

L'évaluation dans la thérapie centrée sur la personne

Paul Wilkins et Martin Gill

Traduction: Laurent Berthoud

Paul Wilkins est l'auteur de plusieurs ouvrages consacrés au counselling et à la psychothérapie. Au Royaume-Uni, il a exercé en tant que praticien et superviseur en milieu académique. Il est maître de conférences en psychologie à la *Metropolitan University* de Manchester.

Martin Gill est diplômé en Science sociale appliquée. Il a obtenu un certificat de qualification en travail social à l'Université d'Oxford en 1984 et a occupé, jusqu'en 2004, le poste d'agent de probation dans divers cadres. Il a ensuite poursuivi sa carrière en tant que travailleur social indépendant dans une équipe d'aide à l'enfance et a entrepris des évaluations spécialisées pour ce type de service. En 2004, Martin Gill a reçu le *GSC Practice Teaching Award* décerné par l'Université d'East Anglia (Norwich).

Résumé

Cet article examine la littérature traitant de l'évaluation des clients et de sa compatibilité avec la thérapie centrée sur la personne ainsi que de la relation entre l'évaluation et le diagnostic. Il décrit ensuite une petite étude qualitative comparant la pensée des thérapeutes centrés sur la personne et celle des thérapeutes psychodynamiques sur l'évaluation, et propose une théorie formative centrée sur la personne relative à l'évaluation du client.

Mots-clés: évaluation, thérapie centrée sur la personne, psychothérapie, diagnostic, évaluation psychologique, psychodiagnostic.

L'original de cet article a été publié dans *Person Centered & Experiential Psychotherapies*, 2003, vol. 2, 3, pp. 172-187.

L'«évaluation» est depuis longtemps un sujet de controverse dans le contexte de la thérapie centrée sur la personne. Pour certains praticiens, cela évoque immédiatement l'ogre du «diagnostic», qu'ils considèrent comme une adoption inappropriée provenant de la médecine, et donc incompatible avec la théorie et la pratique centrées sur la personne. Mearns (1997) exprime ce point de vue :

Toute la question de l'«évaluation» du client va totalement à l'encontre de la théorie centrée sur la personne et correspond aux approches qui s'alignent davantage sur le «modèle médical» de diagnostic. Dans le domaine centré sur la personne, la question de l'évaluation est ridicule: l'évaluateur devrait porter un jugement non seulement sur le client mais aussi sur les dimensions relationnelles entre le client et le praticien.¹

C'est à cette évaluation comme processus visant à établir un diagnostic et à formuler un plan de traitement à laquelle Mearns s'oppose. De telles notions sont antipathiques à l'Approche centrée sur la personne parce qu'elles découlent du cadre de référence et de «l'expertise» du thérapeute, et peuvent ne pas refléter l'expérience et les besoins du client.

Bozarth (1998) est d'accord: «L'évaluation psychologique telle qu'elle est généralement conçue ne concorde pas avec les hypothèses de base de la théorie centrée sur la personne»²; mais il examine également les circonstances dans lesquelles l'évaluation peut légitimement faire partie de l'Approche centrée sur la personne. Il énumère trois conditions suggérant l'utilisation de tests dans une thérapie centrée sur la personne. Celles-ci sont:

1. Le client demande à passer des tests.
2. Le contexte politique peut exiger que des tests soient administrés aux clients.
3. Les tests peuvent être un moyen «objectif» pour le client et le praticien d'envisager une décision qui est influencée par des exigences institutionnelles ou sociétales.

Quelle qu'en soit la raison, le «facteur critique» est celui de respecter l'autorité propre du client.

Mearns et Bozarth s'inspirent de la théorie classique centrée sur la personne (Sanders, 2000). D'autres praticiens de la famille élargie de l'Approche centrée sur la personne ont des points de vue différents. Par exemple, Rennie (1998), influencé par la tradition expérientielle, parle de «la nécessité

¹ N.d.t.: Mearns, 1997, p. 91.

² N.d.t.: Bozarth, 1998, p. 127.

d'une évaluation centrée sur la personne»³ et Speierer (1990; 1996) a élaboré un modèle d'«incongruence différentielle». Speierer propose, avec ce modèle, de fournir une «théorie de la psychopathologie générale et des troubles psychiques spécifiques»⁴ compatible avec la théorie centrée sur la personne. Cela permet le diagnostic et des «options pratiques utiles» en fonction de la nature de l'incongruence du client. Eckert, Höger et Schwab (2003) rapportent également, dans la tradition européenne germanophone, une recherche qui «est devenue de plus en plus spécifique aux troubles»⁵. Leurs références à cette recherche font largement appel à des catégories diagnostiques telles que la «dépression», le «trouble de personnalité borderline» et l'«agoraphobie». Cependant, Berghofer (1996), écrivant sur l'impact de poser le diagnostic de schizophrénie, conclut que «l'exploration diagnostique du patient schizophrène entrave l'établissement d'une relation authentique»⁶. Tout cela indique des différences au sein de la famille des thérapies centrées sur la personne, ou du moins que la position par rapport à l'évaluation dans l'Approche centrée sur la personne est complexe.

Bien que nous soyons intéressés par la justification théorique de l'évaluation dans la tradition centrée sur la personne dans son ensemble, dans le contexte britannique, l'expression «centrée sur la personne» indique une approche thérapeutique distincte à laquelle notre article se réfère plus directement. Cette approche est fortement influencée par la pensée et le travail de Dave Mearns et Brian Thorne (en particulier par leur livre de 1988 et les ouvrages subséquents), mais aussi par le fait que peu de ses praticiens ont une formation psychologique ou médicale et par «la manière dont le lobby psychodynamique a défini les hypothèses intrinsèques de la thérapie au Royaume-Uni» (Mearns, communication personnelle, 2003). Ces facteurs apportent une attitude particulière à l'évaluation et au diagnostic qui est indiquée dans notre recherche (voir ci-dessous).

Bien que nous comprenions qu'il existe d'autres significations, nous nous intéressons à l'évaluation en tant que processus qui permet de déterminer la pertinence et la viabilité de la thérapie centrée sur la personne comme intervention utile. Ceci implique à la fois le thérapeute et le client, en tant qu'évaluateurs. En ce sens, l'évaluation est un processus de négociation et d'examen des questions soulevées par cette négociation. L'accent est mis sur la relation thérapeutique potentielle plutôt que sur le diagnostic.

³ N.d.t. : Rennie, 1998, p. 35.

⁴ N.d.t. : Speierer, 1996, p. 304.

⁵ N.d.t. : Eckert, Höger & Schwab, 2003, pp. 10-13.

⁶ N.d.t. : Berghofer, 1996, pp. 483-485.

