble plus important au thérapeute. Le fait de prendre, l'erreur éthique, fait partie des réponses qui ne servent pas à la compréhension de ce que le client s'efforce de dire. Le cadre de référence peut jouer un rôle en aidant à comprendre ce que quelqu'un est en train d'essayer de dire, comme je le dis ci-après, mais s'il est considéré comme la cible de la compréhension, le thérapeute répondra inévitablement à quelque chose qui n'est pas donné et dirigera la conversation thérapeutique.

Empathie et directivité

La critique de Zimring sur le point de vue traditionnel ne stipulant pas de cibles *spécifiques* à l'empathie impliquerait, à l'évidence, que les thérapeutes qui prennent l'expérience comme cible seraient directifs. Tout ce que dit et fait le thérapeute affecte le client, mais les réponses directives ont pour *intention* de produire des effets spécifiques, bénéfiques (Brodley, 2007). Il n'en est pas ainsi des réponses non-directives. Comme l'écrit Merry, en thérapie centrée sur le client classique «la compréhension empathique n'est pas utilisée pour obtenir un effet ou un résultat particulier» (Merry, 2004)¹⁹. «Dans tout le champ des expériences qui, à un moment donné, sont disponibles à la prise de conscience de l'individu» (Rogers, 1959)²⁰, les thérapeutes qui n'essayaient pas de ne comprendre que ce qui est communiqué par le client *doivent* choisir l'item sur lequel se centrer pour répondre. La raison du choix d'un item parmi les autres est simplement que c'est le meilleur item pour le client. Il faut avoir des buts, des théories, des croyances pour décider ce qui, dans le cadre de référence d'un client, mérite une attention spéciale. Ce sont alors les idées du thérapeute et non l'autodirection du client qui guident ce que le thérapeute cherche à comprendre. En prenant, c'est-à-dire en choisissant un des items dans la myriade de ceux qui se présentent ou qui sont implicites dans le cadre de référence du client, les thérapeutes font quelque chose *au* client. Ils ne reçoivent pas ni ne suivent, mais conduisent et dirigent.

Considérons cette première réponse de Julia, alors *cliente* dans un entretien de démonstration avec Rogers :

¹⁹ N.d.t. : Merry, 2004, pp. 34-35.

²⁰ N.d.t. : Rogers, 1959, p. 210.

C1: Oh, mes pensées pendant ces quelques derniers mois ont surtout tourné autour des nouvelles expériences que je fais en tant qu'enseignante. Hum, je suis mère de quatre enfants et je, hum, j'ai repoussé l'idée de reprendre l'enseignement jusqu'à ce que j'aie pensé qu'ils étaient assez grands pour que je puisse les laisser. Hum, j'ai commencé en février, j'enseigne au lycée. Hum, ces derniers mois, il y a eu pas mal d'agitation dans ma vie parce que je laisse les enfants à quelqu'un d'autre et ils ont été passablement malades. Oh, les expériences en classe m'ont parfois complètement retournée. Oh, je pense..., j'ai même laissé, bon, je n'ai pas quitté la classe mais j'ai versé quelques larmes après certains cours parce que je ne me sens pas... je me sens comme en thérapie, j'ai appris à être un genre de personne avec laquelle je suis heureuse. Mais de retour dans la classe, il y a un autre rôle qu'il me faut jouer, qui est plus autoritaire. Et pour garder le contrôle de la classe et je sais, j'ai dit au Dr Sparks, lors d'un stage de formation, que cela me tracassait beaucoup. J'ai des élèves qui désirent communiquer avec moi sur un plan personnel et oh, j'ai toujours aimé les fanfreluches et les choses féminines et oh, j'ai, oh, j'ai vraiment eu un problème, pendant un mois ou deux avec les remarques et en, en ne pensant pas à moi en tant que mère de quatre enfants. Ah, qui se soucie de laisser tous ces enfants à la maison? Et certaines des remarques que je reçois dans ma classe ne sont pas du type de, de ce (T: euh, euh) dont je devrais faire l'expérience. Et je ne semble pas préparée à les contrôler (Brodley & Lietaer, 2006a)²¹.

