

«Les faits sont toujours des amis»

L'efficacité de la psychothérapie et du counselling centrés sur la personne et expérientiels

Michael Behr

Traduction: Odile Zeller & Céline Brison

Michael Behr est professeur de psychologie et de counselling à la *Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd* (Université de l'Éducation de Schwäbisch Gmünd), en Allemagne. Ses sujets de recherche ont pour thème le counselling centré sur la personne, la psychothérapie avec les enfants et les adolescents, les émotions chez les jeunes et le counselling parental. Il a écrit et dirigé plusieurs livres et est un des éditeurs de la revue *PERSON*. Il a été professeur invité des Universités de Vienne, d'Anvers, de Gent, Stuttgart et de la *Strathclyde University* à Glasgow. Il est directeur du programme de formation à la thérapie par le jeu centrée sur la personne à Schwäbisch Gmünd et cofondateur de l'institut de thérapie et de counselling centrés sur la personne de Stuttgart.

Résumé

Tant les recherches singulières que les méta-analyses établissent que les grands courants en psychothérapie bénéficient tous d'une efficacité similaire. La psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle obtient en particulier d'aussi bons résultats que la thérapie cognitivo-comportementale, surtout lorsque les recherches prennent en compte l'appartenance des chercheurs à une orientation particulière. De nombreuses recherches portant sur les thérapies avec des enfants ou des adolescents le démontrent

L'original de cet article a été publié dans *PERSON*, n°2/2020, pp. 107-118.

également. Le travail thérapeutique centré sur la personne et expérientiel obtient même des résultats encore un peu meilleurs en comparaison avec la thérapie centrée sur la personne «classique». Les recherches qualitatives confirment la théorie centrée sur la personne des processus des clients et relativisent le regard se portant exclusivement sur les symptômes. De même, il existe tellement de recherches spécifiques sur l'efficacité de l'Approche centrée sur la personne en fonction des troubles que les méta-analyses tenant compte de ces recherches singulières peuvent donner des mesures d'efficacité spécifiques en fonction des troubles. Dans des champs d'application voisins tels que la thérapie filiale (entre parents et enfants ou adolescents), l'entretien motivationnel, la méthode Gordon et dans tout le domaine scolaire et éducatif, les méta-analyses prouvent également l'efficacité significative de l'Approche centrée sur la personne. La recherche empirique en psychothérapie est associée historiquement à Rogers et à l'Approche centrée sur la personne. Sa formule «Les faits sont toujours des amis» le révèle comme un chercheur d'une rare exigence. La plupart des chercheurs cognitivo-comportementaux voient d'ailleurs la thérapie centrée sur la personne et expérientielle d'un bon œil. Les limitations de la méthode méta-analytique, en particulier dans le choix des recherches incluses, mènent, dans certains cas isolés, à des artefacts non fondés méthodologiquement, selon lesquels une méthode l'emporterait sur les autres.

Mots-clés: recherche, méta-analyse, étude comparative, type de psychothérapie, thérapie non-directive, thérapie cognitive, thérapie comportementale, efficacité.

Quelle est l'efficacité de la psychothérapie «centrée sur la personne et expérientielle»¹? Est-ce qu'elle égale ou dépasse celle d'autres démarches? Est-elle utile dans toutes les problématiques et tous les troubles psychosociaux et dans toutes les relations d'aide, ou y a-t-il des différences?

¹ N.d.t.: cette terminologie est fréquemment utilisée au niveau international. Elle sert à désigner une famille de psychothérapies proches qui regroupe, en particulier, la psychothérapie centrée sur la personne de Rogers (dite «classique»), l'approche expérientielle ou «focusing» de Gendlin, ou encore la thérapie centrée sur les émotions. Voir également le tableau 3 présenté dans cet article.

De telles questions, toute orientation thérapeutique et de counselling² doit se les reposer régulièrement. Cette contribution³ veut donner des arguments et de l'assurance aux professionnels centrés sur la personne quant à l'efficacité avérée de leur travail (cf. aussi Cooper, Watson & Hölldampf, 2010). Elle prend avant tout en considération des méta-analyses qui rapportent de manière particulièrement impressionnante cette efficacité, très nette en comparaison avec d'autres orientations.

Afin d'établir l'effet des interventions d'aide (thérapies, démarches ou programmes d'aide, etc.), les recherches portant sur l'efficacité effectuent la plupart du temps des comparaisons avant/après dans un groupe de participants. Les comparaisons reposent sur des tests ou des valeurs portant sur des variables importantes, par exemple l'estime de soi, la qualité de vie, les symptômes, les caractéristiques de l'évolution ou les conséquences psychosociales. Les modifications sont en outre comparées avec un groupe contrôle qui a bénéficié soit d'un autre type d'intervention, soit d'aucune intervention. Afin que les groupes respectifs ne puissent pas être distingués systématiquement dès le départ, les participants sont désignés par tirage au sort. On appelle cette procédure la randomisation.