L'évaluation centrée sur la personne dans son contexte

Les thérapeutes centrés sur la personne supposent peut-être que les thérapeutes d'autres orientations, pour qui l'évaluation est une nécessité dictée par la théorie, «font» quelque chose au client qui est radicalement différent de ce qui se passe dans une thérapie centrée sur la personne. Notre expérience indique cependant que, par exemple, les praticiens des thérapies psychodynamiques ne diffèrent pas fondamentalement des praticiens centrés sur la personne dans leurs attitudes à l'égard de leurs clients et dans leur pratique avec eux dans les premiers stades de la thérapie.

Tout comme nous faisons des suppositions sur les thérapeutes qui s'inspirent de traditions différentes des nôtres, il en va parfois de même à notre égard. Il n'est pas rare de constater que la réticence des thérapeutes centrés sur la personne à «évaluer» leurs clients est perçue avec appréhension. Pour certains, il s'agit d'une attitude irresponsable et imprudente qui nuit grandement aux clients. Par exemple, Wheeler (Wheeler & McLeod, 1995) exprime une «sérieuse réserve» due au fait que la théorie centrée sur la personne (ou plutôt, à ce qui lui manque) puisse conduire à un «manque de considération pour l'évaluation»⁷. Pour nous, l'absence de justification de l'évaluation est fondée sur la théorie et la pratique, et nos raisons sont si évidentes qu'il n'est pas nécessaire de les énoncer. Pour d'autres, nous faisons preuve de négligence et de naïveté à la limite de l'irresponsabilité.

D'une part, il est possible de considérer ces critiques comme fausses et de les écarter parce que le principe fondamental de l'Approche centrée sur la personne est différent de celui des autres approches; mais, d'autre part, cela ne contribue en rien à la compréhension mutuelle. Ce n'est pas que nous ne tenons pas compte de l'évaluation, mais nous avons un ensemble de théories et de procédures différent, qui remplace les approches plus conventionnelles (voir Tudor & Merry, 2002)⁸. Cependant, la thérapie centrée sur la personne fait l'objet de critiques car, à certains égards, elle n'est pas considérée comme ayant une théorie de l'évaluation et ses praticiens ne sont pas suffisamment préparés par des cours de formation pour évaluer les clients. Pour ceux qui croient en la valeur du dialogue et de la compréhension au sein de la famille centrée sur la personne et avec les praticiens d'autres approches et disciplines, un énoncé clair de la théorie centrée sur la personne en matière d'évaluation sera probablement utile.

La théorie centrée sur la personne conteste la vision conventionnelle de l'évaluation. Comme l'indiquent Tudor et Merry, il existe des théories

⁷ N.d.t.: Wheeler & McLeod, 1995, p. 286.

⁸ N.d.t.: Tudor & Merry, 2002, p. 115.

centrées sur la personne «qui aident à *décrire* (plutôt qu'à *prescrire*) le client»⁹ et qui sont compatibles avec l'autonomie et l'autorité propre du client. Il incombe aux thérapeutes centrés sur la personne de clarifier leur position théorique et pratique en matière d'évaluation. Nous en avons une, nous pouvons l'expliquer – nous ne nous rendons pas service en cachant notre lumière sous le boisseau.

Dans cet article, nous explorons la perspective historique des attitudes à l'égard de l'évaluation dans la thérapie centrée sur la personne, nous présentons les résultats de notre recherche sur les pratiques réelles des thérapeutes centrés sur la personne, nous contextualisons cela par rapport à la théorie centrée sur la personne, et proposons que les principes fondamentaux de cette dernière constituent une théorie de l'évaluation.

Perspective historique

La littérature relative à l'évaluation est relativement rare dans le référentiel centré sur la personne classique et n'est pas beaucoup plus importante dans la littérature expérientielle et orientée sur le processus. À l'exception d'un ouvrage de Rogers (1951), une étude des œuvres majeures de Rogers et de ses anthologistes indique que l'évaluation ne mérite pas de figurer dans les index. L'évaluation est également absente de l'étude exhaustive de Barrett-Lennard (1998) et des ouvrages de Mearns et Thorne (1988, 1999, 2000) qui ont fait l'objet d'une large diffusion. Cela indique le manque de pertinence de l'évaluation perçu par rapport à la théorie et à la pratique centrées sur la personne. Rogers (1946) a fait remarquer que «l'habileté diagnostique n'est pas nécessaire pour une bonne thérapie»¹⁰; c'est probablement le point de vue d'une majorité de praticiens centrés sur la personne à ce jour, et il est compris par beaucoup comme signifiant que l'évaluation est inutile – ou même contre-indiquée.

Dans ses premiers travaux définitifs, Rogers (1951) fait référence à «la logique du diagnostic centré sur la personne»¹¹. Cette logique place clairement le client et son expérience au cœur du processus – en fait, Rogers dit qu'il s'agit vraiment d'une logique de la psychothérapie sans diagnostic externe, c'est-à-dire ne résultant pas d'une évaluation du «problème» par le thérapeute. Le schéma de Rogers repose sur les propositions suivantes :

- Le comportement est provoqué, et l'origine psychologique du comportement est une certaine perception ou une certaine manière de percevoir.

⁹ N.d.t. : *ibid.*, p. 5.

¹⁰ N.d.t. : Rogers, 1946, p. 421.

¹¹ N.d.t. : Rogers, 1951, pp. 221-223.

Le client est le seul qui a la potentialité de connaître pleinement la dynamique de ses perceptions et de ses comportements.

- Pour que le comportement change, un changement de perception doit être expérimenté. La connaissance intellectuelle ne peut se substituer à cela.
- Les forces constructives qui entraînent une modification de la perception, une réorganisation et un réapprentissage résident principalement chez le client et ne peuvent probablement pas venir de l'extérieur.
- La thérapie est fondamentalement l'expérimentation¹² d'inadéquations dans d'anciennes façons de percevoir, l'expérimentation de perceptions nouvelles et adéquates, et la reconnaissance de relations significatives entre les perceptions.
- Dans un sens très significatif et précis, la thérapie est le diagnostic, et ce diagnostic est un processus qui se déroule dans l'expérience du client plutôt que dans l'intellect du clinicien.

Il est intéressant de noter que Rogers suit immédiatement son raisonnement avec «certaines objections au diagnostic psychologique»¹³. Patterson (1948/2000) s'était déjà penché sur la question «la psychothérapie dépend-elle du diagnostic?» et en est arrivé à la conclusion que ce n'était pas le cas. Il esquisse une théorie du comportement et examine les principes et les pratiques de la psychothérapie, ce qui l'amène à affirmer que, compte tenu de la motivation à changer ou à croître :

Pour des raisons thérapeutiques, il suffit que le patient vienne chercher de l'aide et soit en contact suffisant pour pouvoir verbaliser son comportement, ses attitudes et ses sentiments¹⁴.