Tout en sachant qu'elle est en séance de démonstration avec Rogers, pouvons-nous inférer des paroles de Julia «les gammes complètes de sensations, perceptions, significations et souvenirs disponibles à sa conscience»? La sensation de la chaise qui coince son corps est disponible à sa conscience. Il se peut qu'elle ait des sentiments d'agitation, d'inquiétude, de culpabilité et de souci d'avoir laissé ses enfants souvent malades avec une garde d'enfant; de manque de confiance et de compétence dans sa manière de traiter les étudiants; des arrière-pensées quant à son choix d'enseigner; des hésitations et des inquiétudes sur le rôle autoritaire qu'il lui faut jouer en tant qu'enseignante; de la perplexité et de la confusion concernant les remarques qu'elle reçoit des élèves. Peut-être est-elle flattée ou intimidée d'être sur la sellette avec Rogers et inquiète de la manière dont elle est perçue par le groupe. Etc.

²¹ N.d.t. : Brodley & Lietaer, 2006a, p. 6.

Dans la nécessité de choisir une réponse dans le cadre de référence de Julia, on voit immédiatement qu'il y a nécessairement une raison qui accompagne ce choix. En conscience, il n'est pas possible de répondre au hasard à des éléments qui frappent notre imagination ou piquent notre curiosité. On doit avoir une *raison* et quelque idée de ce qui est bon pour le client; de ce fait on est directif. On ne peut pas rejeter simplement l'un des items de l'expérience de Julia comme étant inapproprié ou sans importance (par exemple la sensation de la chaise qui coince son corps) sans penser théoriquement au «jugement clinique». Bien sûr, en lisant une transcription des paroles de Rogers il est impossible de dire définitivement ce qu'il essaye de faire, mais sa réponse à Julia *illustre* ce qu'il est possible de faire quand un thérapeute n'a pas pour objectif d'atteindre le point de ce que le client essaye de communiquer:

T1: il semble que le fait d'être trois personnes différentes vous pose problème. (C: C'est vrai.) Vous êtes mère de quatre enfants (C: Vrai) et une personne de genre thérapeute et maintenant vous essayez aussi de jouer à l'autoritaire dans la classe. (C: Oui, oui.) Et à l'intérieur de vous cela signifie un fichu chaos (Brodley & Lietaer, 2006b)²².

Julia n'a pas dit un mot sur le problème d'être trois personnes. D'après sa réponse, l'idée qu'elle éprouvait de la difficulté à être trois personnes peut avoir fait partie de son cadre de référence, mais elle ne l'a communiqué en aucune manière. En utilisant les termes ci-dessous, je lis Julia comme ayant raconté une histoire, très brièvement résumée disant: «je suis heureuse d'être une personne de genre thérapeute mais j'ai de la difficulté à mettre de côté le fait d'être une mère et de tenir une classe» – mais cela, elle ne l'a pas dit ou signifié.

Voici un exemple clair de Rogers répondant au cadre de référence d'une cliente plutôt qu'à l'intention de ses communications:

C4: Oui. Et j'ai pris conscience que j'ai de la colère à son encounter car je n'obtiens pas toujours ce que je veux. J'ai des besoins qui ne sont pas satisfaits. Et oh, je ne sens pas que j'ai droit à ces besoins. Vous savez, elle n'est que ma fille. Elle n'est pas ma mère, même si quelquefois j'ai l'impression que j'aimerais qu'elle me maternise. Il m'est très difficile de demander tout en y ayant droit.

T4: Ce ne serait pas raisonnable, et pourtant, quand elle ne satisfait pas vos besoins, ça vous rend furieuse.

²² N.d.t.: *ibid.*, pp. 6-7.

C5: Oui, ça me met très en colère, très en colère contre elle. (Pause).

T5: Il me semble qu'à ce niveau-là vous ressentiez aussi un peu de tension.

C6: Oui, oui. Un tas de conflits (Brodley & Lietaer, 2006b)²³.

T4 est une bonne réponse à C4. Mais il n'y a rien dans C4, ou quoi que ce soit que Jill ait dit précédemment, qui justifie T5. En T5 Rogers *semble* chercher à atteindre quelque chose dans le cadre de référence de Jill qu'il pense être important. Il *semble* être directif.

Structure de la compréhension empathique

Les thérapeutes *pratiquent* l'empathie. Ils peuvent aussi en faire l'expérience ou avoir avec elle toute autre relation imaginable, mais ils doivent tous avoir une conception de l'empathie qu'ils appliquent plus ou moins bien dans une relation d'aide. Comme mentionné plus haut, une différence clé entre les thérapeutes non-directifs et les autres se situe dans la place donnée aux expériences du client et aux communications dans la pratique de l'empathie. Pour illustrer ceci, je décris et propose ci-dessous une structure de la compréhension empathique.