Dans la recherche médicale, les essais contrôlés randomisés (ECT) sont devenus le standard, au moins depuis 1980 (Chambless & Holon, 1998). Cette méthode a cependant aussi des inconvénients : les essais contrôlés randomisés nécessitent une longue préparation, sont coûteux et ne répertorient, du fait des nombreux critères d'inclusion et d'exclusion, qu'une partie des patients pour lesquels un traitement est envisagé, ce qui dégrade leur validité externe. En raison de la durée généralement brève de l'étude, les effets sur le long terme ne peuvent pas être mesurés, et dans les recherches au long cours, d'autres facteurs que le traitement lui-même ont une influence (Frieden, 2017). Ces inconvénients ont un rôle encore plus important dans la recherche en psychothérapie (Wampold & al., 2017). C'est pourquoi il est nécessaire d'entreprendre des recherches portant sur l'efficacité qui soient menées dans un environnement naturel et dans des conditions de la vie quotidienne. On les désigne comme des *recherches naturalistes*.

² N.d.t. : en Approche centrée sur la personne, counselling et psychothérapie ont le même sens et sont interchangeables.

³ Ce texte est une version retravaillée d'un chapitre paru en 2020 dans l'ouvrage de M. Behr, D. Hüsön, H. J. Luderer, & S. Vahrenkamp, *Gespräche hilfreich führen*, vol. 2, *Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personenzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie*. Weinheim : Beltz-Juventa. Source de la citation mentionnée dans le titre, «The facts are always friendly» : Rogers, 1961, p. 25. Mes remerciements aux éditeurs, aux trois relecteurs anonymes et à Hans-Jürgen Luderer, Dorothea Hüsön et Michael Barg pour leurs remarques judicieuses au sujet d'une version antérieure.

Indications techniques : quelles sont les mesures d'efficacité qui existent et que signifient-elles ?

La mesure la plus utilisée est le *d* de Cohen. Le *g* de Hedge et le *delta* de Class sont presque identiques. La différence avant/après des moyennes dans l'échelle des symptômes dans un trouble particulier est divisée par l'écart-type. Le *d* de Cohen indique en quelle proportion d'écart-type les scores de la gravité des symptômes se modifient.

Exemple : un groupe de personnes dépressives présente avant la thérapie une moyenne de 18 symptômes ; leur nombre se répartit naturellement au sein du groupe ; l'écart-type est de 6, ce qui signifie que deux tiers de tous les participants se situent dans l'intervalle de +/-6 symptômes autour de la moyenne, donc entre 12 et 24 symptômes. Après la thérapie, la moyenne des symptômes est de 13. La différence avant/après est de 18 moins 13 = 5. Elle est alors divisée par l'écart-type : 5 divisé par 6 = 0.83. On obtient ainsi le *d* de Cohen : .83.

L'importance donnée à l'écart-type dans le calcul de la taille d'effet constitue une limite à garder à l'œil dans l'interprétation de cet indice. En effet, en tant que diviseur, il influence clairement le *d* de Cohen : un groupe de clients ayant des troubles d'importance similaire (par exemple des clients très anxieux dans une clinique) est très homogène et a un écart-type faible ; un groupe de clients dont le poids des symptômes est très divers (par exemple en consultation ambulatoire ou en consultation libérale) a un écart-type important. Dans ce cas, le *d* de Cohen est très fortement inférieur à celui du groupe hospitalisé, même si le changement moyen est le même. Ceux qui recherchent, dans des études justificatives ou pour des raisons politiques, des tailles d'effet importantes risquent de contenir «élégamment» l'écart-type dans des valeurs faibles en choisissant des groupes de clients homogènes.⁴

L'écart-type est calculé généralement à partir d'échantillons partiels (avant/après ; groupes expérimentaux/groupes contrôles) et soumis à des formules de contrôle, ce qui explique que le *d* de Cohen, le *g* de Hedge et le *delta* de Class varient de manière minime. Ces formules de correction abaissent le score d'effet en cas de

⁴ N.d.t. : concrètement, cela signifie que la thérapie, dans cet exemple, aurait un effet dit fort sur la diminution des symptômes observés chez les personnes dépressives.

différences plus importantes entre les échantillons partiels en ce qui concerne l'écart-type ou le nombre de clients.

Des valeurs autour de $d = .20$ décrivent des effets significatifs mais faibles, des valeurs autour de $.50$ décrivent des effets moyens et celles à partir de $.80$ des effets forts (Cohen, 1988).

Une des plus importantes recherches naturalistes au monde portant sur l'effet de la psychothérapie provient de Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark & Cooper (2006); il y a également celle de Stiles, Barkham, Mellor-Clark & Connel (2007). Ces recherches ont comparé l'effet des psychothérapies centrée sur la personne, cognitivo-comportementale et psychodynamique dans le *National Health Service* britannique auprès de plusieurs milliers de patients. Le résultat est tout bonnement époustoufflant : *toutes les thérapies ont la même efficacité*. Peu de recherches au monde sont aussi sérieuses, fiables, transposables et constituent une image aussi fidèle de la réalité exacte du traitement (plusieurs milliers de participants, appartenance des chercheurs aux différents paradigmes thérapeutiques, réplification – c'est-à-dire répétition de l'étude). Le tableau 1 rapporte les scores, en particulier le d de Cohen, en fonction de l'orientation thérapeutique, dans la réplification. Les différences de tailles d'effet en fonction des groupes en traitement n'étaient pas significatives.