Bien que l'évaluation ait été largement négligée par les théoriciens centrés sur la personne, une certaine attention a été accordée au «diagnostic» – notamment sous la forme d'un «Symposium sur le Psychodiagnostic» publié dans *Person-Centered Review* en 1989. Ce symposium comprenait

¹² N.d.t.: *experiencing* signifie littéralement «être en train de faire une expérience intime». Rogers l'explique ainsi en 1980, dans *A Way of Being*: «lorsque, dans une relation thérapeutique, un individu fait l'expérience complète et sans réticence de la prise de conscience d'un sentiment jusqu'ici refoulé, non seulement il perçoit un changement psychologique mais un nouvel état de compréhension s'étant formé (*insight*), il ressent également un changement physiologique concomitant». In K. Tudor & T. Merry (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.

¹³ N.d.t.: *ibid.*, pp. 223-225.

¹⁴ N.d.t.: Patterson, 1948/2000, pp. 3-9.

une contribution d'Angelo Boy à laquelle Julius Seeman, John Shlien, Constance Fischer et David Cain ont répondu (voir Cain, 2002a)¹⁵. Bien que nous soyons d'avis que le «psychodiagnostic» et l'«évaluation» sont des processus différents ayant des buts différents et que c'est la confusion de ces termes qui provoque une partie de l'opposition vive à l'évaluation, il vaut la peine de considérer brièvement ce débat.

Boy (2002) offre une perspective historique sur le psychodiagnostic, en examine le but et les outils, et se penche sur la pertinence du Manuel Diagnostic et Statistique (DSM) de l'*American Psychiatric Association* dans la pratique de la psychothérapie. Boy souligne que le concept de psychodiagnostic émerge du modèle médical et qu'il repose sur la catégorisation des «symptômes du patient» qui peuvent ensuite être résumés par une étiquette diagnostique. Il argumente que ce sont les pressions exercées par les fondateurs de la psychothérapie qui influencent l'utilisation du psychodiagnostic, et que la psychiatrie et la psychanalyse dictent sa forme.

Boy critique les outils et la méthodologie du psychodiagnostic, en soulignant, par exemple, que les influences culturelles et sociales sur le client sont ignorées et que ses procédures ne sont pas conformes aux normes scientifiques de la médecine et que, par conséquent, l'objectivité revendiquée pour le psychodiagnostic est fautive. De plus, le psychodiagnostic traditionnel ignore le cadre de référence interne du client malgré le fait que «pendant près d'un demi-siècle, Rogers [...] a présenté des preuves que le seul point de vue précis et fiable pour comprendre un client est celui du cadre de référence interne du client»¹⁶.

Boy est d'avis que les arguments en faveur du psychodiagnostic ne sont pas encore prouvés et que les schémas existants (à l'époque) pour la classification des «troubles» sont discutables. D'un point de vue centré sur la personne, il ne voit pas d'objection de principe à «l'élaboration d'un vaste système de classification pour catégoriser le comportement humain»¹⁷, mais soutient que ce système doit être fondé sur des critères très différents de ceux utilisés, par exemple, dans le DSM. Boy considère comme potentiellement valable la perspective centrée sur la personne que Rogers (1951)¹⁸ porte sur le diagnostic.

Seeman (2002) répond à Boy en soulignant quatre aspects du psychodiagnostic :

¹⁵ N.d.t. : Cain, 2002a, pp. 385-414.

¹⁶ N.d.t. : Boy, 2002, p. 388.

¹⁷ N.d.t. : *ibid.*, p. 394.

¹⁸ N.d.t. : Rogers, 1951, pp. 221-223.

- Les aspects de valeur du psychodiagnostic
- La validité technique des tests permettant le diagnostic
- Le jugement humain concernant le psychodiagnostic
- La fonction positive du psychodiagnostic.

Seeman est largement d'accord avec Boy en ce qui concerne la valeur du psychodiagnostic, suggérant que penser à une personne, plutôt qu'*avec* une personne, crée une division entre le client et le thérapeute et établit une «hiérarchie d'une personne vers le haut et d'une personne vers le bas» contraire à une thérapie centrée sur la personne. Seeman considère les arguments de Boy quant à la validité technique du psychodiagnostic comme non pertinents parce que le psychodiagnostic n'a aucun rôle dans la thérapie centrée sur la personne, mais il peut aussi voir que les tests psychologiques peuvent parfois offrir d'autres avantages. En examinant le rôle du jugement humain dans les procédures diagnostiques, Seeman est encore une fois d'accord avec Boy sur le fait qu'il y a une probabilité d'erreur, et renforce cet argument en se référant à la littérature. Finalement, Seeman exprime un soutien limité au psychodiagnostic. Il pense que les gens sont composés de sous-systèmes complexes et interdépendants : «biochimique, physiologique, perceptif, cognitif, interpersonnel»¹⁹, et que les thérapeutes ont accès à certains sous-systèmes mais pas à d'autres. Il se peut que les pressions exercées sur le système dans son ensemble se situent ailleurs dans la hiérarchie des sous-systèmes que dans ceux auxquels les thérapeutes ont accès. Seeman observe que, par exemple, les tests neuropsychologiques peuvent indiquer la pertinence d'interventions autres que la psychothérapie. Il conclut par ces mots :

Le psychodiagnostic n'est pas pertinent pour le processus interne de la thérapie centrée sur la personne, [mais] il y a des occasions où l'aiguillage vers un psychodiagnostic fait partie de notre responsabilité éthique et professionnelle²⁰.

Shlien s'oppose fermement au psychodiagnostic et, bien qu'il soit largement d'accord avec Boy, il pense clairement que Boy est trop accommodant et conciliant dans les opinions qu'il a exprimées. Shlien affirme que Rogers «n'a pas vraiment» élaboré son raisonnement concernant le diagnostic et qu'il s'est trompé en utilisant cette description. Shlien admet que le psychodiagnostic a un certain sens dans certaines approches de la psychothérapie, mais considère qu'il n'a aucun rôle dans la thérapie centrée sur la personne.

¹⁹ N.d.t. : Seeman, 2002, p. 398.

²⁰ N.d.t. : *ibid.*, p. 399.

Il écrit:

La thérapie centrée sur la personne n'a qu'*un* seul traitement pour *tous* les cas. Cela rend le diagnostic totalement inutile. Si vous n'avez pas de traitement spécifique qui s'y rapporte, quel est l'objectif possible d'un diagnostic spécifique? Il n'en reste que les effets néfastes. Alors, le diagnostic n'est pas bon, pas même neutre, mais mauvais²¹.