Je suggère que chaque aspect de l'empathie thérapeutique ait la même structure, mais qu'elle diffère par le contenu des éléments de la structure (Grant, 2005). Mon modèle relie la pratique de la compréhension empathique aux aspects fondamentaux de la qualité d'être du thérapeute – ses attitudes, son orientation philosophique, éthique et théorique – comme tout modèle de tout aspect d'une pratique centrée sur la personne.

Ceci nous permet de parler de *l'intégrité* d'une pratique en termes de cohérence parmi les éléments du type d'empathie qu'applique le thérapeute.

La motivation – *les raisons du thérapeute pour essayer de comprendre; pourquoi le thérapeute pratique l'empathie, la « source » interne de l'activité empathique du thérapeute.* Les motivations pour pratiquer l'empathie en thérapie comprennent le désir d'agir de manière cohérente avec la philosophie de la vie, un désir d'aider les autres, la curiosité, les croyances dans les droits et les capacités des autres. Les motivations des thérapeutes centrés sur le client les plus classiques sont centrées au moins partiellement, j'imagine, sur les

²³ N.d.t.: *ibid.*, pp. 43-44.

valeurs et les impératifs propres à la thérapie centrée sur le client tels que Rogers les a décrits au chapitre «Attitude et orientation du thérapeute» dans *Client-centered Therapy* (1951)²⁴ ou ceux décrits par Brodley (1997b).

L'intention – *les buts conscients du thérapeute pour pratiquer l'empathie, ce que le thérapeute recherche en pratiquant l'empathie.* Pratiquer l'empathie est une activité qui a un objectif, un but. Dans la littérature centrée sur la personne, le but est normalement d'aider les clients à croître ou de leur fournir une condition de croissance (Rogers, 1986/1989), d'aider les clients à approfondir leur *experiencing* (Rogers, 1975/1980), ou certains buts plus particuliers comme ceux déjà mentionnés. En thérapie non-directive, le but de la compréhension empathique est simplement de réaliser une compréhension empathique (Grant, 2004).

Objectif ou cible – *ce que le thérapeute essaye de comprendre de manière empathique ou en pratiquant l'empathie.* Comme je le dis plus haut, l'objectif de l'empathie est les communications ou l'expérience du client.

Actions et processus secrets et conscients – *ce que le thérapeute fait intérieurement en pratiquant l'empathie.* La plupart du travail de compréhension empathique est interne. Les thérapeutes pensent, imaginent, dirigent l'attention, produisent des images, freinent le jugement, contrôlent les pensées, «se mettent à la place de l'autre», produisent des sentiments de type «comme si», «[entrent] dans le monde psychologique de l'autre et d'une certaine manière [font l'expérience] d'être comme cette personne à ce moment-là» (Greenberg & Elliot, 1997)²⁵, etc. La littérature centrée sur la personne est pleine de telles descriptions de l'empathie, et il se peut qu'en cherchant ce que le client essaye de faire, les thérapeutes non-directifs en fassent autant.

Actions et processus secrets et inconscients ou automatiques – *ce dont le thérapeute fait l'expérience sans le vouloir ou à son insu.* Des images, des pensées, des sentiments peuvent surgir spontanément. Des connexions et réactions empathiques programmées peuvent être à l'œuvre (Baughan & Merry, 2001). Beaucoup de notre compréhension du langage survient automatiquement.

Actions observables – *ce que le thérapeute dit et fait ouvertement en pratiquant l'empathie.* Rogers, par exemple, parle de «communiquer vos sensations», de vérifier fréquemment avec [le client] l'exactitude de

²⁴ N.d.t.: Rogers C. R., 1951, *Client-Centered Therapy*, London, Constable, ouvrage non traduit en français.

²⁵ N.d.t.: Greenberg & Elliot, 1997, p. 168.

vos sensations et d'être guidé par les réponses que vous recevez (Rogers, 1975/1980)²⁶. Bozarth décrit les «relations empathiques» (1997)²⁷. Brodley offre un guide détaillé sur la manière de faire des réponses pour vérifier l'exactitude de la compréhension (1991, 1997a). Les idées exprimées ici sont cohérentes avec ce guide.