Tableau 1: effet en fonction du d de Cohen chez 5613 psychothérapies selon leur orientation thérapeutique dans l'étude de Stiles, Barkham, Mellor-Clark & Connel (2007)⁵. La gravité des symptômes a été mesurée avec le *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE-OM)

Groupe traité	n	Différences avant/après selon CORE-OM		Taille d'effet
		Moyenne	Écart-type	
Thérapie cognitivo-comportementale	1045	8.7	6.8	1.38
Thérapie centrée sur la personne	1709	8.8	7.0	1.39
Thérapie psychanalytique	261	8.2	7.1	1.29
Thérapie cognitivo-comportementale +1	1035	8.9	6.2	1.40
Thérapie centrée sur la personne +1	1033	9.0	6.4	1.43
Thérapie psychanalytique +1	530	9.0	6.2	1.42

Remarques: CORE-OM = *Clinical Outcomes in Routine Evaluation*.

+1 = les thérapeutes ont indiqué qu'ils ont combiné une autre approche avec leur orientation de base.

⁵ N.d.t.: Stiles, Barkham, Mellor-Clark & Connel, 2007, p. 3.

Presque toutes les recherches sur l'effet des psychothérapies ont cependant bien moins de participants. Pour des résultats plus amples, on regroupe un bon nombre de telles *recherches singulières* en *méta-recherches*. Cela est souvent le cas actuellement, et leurs résultats fournissent les résultats les plus clairs et les plus valides au sujet d'une méthode d'intervention, permettant de dépasser les limites individuelles des recherches singulières (voir *infra*).

Indications techniques : la méta-analyse et le verdict de l'oiseau Dodo

Les méta-analyses regroupent les résultats de recherches isolées et expriment cela avec un nombre, la taille d'effet. Elles rapportent les scores d'effet de nombreuses recherches singulières au sujet d'un type d'intervention défini par l'équipe de recherche, par exemple la psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle. Pour cela, les scores d'effet des recherches singulières doivent être convertis de telle manière que toutes soient du même type, la plupart du temps le type *d* de Cohen ou *g* de Hedge. Ainsi, ces recherches peuvent être comparées entre elles. On peut alors calculer des scores d'effet moyens, et ceux-ci peuvent être déclinés en fonction de groupes de clients spécifiques, par exemple par sexe ou diagnostic, etc. En outre, des formules de correction sont employées afin de donner plus de poids à certaines recherches, par exemple à celles qui ont un plus grand nombre de participants.

Glass (1976) a initié cette méthode. Ses premières analyses (Smith & Glass, 1977) ont déjà établi l'équivalence entre les orientations psychothérapeutiques établies. Cette étude a eu pour enseigne le verdict de l'oiseau Dodo (« Chacun a gagné et tout le monde doit recevoir un prix », Lewis Carroll, *Alice au pays des merveilles*) dans la recherche en psychothérapie, depuis que Luborsky a introduit cette métaphore (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman, Levitt, Seligman & Krause, 2002).

Les effets de la psychothérapie « centrée sur la personne et expérientielle »

La méta-analyse concernant la psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle a été publiée par l'équipe de recherche autour d'Elliot

(Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire, 2013)⁶ : dans cette méta-analyse, 181 recherches ont été examinées et il en ressort une taille d'effet de $g = .95$. Dans des recherches de suivi, la taille d'effet monte même jusqu'à $g = 1.05$ (après moins d'un an, avec 77 recherches) et jusqu'à $g = 1.11$ (après plus d'un an, avec 52 recherches).

En ce qui concerne la psychothérapie avec des enfants et des adolescents, les trois méta-analyses les plus récentes proviennent de Lin et Bratton (2015), Jensen, Biesen et Graham (2017) et de Nuding (2018).

– Lin et Bratton (2015)⁷ ont trouvé dans 52 recherches publiées en anglais une taille d'effet moyenne de $g = .47$.

– Jensen, Biesen et Graham (2017)⁸ ont trouvé dans 100 recherches publiées en anglais une taille d'effet moyenne de $d = .44$.

– Nuding (2018)⁹, a trouvé dans 78 recherches publiées en anglais et en allemand une taille d'effet moyenne de $g = .51$.

Jensen, Biesen et Graham (2017) ont obtenu ainsi presque le même résultat. Cela est remarquable, car les auteurs sont des thérapeutes comportementalistes et qu'il faut toujours être attentif à l'appartenance des chercheurs à une école particulière car elle influe sur la méthodologie et donc par là sur les résultats (voir section *infra*).

En bref

La psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle avec des adultes atteint des tailles d'effet élevées situées autour de 1; la thérapie centrée sur la personne avec des enfants et adolescents atteint une taille d'effet moyenne autour de .50. Les thérapeutes comportementaux tels que Jensen, Biesen et Graham (2017) ont certes critiqué la méthodologie de la méta-analyse de Lin & Bratton, mais ont obtenu des résultats similaires.

Les effets de la psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle en comparaison avec d'autres grandes approches

Les deux recherches naturalistes de Stiles & al. (2006; 2007, voir *infra*) attestent de l'équivalence entre toutes les grandes approches, de même que

⁶ N.d.t.: Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire, 2013, p. 499

⁷ N.d.t.: Lin & Bratton, 2015, p. 49.

⁸ N.d.t.: Jensen, Biesen & Graham, 2017, p. 394.