Fischer (2002) accepte les critiques de longue date du psychodiagnostic, mais soutient que «néanmoins, toute thérapie devrait être planifiée en fonction de l'évaluation de la situation du client». Elle a apparemment une attitude différente de celle des trois premiers intervenants, mais nous attirons l'attention sur le langage utilisé par Fischer. Elle fait référence à l'évaluation, et non au psychodiagnostic, et elle écrit au sujet de la situation du client, et non à propos du client lui-même, et encore moins au sujet d'une catégorie psychopathologique présumée à laquelle le client peut être assigné.

Fischer soutient que l'évaluation est nécessaire à la pratique de la psychothérapie. Elle donne des exemples tirés de la pratique clinique et déclare: «dans ces cas, ma connaissance des schémas de vie perturbés m'a permis de planifier, ce qui a évité aux clients des angoisses et des efforts inutiles»²². Fischer préconise une «évaluation orientée vers la vie». Elle écrit:

L'évaluation orientée vers la vie s'adresse à la personne qui vit sa vie. Les résultats des tests, les catégories diagnostiques, les constructions théoriques et d'autres dispositifs nomothétiques sont des notions dérivées à utiliser comme outils pour comprendre la situation de la personne. Les outils ne doivent pas être confondus avec les résultats.

Et:

En bref, le diagnostic orienté vers la vie sert les intérêts du client. Il responsabilise le client en reconnaissant son pouvoir personnel et en exploitant les possibilités positives. Il respecte l'ambiguïté et l'intersubjectivité inhérentes à la compréhension humaine. L'accent mis sur le contexte de vie sensibilise les clients et les autres personnes qui participent à l'évaluation aux contextes plus larges du comportement et à nos responsabilités dans la prise en charge des systèmes et des personnes²³.

²¹ N.d.t.: Shlien, in Cain 2002, pp. 400-402.

²² N.d.t.: Fischer, 2002, p. 405.

²³ N.d.t.: *ibid.*, p. 407.

Enfin, Cain (2002b) répond à Boy. Sa première hypothèse est que ce que les clients apprennent sur eux-mêmes est plus important que ce qu'un diagnosticien apprend dans un processus d'évaluation. Si le but du diagnostic est de faciliter le processus de «connaissance de soi», alors, soutient Cain, il est compatible avec la théorie et la pratique centrées sur la personne. Il établit son argumentation en se référant aux avantages et aux inconvénients de trois approches du diagnostic: mécanique, prescriptif et collaboratif. Les deux premiers sont «centrés sur l'expert» et donc d'une utilité limitée dans le cadre d'une thérapie centrée sur la personne, tandis que le troisième est centré sur le client et promeut la connaissance de soi. Cain caractérise l'approche collaborative du diagnostic. En résumé, ces caractéristiques sont celles des praticiens de la collaboration qui:

- voient leurs clients d'un point de vue holistique, en réalisant que les aspects psychologiques, biologiques et socioculturels de la personne sont liés. L'accent est mis sur l'expérience globale du client – c'est-à-dire autant sur ce qui est «juste» que sur ce qui est «faux»;
- adoptent une approche phénoménologique à l'égard de leurs clients. L'observation de l'expérience immédiate est plus importante que l'explication;
- sont plus intéressés à permettre à leurs clients de s'engager dans un processus continu d'autodiagnostic plutôt que de se limiter à comprendre un problème de façon isolée.

Cain affirme aussi:

L'un des principaux points forts de l'approche collaborative est qu'elle aide à créer chez les clients une nouvelle conscience du rôle important et crucial qu'ils peuvent jouer dans la détermination de la nature et de la qualité des soins qui leur sont offerts. Elle leur permet de se rendre compte qu'ils sont les meilleurs juges de leurs besoins [...] et qu'ils peuvent apprendre à prendre en charge et à influencer davantage le cours de leur vie [...]²⁴.

En résumé, le symposium de 1989 représente trois points de vue principaux sur le psychodiagnostic. Le premier considère que le psychodiagnostic n'est pas pertinent pour une thérapie centrée sur la personne et qu'il peut en fait être «nocif». La deuxième position est un «oui, mais...», où les problèmes associés au psychodiagnostic sont reconnus, mais où il y a aussi une acceptation que le diagnostic et l'évaluation sont des réalités dans le monde de la

²⁴ N.d.t.: Cain, 2002b, p. 413.

psychothérapie. Cette position suggère que les praticiens centrés sur la personne doivent peut-être en tenir compte – et que peut-être aussi, dans certaines conditions, pour certains clients, à certains moments, le psychodiagnostic peut être utile. C'est également le point de vue exprimé par Bozarth (1998)²⁵. Troisièmement, il y a la perspective que si l'évaluation se concentre sur le client et sa connaissance de soi, non seulement elle est compatible avec la théorie centrée sur la personne, mais elle constitue également un avantage pour la pratique de la thérapie centrée sur la personne.

Ce qui se passe réellement dans la pratique : notre recherche

Afin de déterminer ce que les praticiens centrés sur la personne, travaillant au sein du *British National Health Service*²⁶, font réellement lorsqu'ils rencontrent un nouveau client, nous avons mené un projet à petite échelle comparant les stratégies et pratiques de cinq praticiens centrés sur la personne à celles de cinq thérapeutes psychodynamiques, travaillant dans des contextes similaires. Il s'agissait d'une étude fondée sur des entretiens, les participants étant invités à explorer et à expliquer leurs réflexions et leur expérience en matière d'évaluation diagnostique.

Les participants

Tous les participants travaillaient dans un contexte de soins, avaient reçu une formation en thérapie centrée sur la personne ou en thérapie psychodynamique au moins jusqu'au niveau du diplôme (au Royaume-Uni, ceci est la certification normale pour pratiquer), et avaient au moins 12 mois d'expérience après la certification. Ils ont été contactés par l'intermédiaire de réseaux professionnels dans la région du Grand Manchester, et aussi bien l'orientation thérapeutique que les lieux de travail étaient connus avant d'approcher les thérapeutes. Tous les participants avaient plus de 30 ans. Les milieux de travail des deux groupes de thérapeutes différaient. Les thérapeutes centrés sur la personne travaillaient dans des centres de soins primaires et des départements de psychologie, tandis que les praticiens psychodynamiques étaient des employés de cliniques de psychothérapie. Cette situation est normale au Royaume-Uni.

²⁵ N.d.t. : Bozarth, 1998, pp. 128-131.

²⁶ N.d.t. : le système de santé publique au Royaume-Uni.