Réception ou conséquence – *les effets des actions du thérapeute; quelle expérience les clients font-ils des actions du thérapeute; qu'en font-ils; comment les utilisent-ils.* Il se peut que les thérapeutes expérientiels, les thérapeutes en focusing ou autres aient pour but d'obtenir des effets spécifiques. Évidemment, ce n'est pas le cas des thérapeutes centrés sur la personne.

Ce modèle sert à montrer comment le fait de saisir quelque peu le cadre de référence d'une personne peut devenir une aide dans la recherche de compréhension de ce qu'elle amène dans la communication. Il peut aussi, par exemple, permettre de connaître la personne en «résonnant avec elle à un niveau somatique aussi bien que cognitif et affectif» (Cooper, 2001)²⁸, de comprendre la personne tout entière, de la tête aux pieds, des odeurs aux sentiments (Schmid, 2001), ou de suivre une ligne directrice «symbolique», telle que se mettre dans la peau de l'autre, marcher dans les pas de l'autre, être sensible aux ressentis qui parcourent la personne, faire l'expérience de ses sentiments comme si c'était les vôtres, «[vous] absorber complètement dans ses attitudes» (Raskin, cité par Rogers, 1951)²⁹, et ainsi de suite.

Ne sachant rien de ce qui fonctionne, je peux être éclectique dans mon appréciation de ce que les thérapeutes peuvent avoir dans leur tête pour pratiquer l'empathie. Je n'ai trouvé aucune publication concernant le travail principal de l'empathie en thérapie non-directive – les processus secrets et conscients du thérapeute – au-delà du conseil de faire attention, de se concentrer, d'écouter les points importants et de suivre la ligne directrice symbolique. Les questions empiriques importantes sont ce que font vraiment les thérapeutes à l'intérieur d'eux-mêmes dans le but de comprendre et quelles sont les lignes directrices qui servent les buts particuliers de l'empathie.

²⁶ N.d.t.: Rogers, 1975/1980, pp. 142-143.

²⁷ N.d.t.: Bozarth, 1997, p. 96.

²⁸ N.d.t.: Cooper, 2001, p. 218.

²⁹ N.d.t.: Rogers, 1951, p. 29.

Apprendre à bien écouter est nécessairement une partie de l'apprentissage de la thérapie centrée sur le client

Pour Bozarth, «l'une des sources majeures de l'incompréhension de l'Approche centrée sur la personne a été la focalisation sur le 'comment faire'» (Bozarth, 1997)³⁰. Le souci des thérapeutes non-directifs de tourner la compréhension empathique en technique a eu pour effet contraire de ne pas développer d'enseignement et d'apprentissage efficaces de la compréhension empathique. Brodley, dans son indispensable guide pour les thérapeutes débutants, met en garde sur le fait que les consignes concernant la manière de pratiquer la thérapie centrée sur le client ne sont utiles et valables que si le praticien développe les attitudes thérapeutiques. Ceci est vrai et très important. Cependant, l'opposé est également vrai. Les attitudes ne sont pertinentes et n'ont d'importance que dans la mesure où elles peuvent être exprimées. Faire l'expérience qu'une attitude est vraiment une partie intégrante de soi fait peu de différence à sa propre pratique si elle n'est accompagnée de la compréhension relative à l'application de cette attitude. Dans la mesure où, en effet, une attitude est une disposition à agir, on doit avoir une conception des différentes actions pour avoir une attitude différente.

Si nous désirons vraiment comprendre les autres, nous devons savoir ce que comprendre les autres signifie et comment les comprendre, comme l'impliquent notre éthique et nos théories.

Considérons que nous essayions de comprendre une personne dont la langue n'est pas celle que nous parlons et dont la culture est étrangère à la nôtre. Quelles que soient la profondeur et la vérité de nos attitudes thérapeutiques, nous ne comprendrons presque rien à ce que nous dit cette personne. Lorsque nous (1) apprenons le langage et la culture de l'autre, nous le comprenons mieux. Lorsque nous (2) apprenons à mieux lire les communications verbales et non verbales, nous le comprenons encore mieux. La plupart des approches centrées sur le client prennent pour acquise notre capacité à comprendre le langage et les communications non verbales, les ignorent (2) et négligent de concevoir les moyens nécessaires au développement de la compréhension empathique. S'engager (2) est considéré comme tourner l'empathie en technique. Mais (2) apprendre à mieux comprendre les communications verbales intentionnelles et les communications non verbales n'est qu'une simple extension (1) de

³⁰ N.d.t. : Bozarth, 1997, p. 92.

l'apprentissage d'une langue et d'une culture. Si nous désirons comprendre quelqu'un, nous désirons apprendre le langage et la culture de la personne, si nous ne les connaissons pas déjà, et apprendre comment bien les comprendre.