⁹ N.d.t.: Nuding, 2018, pp. 108 & 171.

les travaux de Smith & Glass (1977), Luborsky, Singer & Luborsky (1975) et de Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman, Levitt, Seligman & Krause (2002). La méta-analyse d'Elliott & al. (2013; voir *infra*)¹⁰ obtient également le même résultat. Les auteurs ont trouvé 65 recherches utilisant des essais contrôlés randomisés qui comparent la thérapie centrée sur la personne et expérientielle et la thérapie cognitivo-comportementale. La différence de taille d'effet était légèrement meilleure ($g = .14$) avec la thérapie cognitivo-comportementale, cependant cette différence descend à $.02$ lorsque l'appartenance des chercheurs à une approche particulière est contrôlée. Face aux thérapies non comportementales, la thérapie centrée sur la personne et expérientielle obtient dans 48 recherches des résultats faiblement meilleurs ($g = .15$), mais après le contrôle de l'orientation des chercheurs selon une approche particulière, cette différence disparaît également.

Indications techniques: appartenance des chercheurs à une orientation particulière

L'orientation psychothérapeutique des chercheurs influence leurs résultats (Miller, Wampold & Vahely, 2008). Les chercheurs qui étudient la méthode d'intervention à laquelle ils appartiennent ou qu'ils ont même développée obtiennent de meilleurs résultats que des personnes neutres. Ces effets doivent être contrôlés dans les méta-analyses et pris en compte le mieux possible. La recherche sur les effets est rarement neutre, sauf si les membres de l'équipe de recherche ne sont pas thérapeutes, comme pour Beelmann & Schneider (2003), ou s'ils appartiennent à différentes orientations (Stiles & al., 2006; 2007). L'étude de Beelmann et Schneider (2003) constitue en ce sens une grande exception. Ils ont constaté eux aussi, et ce sans formules de correction, l'équivalence entre thérapie centrée sur la personne et expérientielle et thérapie cognitivo-comportementale.

Concernant la psychothérapie psychodynamique et la psychothérapie systémique, il existe deux méta-analyses plus récentes, dont les valeurs ne sont cependant pas comparées aux autres orientations thérapeutiques, au contraire d'Elliott & al. (2013).

¹⁰ N.d.t.: Elliott & al., 2013, p. 500.

Pinquart, Oslejsek et Teubert (2016) ont trouvé, pour la thérapie systémique, 37 essais contrôlés randomisés ayant une taille d'effet moyenne de .55 pour les thérapies longues et .51 pour les thérapies courtes.

Leichsenring et Rabung (2008) ont trouvé, pour la thérapie psychodynamique, mais avec seulement 11 essais contrôlés randomisés, une taille d'effet moyenne de .94. Et dans 12 autres recherches sans essais contrôlés randomisés, une taille d'effet de .99.

Dans la thérapie avec enfants et adolescents, il existe en tout cinq grandes méta-analyses comparant les orientations (tableau 2). Selon l'orientation des chercheurs, la thérapie cognitivo-comportementale comme la thérapie centrée sur la personne et expérientielle trouvent des valeurs plus élevées par rapport à l'autre orientation, mais cela n'est valable que si on ne tient pas compte de l'orientation des chercheurs. Les valeurs de la taille d'effet de la thérapie psychodynamique sont faibles; la thérapie systémique n'est reprise dans aucune des recherches.

Tableau 2: effets (*d* de Cohen ou *g* de Hedge) de la thérapie avec des enfants et adolescents en fonction des orientations¹¹

Entre parenthèses : nombre de recherches prises en compte

Recherche	Psycho-dynamique	Centrée sur la personne et expérientielle	Cognitivo-comportementale	Training parental	Training filial
Casey & Berman (1985)	.21 (5)	.49 (20)	.91 (37)	–	–
Weisz & al. (1987)	.01 (3)	.56 (20)	.88 (126)	–	–
Weisz & al. (1995)	.31 (9)	.15 (6)	.76 (197)	–	–
Beelman & Schneider (2003)	–	.55 (7)	.55 (33)	.37 (4)	–
Bratton & al. (2005)	–	.92 (73)	.71 (12)	1.15 (22)	1.15 (22)

En ce qui concerne l'*entretien motivationnel* (Miller & Rollnik, 2015), on ne peut faire une comparaison que pour les problématiques de dépendance. Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson & Burke (2010) ont certes trouvé, dans 119 recherches, l'effet moyen faible de .22, mais qui est comparable à

¹¹ La thérapie systémique n'est incluse dans aucune des recherches.

celui d'autres démarches de traitement similaires. Le traitement des dépendances ne produit pas de meilleurs résultats par rapport à toutes les autres méthodes.

En bref

Trois des quatre principales orientations psychothérapeutiques font la preuve d'un effet semblable dans les recherches naturalistes : la psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle, la psychothérapie cognitivo-comportementale et, de manière restreinte, également la psychothérapie psychodynamique. La thérapie systémique ne peut en apporter la preuve que de manière limitée. Dans une seule méta-analyse, qui ne prend en considération que la thérapie avec des adultes, les scores d'effet ne se situent que peu au-dessus de .50 et il n'existe aucune étude comparative (Sydow, Behr, Retzlaff & Schweitzer, 2007).

Comparaisons entre les sous-orientations de la psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle

Elliott & al. (2013)¹² ont trouvé neuf recherches qui comparent une démarche expérientielle guidant le processus avec une démarche classique centrée sur la personne.

Nuding (2018)¹³ arrive à des conclusions similaires pour la thérapie avec des enfants et adolescents, présentées ci-dessous.