Les entretiens

Les participants ont été contactés par téléphone et invités à prendre part à l'étude. À ce stade, les objectifs de l'étude ont été expliqués et les questions encouragées. Les rencontres ultérieures se sont déroulées sur le lieu de travail du participant ou de l'interviewer et ont duré de 60 à 90 minutes. Après avoir brièvement présenté l'étude, l'interviewer a invité les participants à offrir leurs réflexions et leur expérience de l'évaluation diagnostique. Après deux rencontres, cette question initiale a été modifiée car elle n'était pas pertinente pour les thérapeutes centrés sur la personne et créait de la confusion. Les participants ont plutôt été invités à explorer le processus de début et de contrat avec un client. L'entretien non structuré a permis aux participants et à l'interviewer d'explorer les thèmes à mesure qu'ils se présentaient. Il a également permis aux participants d'explorer et d'approfondir le sens personnel que l'«évaluation» avait pour eux.

Traitement des données

L'interprétation des entretiens s'est faite au moyen d'une analyse narrative (Reissman, 1993) qui consiste à écouter des «histoires» (les entretiens) avec l'intention de découvrir les thèmes et les récits sous-jacents. Ceci est cohérent avec la psychothérapie parce qu'il s'agit d'être à l'écoute du contenu, de l'émotion et du sens, c'est-à-dire de s'accorder avec le cadre de référence interne du narrateur et de son *experiencing* actuel. Cela permet une interprétation comparative et l'élaboration de la «métahistoire». Le processus d'élaboration de la métahistoire est interprétatif et comparatif. L'interprète écoute les récits avec attention, en observant et en prenant note des thèmes récurrents, des similitudes et des différences entre les récits racontés. À partir de ce processus minutieux, le chercheur fait la synthèse d'une histoire commune. Cette démarche intègre inévitablement des éléments du cadre de référence et de la position théorique du chercheur. Dans ce cas, l'interprète principal (Martin Gill) est formé à la fois à l'Approche centrée sur la personne et à l'approche psychodynamique et travaille dans des contextes similaires à ceux des participants. Dans le cadre de cet article, nous nous intéressons à la métahistoire qui émerge de l'expérience des thérapeutes centrés sur la personne, et c'est ce que nous présentons ici.

Résultats

Dans l'espace prévu pour cet article, nous nous concentrerons sur les témoignages des thérapeutes centrés sur la personne, tout en commentant les similitudes et les différences avec le groupe psychodynamique. Les thérapeutes centrés sur la personne ont réfléchi en profondeur à leur pratique

clinique et, facilités par l'interprète principal, ont illustré leurs explorations en faisant référence au travail avec les clients. Ces thérapeutes ont veillé à présenter des récits en adéquation avec la philosophie centrée sur la personne, insistant sur la réciprocité essentielle de la démarche thérapeutique et expliquant ce que signifie être «centré sur la personne». Des extraits d'entrevues réelles sont en *italique*.

Le terme «évaluation» était particulièrement sensible pour ces participants. Une personne a affirmé avec conviction que l'évaluation n'est pas nécessaire. Elle a souligné l'importance d'aller au rythme du client et a également dit :

Je m'interroge sur le préjudice... cela peut être intrusif et cela m'inquiète, parce que cela vient du thérapeute.

Cette réaction à la notion d'«évaluation» reflète largement le point de vue de tous les participants centrés sur la personne. Cependant, plutôt que d'être invités à décrire un processus d'évaluation, lorsque ces mêmes thérapeutes étaient invités à réfléchir au premier contact avec un client, ils avaient beaucoup à dire. Quand la question a été présentée ainsi, les participants ont répondu en racontant les attentes des établissements pour lesquels ils travaillaient et la nécessité de clarifier l'aptitude du client à suivre une thérapie. Cette dernière était déterminée (par exemple) en s'assurant à la fois que le client savait ce que cela signifiait d'être en thérapie et que c'était ce qu'il voulait :

Je veux voir où nous arriverons et je fonde ma décision de travailler avec quelqu'un, pour l'essentiel, sur ce qu'il veut.

Il était évident que les premières séances prenaient une forme différente de celle des séances de thérapie proprement dites. Les premières peuvent être plus courtes :

[J'offre] une séance de «pré» thérapie²⁷ d'une demi-heure.

Les premières séances peuvent comprendre une recherche d'informations (par exemple des détails biographiques), une discussion concernant le contrat thérapeutique, et même une réflexion sur ce qui amène le client chez le thérapeute. À ce stade, le thérapeute a tendance à être plus proactif :

Normalement, je pose plus de questions.

Les informations recueillies dépendent souvent davantage des exigences de l'institution de financement que des thérapeutes eux-mêmes :

²⁷ N.d.t.: en anglais, «pre-counseling session», à ne pas confondre avec la pré-thérapie.

Il y a certaines informations que je pense avoir besoin de savoir.

Les thérapeutes expliquent l'importance de cette séance en termes d'opportunité de rencontrer le client (qui peut très bien être adressé par un autre professionnel et n'avoir qu'une petite idée de ce à quoi ou à qui s'attendre) et de vérifier que le client comprend ce qui peut se passer :

Je parle de moi professionnellement... et du processus thérapeutique.

Bien que les thérapeutes s'entendent pour dire que la première séance est habituellement différente de celles qui peuvent suivre, parce qu'il n'y a pas de critères d'évaluation clairs, ces thérapeutes explorent de façon descriptive leur décision d'offrir ou non une thérapie. Certains facteurs semblaient communs à tout ce qui éclaire la décision de négocier un contrat (nous entendons par là une entente de rencontre, l'endroit où la rencontre aura lieu, la durée, la nature de l'engagement et éventuellement le nombre de séances). Les participants font, par exemple, référence à l'importance d'écouter intuitivement le client potentiel, la pertinence de l'«instinct viscéral» et leur propre expérience de la rencontre :

Il y avait quelque chose chez lui... Je pense qu'il aurait trouvé très, très difficile... J'avais une sensation viscérale que [la thérapie] n'allait pas les aider... que cela ne ferait qu'empirer les choses.

Il semble donc que, bien que cette phase de «contractualisation» soit perçue comme mutuelle, les thérapeutes utilisent d'une certaine façon leur propre expérience, leurs expériences passées et leurs connaissances pour prendre une décision quant à l'opportunité de travailler avec un client en particulier.

Les thérapeutes centrés sur la personne s'opposaient à l'évaluation en tant que récolte d'informations, même lorsqu'elle leur était imposée par les organisations pour lesquelles ils travaillaient :

Parce que pour moi, l'évaluation est tout simplement trop statique... c'est trop rigide, trop axé sur la personne qui fait l'évaluation. Parce que les gens changent de semaine en semaine, de jour en jour.

En-dehors de la nécessité pratique de (par exemple) connaître les coordonnées de contact, faire l'anamnèse et rassembler des informations ont été jugés incompatibles avec la théorie et la pratique centrées sur la personne. Ces objections semblaient enracinées dans la conscience que les «informations» figent et peuvent avoir peu à faire avec l'experiencing actuel du client qui est l'objectif principal de la thérapie centrée sur la personne (voir ci-dessus). Il y avait aussi des préoccupations d'ordre éthique : qu'est-ce qui

serait fait des informations ? Qui y aurait accès ? Comment, où et pour combien de temps seraient-elles conservées ?