Compréhension empathique et lecture

Je considère, comme Bohart et Tallman (1997), que la compréhension empathique est proche de la lecture (bien que je ne partage pas leur acceptation du but traditionnel de l'empathie). Comprendre ce que comprennent les clients est très semblable à comprendre un texte ou tout autre matériel verbal. C'est «lire» un texte continu et improvisé, un texte qualifié, nuancé, amplifié par des gestes et des expressions. La compréhension de l'écoute est l'équivalent oral de la compréhension de la lecture. La compréhension du discours est une tâche exigeante qui demande de la concentration, de l'intelligence et la connaissance de savoir *comment* comprendre un discours. Les bonnes intentions ne sont pas toujours garantes d'une bonne compréhension.

Pour Brodley (1997a), les critères de bonnes réponses empathiques dépendent du sentiment sincère du thérapeute par rapport à comprendre et ne pas comprendre. Avoir le «sentiment» de comprendre n'est pas la même chose que vraiment comprendre. Dans mon expérience, beaucoup d'étudiants pensent que le client signifie tout ce qu'il pense comprendre. Leurs sentiments de compréhension ne sont pas de bons guides pour comprendre. Certaines études ont montré que lors de l'estimation de leur bonne compréhension d'un texte écrit, la plupart des lecteurs ont obtenu un score médiocre (Graesser & Person, pas de date). Je pense que la plupart des étudiants obtiendraient un score aussi médiocre avec un discours.

La métaphore de la lecture facilite le développement d'aides à la compréhension en traitant les communications verbales et non verbales d'un client comme un texte. Suivre la ligne des arguments ou de l'histoire d'un client, faire des hypothèses sur ce qu'il veut dire ou dira ensuite, former des représentations mentales de ce que le client relate, identifier le point d'une communication ont une place importante dans la compréhension de la lecture et la compréhension empathique. Contrairement aux algorithmes qui produisent des compréhensions parfaites, tout ce que nous pouvons obtenir ici sont des trucs, des guides, des concepts et bien sûr, l'aide indispensable de la consultation avec un thérapeute expérimenté, centré sur le client. J'espère que d'autres ajouteront à cette collection heuristique.

Heuristique de la compréhension empathique

Histoire versus point. Cette distinction est la grille d'analyse clé pour donner un sens aux communications du client. L'histoire consiste en informations relatives au monde interne ou externe de la personne. Un point est une communication (implicite ou explicite) d'une réaction à quelque chose dans son monde, de son évaluation, d'une intention, d'un ressenti, d'une opinion à son sujet (voir Brodley, 1996). Un point c'est ce qu'atteint le client ou ce qu'il cherche à atteindre. C'est ce qui importe, la «grosse affaire» de ce dont le client est en train de parler. C'est la signification principale de ce que le client *donne*, ce qu'il cherche à faire passer à l'écoutant. Il complète une signification et montre à l'écoutant le sens de l'histoire qu'il complète. Les écoutants expérimentés écoutent naturellement ces éléments du discours et les reconnaissent, même s'ils peuvent les nommer différemment ou pas du tout.

Bien que ces concepts soient passablement simples, l'apprentissage de leur application peut prendre du temps. Le point et l'histoire sont identifiés par leur place dans la narration et non par des traits essentiels. Ce que je dis ici n'est qu'une brève introduction au sujet.

Les points sont généralement communiqués au présent. Des mots subjectifs de connexion, que nous utilisons habituellement pour indiquer notre relation aux choses dans notre monde – tel un désir, une envie, une haine, une ressemblance, une pensée, une intention, un amour – indiquent souvent un point, mais pas toujours. Les sentiments et les attitudes sont quelque chose dans le monde de la personne et les points souvent les concernent. «Ma mère est morte» est une histoire. Dans «ma mère est morte, mais je ne ressens rien», je ne ressens rien peut être ou ne pas être un point. Cela dépend du contexte. Dans «ma mère est morte et je ne ressens rien, et j'ai peur de ce que mon manque de ressenti dit de moi-même», ne rien sentir fait partie de l'histoire et la peur est le point.