Tableau 3 : taille d'effet moyenne dans les recherches sur les sous-orientations de la psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle selon Nuding (2018)

Sous-orientation	Nombre de recherches	Taille d'effet
Classique non directive, centrée sur la personne	59	.42***
Humaniste, avec des éléments directifs	11	.67***
Centrée sur la personne et expérientielle	3	.47**
Focusing	1	.53 n.s.

Signification statistique: n.s. = non significatif; **) $p < .01$; ***) $p < .001$.

¹² N.d.t.: Elliott & al., 2013, pp. 502 et suivantes.

¹³ N.d.t.: Nuding, 2018, pp. 214 et suivantes.

De même, en ce qui concerne la psychothérapie avec des enfants et des adolescents, les orientations qui élargissent l'Approche centrée sur la personne classique apparaissent comme légèrement plus efficaces. Contrairement aux comparaisons directes d'Elliot & al. (2013), les différentes recherches ont été regroupées ici.

En bref

Jusqu'à présent, toutes les recherches sur les effets qui comparent la forme classique de psychothérapie centrée sur la personne avec les formes élargies considèrent ces dernières comme légèrement plus efficaces. Mais ceci n'est pas toujours significatif. D'autres recherches sont nécessaires.

La recherche qualitative sur les effets de la thérapie

En comparaison avec la recherche *quantitative* sur les effets de la thérapie, il y a nettement moins de recherches *qualitatives*. À la pointe de la recherche, on trouve la méta-analyse de Timulak & Creaner (2010), qui récapitule neuf recherches qualitatives dans lesquelles 106 clients ont été interviewés au sujet du résultat de leur psychothérapie (centrée sur la personne et expérientielle). En résumé, les recherches avec interviews classifient les différentes indications des participants en catégories de contenu. La méta-analyse poursuit cela: elle recourt aux catégories des recherches singulières en tant que données et crée ainsi de nouvelles catégories à un niveau plus élevé. Timulak & Creaner (2010)¹⁴ aboutissent à onze «méta-catégories», qu'ils répartissent en trois méta-catégories principales. En outre, le tableau 4 rapporte également en mots-clefs les résultats des recherches singulières qui alimentent le contenu des méta-catégories, et qui décrivent ainsi les catégories (traduction libre avec l'aimable autorisation de l'auteur).

En bref

Il y a surtout trois choses à remarquer:

1. Les participants décrivent des changements dans l'expérience de soi, qui correspondent aux résultats d'une psychothérapie tels qu'ils

¹⁴ N.d.t.: Timulak et Creaner, 2010, pp. 74-79.

ont été prédits par la théorie centrée sur la personne. Cela confirme clairement les notions de base de l'Approche centrée sur la personne, également du point de vue du client.

2. Les participants décrivent aussi des changements positifs visés par d'autres orientations psychothérapeutiques, en particulier :

- que les symptômes puissent être maîtrisés (thérapie cognitivo-comportementale) ;
- que les participants puissent avoir une conscientisation de soi (*insight*) qui les aide (psychodynamique).

Cela renforce des points de vue tels que celui de Grawe (1998) selon lesquels la fidélité des modalités à une orientation spécifique a moins d'importance que les facteurs d'effet généraux de la psychothérapie (voir aussi *infra*).

3. Les participants apprécient leur nouvelle expérience plus profonde de leur vulnérabilité comme étant un résultat positif de la thérapie. Cela souligne combien le parcours de la thérapie est complexe et combien il ne doit pas être vu comme unidimensionnel, par exemple comme se limitant à la seule réduction des symptômes.

Une méta-analyse antérieure de recherches qualitatives portant sur les résultats d'Elliott (2002) ainsi qu'une analyse plus récente d'études de cas (Stephen, Elliott & Macleod, 2011) arrivent à des résultats similaires.

Tableau 4 : effets qualitatifs trouvés dans les recherches

Méta-catégories globales	Méta-catégories	Résultats des recherches
Apprécier les expériences de soi	Expérience émotionnelle plus douce et plus saine	Avoir de l'espoir (Klein & Elliott, 2006) • Paix et stabilité (Klein & Elliott, 2006) • Bien-être émotionnel, davantage de sens de l'énergie (Klein & Elliott, 2006) • Plus calme, plus paisible (Elliott, 2002 ; Lipkin, 1954) • Meilleure humeur, optimisme (Elliott & al., 1990) • Ouverture générale envers ses propres sentiments (Elliott & al., 1990) • Capacité d'exprimer et de canaliser les sentiments (Dale & al., 1998) • Se sentir plus libre et plus simple, plus léger et plus vivant (Lipkin, 1954) (4/8 ; 3 recherches parmi 8 sur des thérapies individuelles).