Bien qu'ils déclarent catégoriquement que le diagnostic ne joue aucun rôle dans la thérapie centrée sur la personne, ces thérapeutes sont très susceptibles d'utiliser un terme diagnostique dans leurs explorations si le client l'a évoqué avec eux. Ceci a été présenté en se référant à la compréhension ou à l'expérience du diagnostic par le client. Ainsi, l'acceptation du diagnostic de «dépression» par le thérapeute est une question d'harmonisation avec le cadre de référence du client (et est donc en accord avec le dernier point soulevé par Rogers, 1951), et non l'adoption d'une catégorie psychodiagnostique avec tout ce que cela peut impliquer :

Pour cette personne, elle vient me voir et me dit «je suis déprimé», alors c'est comme ça qu'elle voit les choses... Il s'agit de savoir où elle en est dans sa vie et comment elle la voit.

De plus, il était habituel pour ces thérapeutes d'utiliser des étiquettes diagnostiques telles que «dépression» et «psychose» lorsqu'ils parlaient de leurs expériences. Cela tient peut-être à une prise de conscience du langage et du discours des systèmes de santé et de travail social au sens large, et à la reconnaissance de l'importance de communiquer avec les autres professionnels d'une manière qu'ils sont en mesure de comprendre. Il est également possible qu'il s'agisse d'une reconnaissance tacite du fait que même si le diagnostic n'est pas utile pour le client, il a une certaine utilité pour le thérapeute. Rogers (1957), bien que «forcé de conclure que la connaissance diagnostique n'est pas essentielle à la psychothérapie», poursuit en soulignant que la seule fonction utile du diagnostic semble être de rassurer certains thérapeutes dans leur relation avec le client : «l'assurance que leur donne un diagnostic préalable est, pour eux, au fondement d'une meilleure intégration relationnelle»²⁸. Berghofer attire également l'attention sur ce facteur, tout comme Binder et Binder (1991)²⁹. Schmid (1992) affirme que «la classification différentielle de la souffrance»³⁰ est justifiée lorsqu'elle conduit à une empathie et une congruence plus élevées du thérapeute. L'argument avancé par ces auteurs est que la connaissance de la façon dont les clients sont susceptibles de se comporter et de vivre le monde ne doit pas être comprise comme une explication, encore moins comme une instruction ou une recommandation au thérapeute, mais plutôt comme une aide à la compréhension et à l'action qui en résulte. Ceci est

²⁸ N.d.t. : Rogers, 1957, pp. 101-102.

²⁹ N.d.t. : Binder & Binder, 1991, p. 34.

³⁰ N.d.t. : Schmid, 1992, p. 112.

parfois explicite et toujours au minimum implicite, selon les mots de participants à cette étude centrée sur la personne.

Il est frappant de constater que ces thérapeutes centrés sur la personne trouvent difficile d'identifier ce qui se passe dans les premières séances d'un contrat thérapeutique. Ils reconnaissent qu'un processus important a lieu et que les histoires racontées indiquent que la communication se fait à un niveau autre que verbal. Les thérapeutes ont parlé des indices à obtenir à partir du langage corporel du client et de leur propre instinct. Interrogés sur la façon dont ils décident de travailler ou non avec un client, les participants ont toujours fait référence au processus de rencontre avec le client. Il s'agit d'une «écoute» profonde et intuitive à laquelle ils se réfèrent de manière répétée – une écoute de la personne dans son ensemble :

Je regarderais probablement le langage corporel, mais pas tout de suite; cela vient habituellement avec le fait de parler, et j'essaierais de le voir de leur point de vue... est-ce que cela ressemble à une chose avec laquelle ils seraient à l'aise ?

Il s'agit sans doute d'un processus d'interprétation – le thérapeute utilise une panoplie d'impressions pour se faire une idée de la nature du client et de son expérience, et les utiliser dans un processus décisionnel. « Cette personne veut-elle et a-t-elle besoin d'une thérapie ? [C'est une question importante quand des clients potentiels sont envoyés par une tierce personne.] Si oui, serai-je capable de développer une relation thérapeutique avec elle ? » Ce sont essentiellement les mêmes processus et questions qui feraient partie d'une étape équivalente de la thérapie psychodynamique. Dans cette recherche, il est souvent apparu que les thérapeutes des deux orientations décrivaient les mêmes événements de la même manière, puis les expliquaient différemment en se référant à des connaissances théoriques différentes.

Les thérapeutes centrés sur la personne ont indiqué qu'ils étaient conscients des conditions nécessaires et suffisantes de Rogers (1957)³¹ pour étayer leurs décisions quant à la pertinence de la thérapie, bien qu'ils les aient rarement exprimées directement en ces termes, décrivant plutôt un incident qui y fait référence indirectement. Par exemple, un participant a déclaré avoir reconnu qu'un client récemment endeuillé était trop affligé pour avoir recours à la thérapie et qu'aucun contrat n'avait donc été offert :

J'ai vu des gens... qui ont récemment perdu des amis, un partenaire, peu importe, genre la semaine précédente... et en particulier une personne était trop en détresse et ne pouvait même pas parler.

³¹ N.d.t. : Rogers, 1957, p. 96.

Ici, il y a une reconnaissance tacite du fait qu'une évaluation de la faculté de «contact psychologique» est une partie essentielle du processus de début de thérapie.

De cette étude à petite échelle, il ressort que les thérapeutes centrés sur la personne expriment de l'antipathie à l'encontre du diagnostic et de l'évaluation, mais trouvent parfois efficace ou pratique d'utiliser le langage associé à ces processus. Il y a une résistance à la «récolte d'informations» qui ne se fait qu'avec réticence et lorsqu'il y a une certaine contrainte institutionnelle. Ils reconnaissent que les étapes initiales de la relation thérapeutique sont qualitativement différentes de ce qui suit, et peuvent l'illustrer, mais ne l'expliquent pas en se référant à la théorie. Les illustrations sont souvent formulées en termes de processus intuitifs, de «sensations viscérales», etc. De plus, une partie de ce processus initial est l'établissement d'un contrat, d'un accord de collaboration. Bien que beaucoup d'importance soit accordée à l'expérience du client et à son droit de choisir, il est clair qu'il y a des circonstances dans lesquelles le thérapeute peut refuser le contrat. Il semble que, lorsqu'un thérapeute ne se sent pas capable ou ne souhaite pas travailler avec un client spécifique, cela peut être compris comme une incapacité anticipée ou expérimentée du thérapeute de satisfaire une ou plusieurs des conditions nécessaires et suffisantes de Rogers – bien que ce soit notre conclusion à partir des histoires relatées, pas de ce qui a été réellement exprimé.