Un client peut exprimer un point en une seule séance ou parler pendant une séance entière sans faire un point. Identifier les points et les histoires est une question d'interprétation, comme toute compréhension. Les usagers du langage qualifiés seront généralement d'accord sur ce que quelqu'un essaye de communiquer, bien que l'accord diminue lorsqu'augmentent la désorganisation du discours et le manque de familiarité avec le contenu. Les clients sont, bien sûr, l'autorité morale quant au sens de leur communication.

Phrases assertives. Seules des phrases assertives peuvent saisir les relations du client aux choses dans son monde. Il est évident qu'il n'y a pas d'ordre dans les phrases communiquant les points, mais en formulant des réponses de vérification, les thérapeutes devraient affirmer leur compréhension des phrases assertives. L'inverse est tout aussi utile : si vous ne pouvez pas formuler votre compréhension en une phrase assertive, ce que le thérapeute pense avoir compris ne peut pas être le point du client. Ceci s'applique avant tout au comportement non verbal du client qui est en désaccord avec la communication. Par exemple, si un client sourit et rit pendant que ce qu'il dit est triste, le thérapeute doit décider si le sourire et le rire sont en rapport avec l'intention de la communication. Si le thérapeute ne peut pas créer une phrase qui englobe les communications verbales et non verbales, c'est que ni l'une ni l'autre n'ont été *données* par le client. Se référer à un comportement non verbal ne décrit le client que du point de vue du thérapeute – par exemple, «vous souriez. Quelque chose dans cette histoire triste semble vous amuser».

Connaissances préalables. Levitt a écrit : «la compréhension empathique non-directive implique que le thérapeute abandonne ses propres théories, ses schémas et ses préjugés personnels» (Levitt, 2005)³¹. Ce n'est pas totalement vrai. Pour comprendre ce qu'un client communique, les thérapeutes *doivent* utiliser leurs théories, leurs schémas et le reste de leurs connaissances et concepts. Sans au moins quelques naïves théories concernant le monde, nous ne pourrions pas comprendre qui que ce soit car nous ne pourrions faire un pont entre nos «mondes» et ceux des autres. Plus grande est notre connaissance du monde, meilleure est notre capacité de compréhension des autres. Brodley s'exprimait ainsi :

La réponse de compréhension empathique est fondamentalement une transformation de la communication du client à l'intérieur de l'esprit et dans l'expérience du thérapeute [...]. Dans ce contexte, une transformation implique que le thérapeute prenne en lui-même le sens de l'expression du client et *la comprenne dans les termes de ses propres symboles cachés* (Brodley, 1977)³².

Moins les symboles sont cachés, plus ou moins importante est la compréhension.

Il ressort de la recherche sur la compréhension de texte que les chercheurs ayant une large connaissance générale sont davantage capables de

³¹ N.d.t. : Levitt, 2005, p. 10.

³² N.d.t. : Brodley, 1977, p. 9.

comprendre des textes de pauvre cohérence (manque de lien entre les phrases, insuffisance d'explication, ajout d'informations fortuites) que les lecteurs de moindre connaissance (McNamara, Kintsch, Songer & Kintsch, 1996). Il n'est pas exagéré de penser que les écoutants qui sont de grands lecteurs, familiers de beaucoup de théories, et qui connaissent de nombreuses personnes de types différents, sont davantage capables de compréhension empathique que les gens qui ont moins de connaissance. Il est bien connu que nous comprenons le monde en utilisant des processus de bas en haut (données) et des notions de haut en bas (privilegiant la connaissance, les exigences, les théories). Il faut recommander aux étudiants de lire beaucoup et de faire de nombreuses expériences. Le *Counseling Laboratory Manual*³³ de Shukin (2008), qui invite les étudiants à développer leur savoir-faire en décrivant des discours de type affectif et comportemental, pourrait être ici de quelque utilité.

Contexte et suivi. Tout ce que dit le client a une signification intentionnelle dans le contexte de ce que le client et le thérapeute ont précédemment exprimé verbalement et non verbalement. Rien n'a de signification intentionnelle (par opposition à un dictionnaire) s'il est isolé. Le thérapeute doit alors «pister» le flot des communications du client – les connexions entre les idées, les points et les sujets relatés par le client – suivre la logique de l'histoire, noter les changements de sujets, etc.