Méta-catégories globales	Méta-catégories	Résultats des recherches
	Apprécier la vulnérabilité	S'autoriser à ressentir la douleur (Rodgers, 2002) • Transparence (renoncer aux blocages et aux défenses) (Rodgers, 2002) • Être honnête envers soi-même (Rodgers, 2002 ; Elliott, 2002) • Ouverture au changement (Elliott, 2002) • Conscience de sa vieillesse, processus de deuil, être en cours de deuil empêche une colère problématique/deuil (Elliott, 2002) • Acceptation personnelle de son isolement existentiel (Dale & al., 1998) • Plus grande tolérance face aux difficultés et aux échecs (Elliott & al. 2009) (4/8).
	Expérience d'auto-empathie	Estime de soi, souci de soi (Klein & Elliott, 2006) • Amélioration de l'estime de soi (Elliott & al., 1990) • Prendre soin de soi (se sentir soutenu de l'intérieur) (Rodgers, 2002) • Avoir de l'estime pour soi (Dale & al., 1998) (4/8).
	Expérience de résilience	Se restructurer (recycler de mauvaises choses) (Rodgers, 2002) • Conscience de soi (insight) d'abord douloureuse, puis se sentir mieux (Lipkin, 1954) (2/8).
	Se sentir efficace pour soi-même	Avoir de l'assurance, de la force intérieure (Rodgers, 2002 ; Klein & Elliott, 2006 ; Lipkin, 1954) • Sentiment général de bien-être: santé, énergie, activités (Klein & Elliott, 2006) • Capacités d'agir nouvelles ou améliorées (Klein & Elliott, 2006) • Mieux se débrouiller dans la vie quotidienne (Dale & al., 1998) • Se récompenser pour ses performances, essayer de nouvelles choses, lire (Elliott 2002) • Amélioration de ses capacités de maîtriser sa vie (Elliott & al., 1990) • Se préparer à résoudre des problèmes (Elliott & al., 1990) • Se sentir renforcé personnellement dans ses souhaits et ses conceptions (Elliott & al., 1990) • Être capable de se décider, gagner le contrôle sur sa vie (Timulak & al., 2009 ; Lipkin, 1954 ; Rodgers, 2002) • Être capable de s'assumer, faire davantage preuve d'initiative plutôt que d'avoir peur d'agir (Lipkin, 1954) (7/8).
	Maîtriser ses symptômes	Être capable de traverser des ponts, être capable de prendre l'avion (Elliott & al. 1990) • Les symptômes se sont améliorés l'un après l'autre, amélioration soudaine (Lipkin, 1954) (2/8).

Méta-catégories globales	Méta-catégories	Résultats des recherches
	Savourer les changements des conditions de vie	Amélioration des conditions de vie, indépendamment des relations ou de la thérapie (Elliott & al., 1990; Elliott, 2002) (2/8).
Apprécier les expériences de soi dans la relation avec les autres	Se sentir soutenu	Se sentir respecté par ses enfants, chercher un groupe de self help (Klein & Elliott, 2006) • Les autres voient des changements dans la personne elle-même (Elliott & al., 1990) • Certains me disent que je suis une personne plus sympathique (Elliott & al., 2009) • Dans de nombreuses recherches, les clients font l'expérience de se sentir soutenus par la thérapie/le thérapeute (3/8).
	Savourer les rencontres interpersonnelles	Meilleur fonctionnement interpersonnel (globalement, dans la vie sentimentale, en famille) (Klein & Elliott, 2006) • Réagencement des relations (Dale & al., 1998) • Être capable d'appréhender les réactions des autres (Timulak & al., 2009) • Gagner en indépendance et en capacité de s'imposer (Elliott & al., 1990) • Davantage d'ouverture positive (Elliott & al., 1990) • Amélioration des relations (Elliott & al., 1990) • Meilleures relations avec le conjoint, plus de tolérance (Elliott & al., 2009) (5/8).
Autre vision de soi et des autres	Conscience de soi (insight) et perception de soi	Développer la signification et la compréhension de l'abus, apprendre grâce à la thérapie (Dale & al., 1998; Lipkin, 1954) • Être plus conscient de soi et plus honnête avec soi (Klein & Elliott, 2006) • Se voir soi-même de manière plus réelle (Elliott & al., 1990) • Révélation (les problèmes entrent comme dans un gant), se comprendre mieux soi-même (je ne suis pas dans l'obscurité, je peux changer quelque chose), voir des archétypes (Lipkin, 1954) (4/8).
	Modification de la manière de voir les autres	Voir d'autres points de vue (Klein & Elliott, 2006) • S'intéresser davantage aux autres (Timulak & al., 2009) • Changements dans le regard et les attitudes du client envers les autres (Elliott & al., 1990) • Accepter les erreurs des parents (Timulak & al., 2009) (3/9).

Résultats spécifiques en fonction des troubles

Au cours des décennies précédentes, il a été de plus en plus exigé des orientations psychothérapeutiques qu'elles fassent la preuve de leur efficacité en fonction des troubles et qu'elles aient recouru pour cela, entre autres, au critère de la gravité ou au contrôle des symptômes. Bien qu'un collaborateur de Rogers, D. J. Kiesler, ait intégré cela dès 1966, une telle exigence constitue un défi pour les conceptions de la psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle, qui se réfèrent à la totalité de la personne, et non à des symptômes isolés. Ces derniers sont considérés, de manière analogue aux approches psychodynamiques et systémiques, comme la conséquence de conflits intérieurs (Rogers, 1959 ; Behr, Hüsson, Luderer & Vahrenkamp, 2017¹⁵). Toutefois, de nombreux symptômes ne peuvent pas ou pas exclusivement être expliqués comme une conséquence de conflits intérieurs (Speierer, 1994), qui peuvent être par exemple tant la cause que la conséquence des symptômes.

La recherche au sujet de l'efficacité dans l'Approche centrée sur la personne en tient compte. Toute une série de recherches singulières appréhende les tableaux de troubles en fonction du ICD ou du DSM. Les méta-analyses les plus récentes peuvent ainsi appliquer l'efficacité de la psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle en fonction du diagnostic et la discuter (Elliott & al., 2013 ; Nuding, 2018)¹⁶.