Un résultat intéressant de cette étude comparative était que, lorsqu'ils étaient séparés de leurs discours individuels, les récits des thérapeutes centrés sur la personne et psychodynamiques étaient essentiellement les mêmes. Pour les deux groupes de thérapeutes, les récits de l'expérience du début de la thérapie sont véhiculés dans un langage similaire. Ils consistent à écouter le contenu de l'histoire du client, tout en tenant compte du langage corporel et en observant l'expérience émotionnelle – le tout est filtré par l'expérience de l'interaction du thérapeute lui-même. Comme l'a dit l'un des participants, les deux groupes de thérapeutes écoutent «la musique derrière les mots».

Nous suggérons avec prudence que, dans notre échantillon, le processus d'amorce du travail thérapeutique chez le client est si similaire entre des thérapeutes d'orientations différentes, qu'il n'y a pas de différence réelle. La différence réside dans les constructions théoriques auxquelles il est fait référence pour la décrire. Par exemple, les thérapeutes psychodynamiques parlent d'«évaluation», ce que ne font pas les thérapeutes centrés sur la personne. Nous supposons que cette similitude de processus et cette différence de langage pourraient s'appliquer aux thérapeutes psychodynamiques et aux thérapeutes centrés sur la personne en général.

Même si la façon dont les thérapeutes réagissent et comprennent l'expérience du contact précoce avec un client dépend de l'orientation théorique, il semble y avoir des similitudes moins explicites. Par exemple, une partie de l'évaluation en thérapie psychodynamique consiste à sensibiliser le client sur le but, le style et le déroulement de la psychothérapie. Cela n'est pas une partie codifiée de la thérapie centrée sur la personne, et pourtant les participants centrés sur la personne ont raconté que souvent leurs clients potentiels ne comprenaient pas ce qu'est la thérapie (ceci est probablement une conséquence du système de référence) et la manière dont ils géraient cette ignorance. De même, les deux groupes de thérapeutes vérifient que les clients potentiels sont des candidats aptes à établir une relation thérapeutique. À partir de là, nous présentons prudemment l'énoncé suivant: *Lorsqu'ils rencontrent un nouveau client, tant les thérapeutes psychodynamiques que les thérapeutes centrés sur la personne s'engagent dans un processus visant à déterminer si le thérapeute et le client peuvent et veulent établir une relation thérapeutique efficace (comme défini par Rogers, 1957; 1959).*

Ce processus peut légitimement être appelé «évaluation», mais il ne constitue pas en soi un diagnostic. Le diagnostic est un produit possible de l'évaluation, mais il n'est ni le seul produit, ni un produit nécessaire. L'évaluation, comme nous choisissons d'utiliser ce terme, est un processus par lequel les thérapeutes parviennent à une certaine conclusion quant à la possibilité ou à la probabilité d'un travail efficace. Dans la plupart des modèles, le diagnostic consiste à classer le client selon un ensemble de critères issus de la théorie. Les tentatives d'établir des catégories de diagnostics dans le travail centré sur la personne sont basées sur l'expérience du client et sont formulées en termes de contact, d'incongruence ou d'expérience. Elles ne sont pas universellement acceptées comme étant «centrées sur le client». Cependant, du moins d'une perspective centrée sur la personne, l'évaluation, comme le suggère Fischer (2002) et notre recherche empirique, semble porter sur la relation (potentielle), et non sur l'individu dans le rôle de client.

Une théorie de l'évaluation centrée sur la personne

Cela demande peu de réflexion pour réaliser que la théorie centrée sur la personne contient un énoncé d'un processus d'évaluation depuis au moins 1957. Cette «théorie de l'évaluation» est fondée sur les caractéristiques de la relation entre le client et le thérapeute, et non sur le client seul. Les conditions nécessaires et suffisantes de Rogers peuvent être comprises

comme une série de questions qu'un thérapeute responsable doit poser au début (et tout au long) du travail thérapeutique :

1. *Mon client potentiel et moi sommes-nous capables d'établir et de maintenir un contact psychologique ?* Pour certains thérapeutes, le contact est considéré comme une conséquence inévitable du fait d'être dans la même pièce, pour d'autres, certaines autres qualités sont nécessaires.
2. *Mon client potentiel a-t-il besoin d'une thérapie et est-il en mesure de l'utiliser ?* En d'autres termes : le client potentiel est-il dans un état d'incongruence, vulnérable ou anxieux ? Wilkins et Bozarth (2001) supposent qu'il est possible d'être incongruent, et pourtant pas vulnérable et anxieux. Cela peut être le cas, par exemple, lorsqu'un client potentiel est envoyé par une tierce personne sans connaître la nature de la thérapie. Ainsi, la condition 2 ne serait pas remplie et le traitement serait contre-indiqué.
3. *Puis-je être congruent dans la relation avec le client potentiel ?*
4. *Puis-je éprouver un regard positif inconditionnel pour ce client potentiel ?*
5. *Puis-je avoir une compréhension empathique du cadre de référence interne du client potentiel ?*
6. *Le client potentiel percevra-t-il, au moins dans une mesure minimale, mon regard positif inconditionnel et mon empathie ?*

Si la réponse à une ou plusieurs de ces questions est «non», la «nécessité» n'est pas satisfaite et, par définition, aucun changement thérapeutique ne se produira. Ce jugement, qui peut très bien porter davantage sur les capacités et les limites du thérapeute que sur le client, est une évaluation.

Les sept étapes du processus (Rogers, 1961) peuvent également être comprises comme se rapportant à l'évaluation dans la mesure où elles indiquent quelque chose sur la façon probable d'être du client, et donc de ce qui est approprié de la part du thérapeute. Ces étapes représentent «un continuum de changement de personnalité». Bien que Merry (2002) souligne qu'il y a «beaucoup de variations et de différences individuelles dans les processus des clients»³², et que Rogers nous rappelle «qu'une personne n'est jamais entièrement à l'une ou l'autre étape du processus»³³, le fait de connaître l'étape du processus à laquelle se trouve le client peut informer le thérapeute et l'aider à prendre des décisions éthiques et professionnelles adéquates. Ainsi, les personnes qui en sont aux premières étapes du

³² N.d.t. : Merry, 2002, p. 59.