But. Ce qui suit vient de Zimring (2001). Le discours a un but ou un objectif. Ce peut être un but interpersonnel (par exemple impressionner quelqu'un ou obtenir de l'aide) ou un but intrapersonnel (rechercher quelque chose, trouver une explication, explorer des sentiments ou décider d'une action). Construire une hypothèse sur le but du client tout en en parlant est très utile pour saisir ce qu'il essaie d'atteindre.

Conclusion et directions pour la recherche

Dans cet article, si mon raisonnement est solide, j'ai montré que le principe éthique du respect pour l'autodétermination du client lié à une vision de la structure de l'empathie a des implications spécifiques pour la pratique de la thérapie non-directive. La cible de l'empathie doit être les communications intentionnelles du client et non son cadre de référence. Essayer de saisir le cadre de référence peut être utile pour comprendre ce que le client cherche à faire, mais ne peut pas être la cible de la compréhension.

³³ N.d.t.: en français: Manuel de laboratoire de thérapie.

Lorsque j'ai commencé cet article, j'avais espéré qu'une analyse du discours et de la pragmatique, de la rhétorique et de la compréhension de la lecture ainsi que des domaines associés seraient de riches sources d'idées pour l'amélioration de la compréhension des communications du client. J'ai découvert que les théories et les études de ces champs offrent peu d'applications pratiques et directes. Les échanges à haute voix avec des thérapeutes expérimentés sont plus fructueux. J'espère que les arguments de cet article en inciteront d'autres à développer de meilleures façons d'enseigner aux étudiants la thérapie non-directive pour accompagner le discours du client, comment utiliser l'imagination, la pensée critique, la compréhension de la structure du récit parlé et d'autres ressources pour atteindre ce qui est donné par le client. Plutôt que d'avoir peur d'enseigner les savoir-faire de l'écoute empathique, les thérapeutes non-directifs devraient les adopter et rechercher les moyens d'améliorer la compréhension empathique.

Références

- Baker, N. (2004). Experiential person-centered therapy. In P. Sanders (Ed.), *The tribes of the person-centred nation* (pp. 67-94). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Baughan, R., & Merry, T. (2001). Empathy: An evolutionary/biological perspective. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 2: Empathy* (pp. 230-239). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1997). Empathy and the active client: An integrative, cognitive-experiential approach. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 393-418). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bozarth, J. D. (1984). Beyond reflection: Emergent modes of empathy. In R. F. Levant & J. M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach* (pp. 59-75). New York: Praeger.
- Bozarth, J. D. (1997). Empathy from the framework of client-centered theory and the Rogerian hypothesis. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 81-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bozarth, J. D. (2002). The evolution of Carl Rogers as a therapist. In D. J. Cain (Ed.), *Classics in the person-centered approach* (pp. 43-58). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Bozarth, J. D. (2008). Response-centered therapy: The good, bad, and ugly. *The Person-Centered Journal*, 15, pp. 79-82.

- Brodley, B. T. (1977, March). *The empathic understanding response process*. Paper presented to Changes Chicago.
- Brodley, B. T. (1990). Client-centered and experiential: Two different therapies. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 87-108). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Brodley, B. T. (1991). *Instructions for beginning to practice client-centered therapy*. Unpublished paper. Retrieved September 15, 2008, from <http://world.std.com/~mbr2/cct.beginning.practise.html>.
- Brodley, B. T. (1996). Empathic understanding and feelings in client-centered therapy. *The Person-Centered Journal*, 3(1), pp.22-30.
- Brodley, B. T. (1997a). Criteria for making responses in client-centered therapy. *The Person-Centered Journal*, 5(1), pp.20-28.
- Brodley, B. T. (1997b). The non-directive attitude in client-centered therapy. *The Person-Centered Journal*, 4(1), pp.18-30.
- Brodley, B. T. (2001). Observations of empathic understanding in a client-centered practice. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 2: Empathy* (pp. 16-37). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Brodley, B. T. (2007, August). *Nondirectivity*. Panel discussion, ADPCA New York.
- Brodley, B. T., & Lietaer, G. (2006a). *Transcript of Carl Rogers' therapy sessions. Vol. 8*. Available from Kathryn Moon: kmoon5555@earthlink.net.
- Brodley, B. T. & Lietaer, G. (2006b). *Transcript of Carl Rogers' therapy sessions. Vol. 14: OAK/BAFO, Session 1*. Available from Kathryn Moon: kmoon5555@earthlink.net.
- Cooper, M. (2001). Embodied empathy. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 2: Empathy* (pp. 218-229). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Freire, E. S. (2007). Empathy. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmidt, & G. Wyatt (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 194-206). Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.
- Gendlin, E. T. (1974). Client-centered and experiential psychotherapy. In D. A. Wexler & L. N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 211-246). New York: Wiley.
- Gendlin, E. T. (1978). *Focusing*. New York: Everest House.
- Graesser, A. & Person, N. (n.d.) Discourse: Cognitive perspective. *Education Encyclopedia*. Retrieved September 26, 2008, from Answers.com website: <http://www.answers.com/topic/discourse-cognitive-perspective>.
- Grant, B. (2004). The imperative of ethical justification in psychotherapy: The special case of client-centered therapy. *Person-Centered and Experiential*