Champs d'application voisins

Thérapie filiale ou thérapie de la relation entre parents et enfants

Une des variantes de la thérapie par le jeu centrée sur la personne se trouve être la thérapie filiale (Guernsey, 1964 ; van Fleet, 1994 ; Goetze, 2013) ou son équivalent la *parent-child-relationship-therapy* (PCRT) de Bratton, Landreth, Kellam & Blackard (2006). Les parents suivent un bref atelier de formation en thérapie par le jeu afin de vivre des séances de jeu avec leur propre enfant, suivant les principes de la thérapie par le jeu centrée sur la personne. Pendant tout un temps, une supervision vient soutenir le processus. C'est surtout la relation parents-enfants qui doit s'améliorer ainsi. Cela est très efficace, comme le prouve de manière impressionnante la

¹⁵ N.d.t. : Behr, Hüsson, Luderer & Vahrenkamp, 2017, pp. 11-37.

¹⁶ N.d.t. : Elliott & al., 2013, pp. 503-510 ; Nuding, 2018, pp. 195-200.

méta-analyse de Bratton, Ray, Rhine & Jones (2005), avec un d de Cohen ayant pour score total de $d = 1.15$. Ce résultat n'a cependant pas été répliqué. Kaminski, Valle, Filene & Boyle (2008) examinent dans leur méta-analyse 77 recherches sur l'atelier de formation des parents selon différentes orientations théoriques. Ils y établissent une taille d'effet totale de .30 ($n = 58$) pour les résultats concernant des enfants (de 0 à 7 ans) et de .43 ($n = 54$) pour les résultats concernant des parents. La méta-analyse de Hölldampf, Crawford, Härtel & Behr (2012) clarifie partiellement cette divergence. Pour assurer la pertinence clinique, elle se limite à 14 recherches avec des *enfants à risque* selon les critères de Rutter (1987; 1989). Selon l'objectif du traitement et l'instrument de mesure, on obtient des valeurs de performance tout à fait différentes. Les *symptômes* (mesurés avec le CBCL, *Child Behaviour Checklist*) s'améliorent autour du d de Cohen $d = .43$, le *concept de soi* de l'enfant (JPPST, *Joseph pre-School and Primary Concept Screening Test*) s'améliore autour de .89, l'*empathie parentale* (MEACI, *Measurement of Empathy in Adult-Child Interactions Scale*) s'améliore autour de 2.56, l'*acceptation parentale* (PPAS, *Porter Parent Acceptance Scale*) s'améliore autour de 1.23 et le *stress parental* (PSI, *Parental Stress Index*) diminue autour de .75. Ces différences révèlent à quel point l'objectif thérapeutique et les instruments de mesure correspondants influencent les scores. La taille d'effet globale moyenne se situe à .85.

En bref

La thérapie filiale¹⁷ est ignorée à tort dans l'espace germanophone. Elle est très économique (atelier de formation des parents en groupe, environ dix séances, ensuite supervision), améliore la relation parents-enfants et réduit la charge des symptômes chez les enfants, presque autant que dans le cas de thérapies professionnelles.

Enseignement scolaire et formation

Est-ce que les enseignants suscitent des processus plus favorables chez les enfants et adolescents s'ils ont un comportement conforme à l'Approche centrée sur la personne? La méta-analyse de Cornelius-White (2007; Cornelius-White & Motschnig-Pitrik, 2010; 2014) analyse 119 recherches américaines (souvent des recherches de David Aspy et Flora Roebuck) et de l'espace germanophone (souvent des recherches de groupes de travail

¹⁷ N.d.t. : le terme lui-même est peu usité en francophonie.

autour de Reinhard Tausch). Elles éclairent la corrélation entre la proposition relationnelle des enseignants (empathie, considération positive inconditionnelle, authenticité, non-directivité) et les caractéristiques des élèves, en particulier leur comportement socio-émotionnel et leurs résultats scolaires. La taille d'effet globale moyenne se situe à .65. Elle est un peu plus élevée pour les variables socio-émotionnelles et la motivation scolaire, un peu plus faible pour les caractéristiques cognitives et liées à la performance scolaire, mais toujours significative et de niveau d'effet moyen.

Les ateliers de formation parentale Gordon

Des cours structurés destinés aux parents transmettent l'offre relationnelle centrée sur la personne lors d'un atelier de formation. En résumé, ils forment les parents à formuler des réactions empathiques et à partager ce qu'ils ressentent, puis à rechercher avec les enfants et les adolescents des compromis familiaux (Gordon, 1970 ; 1972). Deux méta-analyses montrent des résultats positifs, mais inconsistants, c'est-à-dire qu'ils ne se correspondent pas. Cedar & Levant (1990) calculent dans 26 recherches un effet de .33 sur le comportement parental positif; dans des recherches dont la méthodologie a été jugée particulièrement bonne, il est de .45, et de .81 dans les recherches publiées. L'effet sur les enfants est plus faible, mais les effets *follow-up* sont plus élevés que les effets *post-treatment*. Müller, Hager & Heise (2001) ont calculé à partir de 15 autres recherches ayant une meilleure méthodologie et dont la parution est généralement postérieure, en partie en allemand, des tailles d'effet nettement plus élevées: dans la moyenne, 1.47; dans le *follow-up*, 2.06. De manière concordante, les deux méta-analyses trouvent que les enfants plus âgés profitent davantage que les plus jeunes, et que les effets *follow-up* sont plus élevés que les effets *post-treatment*.