³³ N.d.t. : Rogers, 1961, p. 139.

processus (1 et 2) sont peu susceptibles d'entreprendre une thérapie ou, si elles le font, elles sont peu susceptibles d'y rester. Celles se trouvant à l'étape 3, le stade auquel Rogers pensait que sont de nombreuses personnes qui ont recours à la thérapie, sont susceptibles de s'engager dans un contrat thérapeutique et «doivent être pleinement acceptées telles qu'elles se présentent, avant de passer à une étape 4 plus avancée» (Merry, 2002)³⁴. Rogers n'exprime «aucun doute» que les étapes 4 et 5 «constituent la plus grande partie de la psychothérapie telle que nous la connaissons» et décrit la phase 6 comme cruciale³⁵. C'est à cette étape qu'un changement irréversible et constructif de la personnalité est le plus susceptible de se produire. Il est permis de penser qu'à l'étape 7, le besoin de la compagnie d'un thérapeute sur le chemin qui mène au fonctionnement plein est terminé. Rogers écrit: «Cette étape se produit autant à l'extérieur de la relation thérapeutique qu'à l'intérieur de celle-ci, et elle est souvent rapportée, plutôt que vécue pendant la séance»³⁶. Ainsi, avec les sept étapes du processus, la thérapie centrée sur la personne n'a pas seulement un guide pour savoir quand et pour qui la thérapie est appropriée, mais aussi une indication que les différentes «manières d'être» du thérapeute dans la rencontre conviennent à différentes étapes. Le schéma implique, par exemple, qu'il y a des différences qualitatives et des différences d'intention requises de la part d'un thérapeute qui travaille avec un client à l'étape 3 ou avec un client à l'étape 6. Pour porter un jugement sur toutes ces choses, il faut procéder à une évaluation et prendre les mesures qui s'imposent.

Ensemble, les conditions nécessaires et suffisantes et les sept étapes du processus fournissent à la thérapie centrée sur la personne une logique d'évaluation pour décider de la probabilité d'établir un travail thérapeutique réussi, pour suivre ses progrès et, dans une moindre mesure, pour déterminer la nature du comportement du thérapeute. Non seulement ce schéma est légitime du point de vue de la théorie centrée sur la personne, mais il est essentiel à la bonne pratique. En bref, nous pouvons répondre comme suit à la critique selon laquelle nous ne tenons pas compte de l'évaluation: il existe un modèle théorique d'évaluation, un langage associé qui nous permet de décrire et de communiquer nos processus dans nos propres termes, et la recherche dont nous avons fait état dans les pages qui précèdent montre que nous procédons à des évaluations. Nous devrions être fiers d'exposer notre point de vue.

³⁴ N.d.t.: Merry, 2002, p. 60.

³⁵ N.d.t.: Rogers, 1961, p. 139, p. 150.

³⁶ N.d.t.: *ibid.*, p. 151.

Références

- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers' Helping System: Journey and substance*. London: Sage.
- Berghofer, G. (1996). Dealing with schizophrenia — a person-centered approach providing care to long-term patients in a supported residential service in Vienna. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy: A paradigm in motion*. Frankfurt-am-Main, Germany: Peter Lang, pp. 481-493.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen Klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn, Germany: Dietmar Klotz.
- Boy, A. V. (2002). Symposium on psychodiagnosis: (i) Psychodiagnosis: A person-centered perspective. In D. J. Cain (Ed.) *Classics in the Person-Centered Approach*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books, pp. 385-396.
- Bozarth, J. D. (1998). *Person-Centred Therapy: A revolutionary paradigm*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Bozarth, J. D. & Wilkins, P. (2001). Unconditional positive regard in context. In J. D. Bozarth & P. Wilkins (Eds). *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, theory and practice, Vol 3: Unconditional positive regard* (pp. vii-xiv). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Cain, D. J. (Ed.) (2002a). *Classics in the Person-Centered Approach*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Cain, D. J. (2002b). Symposium on psychodiagnosis: (v). The client's role in diagnosis: Three approaches. In D. J. Cain (Ed.) *Classics in the Person-Centered Approach*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books, pp. 408-414.
- Eckert, J., Höger, D. & Schwab, R. (2003). Developments and current state of the research in client-centered therapy in the German language region. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2(1), pp. 3-18.
- Fischer, C. T. (2002). Symposium on psychodiagnosis: (iv). A life-centered approach to psychodiagnostics: Attending to lifeworld, ambiguity and possibility. In D. J. Cain (Ed.) *Classics in the Person-Centered Approach*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books, pp. 403-407.
- Mearns, D. (1997). *Person-Centred Counselling Training*. London: Sage.
- Mearns, D. & Thorne, B. (1988). *Person-Centred Counselling in Action*. London: Sage.
- Mearns, D. & Thorne, B. (1999). *Person-Centred Counselling in Action (2nd ed.)*. London: Sage.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-Centred Therapy Today: New frontiers in theory and practice*. London: Sage.
- Merry, T. (2002). *Learning and Being in Person-Centred Counselling (2nd ed.)*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Patterson, C. H. (2000). *Understanding Psychotherapy: Fifty years of client-centred theory and practice*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.

- Reissman, C. K. (1993). *Narrative Analysis (Qualitative Research Method Series 30)*. London: Sage.
- Rennie, D. L. (1998). *Person-Centred Counselling: An experiential approach*. London: Sage.
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1, pp. 415-422.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, pp. 95-103. [Voir en français: Rogers, C. (2001/2013). *L'approche centrée sur la personne*, pp. 253-269. Le Touvet. Ambre.]
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.) *Psychology: A study of a science*, 3. *Formulations of the person and the social context*. New York: McGraw Hill, pp. 184-256.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
- Sanders, P. (2000). Mapping person-centred approaches to counselling and psychotherapy. *Person-Centred Practice*, 8(2), pp. 62-74.
- Schmid, P. F. (1992). Das Leiden. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Eds). *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie*. Köln, Germany: Edition Humanistische Psychologie, pp. 83-125.
- Seeman, J. (2002). Symposium on psychodiagnosis: (ii). A reaction to: 'Psychodiagnosis: a person-centered perspective'. In D. J. Cain (Ed.) *Classics in the Person-Centered Approach*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books, pp. 397-399.
- Shlien, J. (2002). Symposium on psychodiagnosis: (iii). Boy's person-centered perspective on psychodiagnosis: A response. In D. J. Cain (Ed.) *Classics in the Person-Centered Approach*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books, pp. 400-402.
- Speierer, G.-W. (1990). Toward a specific illness concept of client-centered therapy. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties*. Leuven, Belgium: Leuven University Press, pp. 337-359.
- Speierer, G.-W. (1996). Client-centered therapy according to the Differential Incongruence Model (DIM). In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy: A paradigm in motion*. Frankfurt-am-Main, Germany: Peter Lang.
- Tudor, K. & Merry, T. (2002). *A Dictionary of Person-Centred Psychology*. London: Whurr.
- Wheeler, S. & McLeod, J. (1995). Person-centred and psychodynamic counselling: A dialogue. *Counselling*, 6 (4), pp. 283-287.