- Psychotherapies*, 3, pp. 152-165.
- Grant, B. (2005). Taking only what is given: Self-determination and empathy in non-directive client-centered therapy. In B. E. Levitt (Ed.), *Embracing non-directivity: Reassessing person-centered theory and practice in the 21st century* (pp. 248-260). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Greenberg, L. S. & Elliot, R. (1997). Varieties of empathic responding. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 167-186). Washington, DC: American Psychological Association.
- Haugh, S. & Merry, T. (2001). Empathy in context: The joining of the streams. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 2: Empathy* (pp. 240-249). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Levitt, B. E. (2005). Non-directivity: The foundational attitude. In B. E. Levitt (Ed.), *Embracing non-directivity: Reassessing person-centered theory and practice in the 21st century* (pp. 5-17). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Levitt, B. E. & Brodley, B. T. (2005). «It enlightens everything you do»: Observing non-directivity in a client-centered therapy demonstration session. In B. E. Levitt (Ed.), *Embracing non-directivity: Reassessing person-centered theory and practice in the 21st century* (pp. 96-112). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books. 234.
- Mahrer, A. (1997). Empathy as therapist-client alignment. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 187-213). Washington, DC: American Psychological Association.
- McNamara, D., Kintsch, E., Songer, N. & Kintsch, W. (1996). Are good texts always better? Interactions of text coherence, background knowledge, and levels of understanding in learning from text. *Cognition and Instruction* 14, pp. 1-43.
- Merry, T. (2002). *Learning and being in person-centred counseling* (2nd ed.). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Merry, T. (2004). Classical client-centred therapy. In P. Sanders (Ed.), *The tribes of the person-centred nation* (pp. 21-44). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- O'Hara, M. (1997). Relational empathy: Beyond modernist egocentrism to post-modern holistic contextualism. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 295-319). Washington, DC: American Psychological Association.
- Purton, C. (2004). Focusing-oriented therapy. In P. Sanders (Ed.), *The tribes of the person-centred nation* (pp. 45-65). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Raskin, N. J. (2004). The development of nondirective therapy. In *Contributions to client-centered therapy and the person-centered approach* (pp. 1-27). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books. (Original work published in 1948).
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin.

- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1(10), pp. 415-422.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1980). Empathic: An unappreciated way of being. In *A way of being* (pp. 137-163). Boston: Houghton Mifflin. (Original work published in 1975).
- Rogers, C. R. (1989). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Eds.), *The Carl Rogers reader* (pp. 219-235). Boston: Houghton Mifflin. (Original work published in 1957).
- Rogers, C. R. (1989). A client-centered/person-centered approach to therapy. In H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Eds.), *The Carl Rogers reader* (pp. 135-152). Boston: Houghton Mifflin. (Original work published in 1986).
- Schmid, P. F. (2001). Comprehension: The art of not knowing. Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centered relationships. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 2: Empathy* (pp. 53-71). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Shukin, A. (2008). *Counseling laboratory manual*. Lisle, IL: Benedictine University.
- Tengland, P.-A. (2001). Empathy: Its meaning and place in a theory of therapy. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 2: Empathy* (pp. 72-85). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Zimring, F. (2001). Empathic understanding grows the person. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 2: Empathy* (pp. 86-98). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.