En bref

Les enseignants et les parents favorisent de manière significative leur relation avec les jeunes personnes et leur développement mental lorsqu'ils peuvent leur faire une offre relationnelle centrée sur la personne caractérisée par l'empathie, la considération positive inconditionnelle et l'authenticité. L'efficacité des attitudes de base de l'Approche centrée sur la personne en faveur du développement psychosocial est très bien établie.

Limitations de la recherche sur l'efficacité

La psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle voit la recherche empirique, en particulier la recherche sur l'efficacité, de manière positive. Elle est reliée de manière fondamentale à la recherche empirique. Rogers et son équipe ont été les premiers au monde à entreprendre de telles recherches sur l'efficacité de la psychothérapie, à prouver qu'elle l'était et à montrer comment elle agissait.

RETOUR SUR L'HISTOIRE: LA RECHERCHE EN PSYCHOTHÉRAPIE DANS LES PREMIÈRES ANNÉES DU COUNSELLING ET DE LA PSYCHOTHÉRAPIE CENTRÉS SUR LA PERSONNE

Carl Rogers a été le premier psychothérapeute à développer une nouvelle procédure dont l'efficacité a été étudiée empiriquement. Avec ses collaborateurs, il a d'abord développé à partir des années 1940 des instruments de mesure répertoriant le comportement verbal des participants. L'approche scientifique classique dans le cadre de la psychothérapie centrée sur la personne consistait à faire des enregistrements d'entretiens thérapeutiques et à les faire mesurer par plusieurs observateurs formés à cela. Les paramètres collectés ont alors été corrélés les uns aux autres. Ce qui a été étudié le plus souvent, c'est la relation entre l'empathie thérapeutique et l'exploration de soi du client. Cela a été complété par les résultats de questionnaires de personnalité. Rogers & Dymond (1954), Truax & Carkhuff (1967) ainsi que Truax & Mitchell (1971) ont trouvé des améliorations chez plus de 2000 clients en psychothérapie lorsque les personnes suivies faisaient une profonde expérience d'empathie, de considération positive et d'authenticité. Luborsky et ses collaborateurs (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Luborsky & al., 2002) ont calculé dans combien de recherches comparatives à la méthodologie correcte une procédure thérapeutique avait obtenu des résultats meilleurs, égaux ou moins bons qu'une autre. Ils ont constaté que les différences entre les orientations les plus importantes étaient faibles et ont résumé ce résultat par le *dodo-bird-verdict* cité précédemment. Avec cette recherche, la question de l'efficacité des psychothérapies semblait être clarifiée. Les psychothérapies sont efficaces, et il n'y a guère de différences entre les différentes grandes approches en psychothérapie en ce qui concerne leur efficacité.

Au cours des années suivantes et jusqu'à aujourd'hui, il y a eu régulièrement des méta-analyses qui indiquent une légère supériorité des thérapies comportementales, en particulier dans les mesures des symptômes (par exemple Smith, Glass & Miller, 1980 ; Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Aujourd'hui, les éléments de ces analyses montrent que cela tient surtout au fait de ne pas avoir tenu compte de l'appartenance des chercheurs, de se concentrer sur les mesures de symptômes et aux limitations de la méthodologie de la méta-analyse.

Les questions restées ouvertes ont toujours été un défi pour Carl Rogers. Il était un psychothérapeute passionné, mais également un chercheur passionné. Il croyait dans le progrès scientifique et avait la conviction que les découvertes servaient la vérité. Lorsque les résultats de la recherche confirment les théories du chercheur, ils sont une incitation à poursuivre cette recherche. Lorsqu'ils le contredisent, ils lui donnent l'occasion de remettre les théories en question et de les modifier ou de les remplacer par d'autres. Cette conviction a culminé dans un *leitmotiv* de Rogers fréquemment cité : *The facts are always friendly, every bit of evidence one can acquire, in any area, leads one much closer to what is true* (« Les faits sont toujours des amis. Le moindre éclaircissement qu'on puisse acquérir dans n'importe quel domaine nous conduit beaucoup plus près de la vérité ») (Rogers, 1961)¹⁸.

Cela reste toujours valable aujourd'hui. Sans preuves manifestes de son efficacité, une méthode disparaît, et la psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle doit au seul dynamisme de sa recherche le fait de compter toujours parmi les quatre plus grandes orientations au monde. Les limitations qui suivront ici ne critiquent du coup pas la recherche empirique en psychothérapie ou les méta-analyses *en soi*, et pas non plus le « gros » de la recherche en thérapie cognitivo-comportementale, que les représentants des travaux dans la psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle envisagent presque toujours avec considération. Mais elles plaident pour la vigilance, le soin et la rigueur scientifique.

¹⁸ N.d.t. : Rogers, 1961, p. 25 ; traduction française 1968, p. 23 (p. 22 dans l'édition actuelle).

Limitation 1: scores d'effet spécifiques en fonction du diagnostic

C'est en particulier la thérapie cognitivo-comportementale qui part du point de vue que pour la mesure d'efficacité, il faut surtout prendre en compte les scores de réduction des symptômes, qu'elle appelle «mesures primaires» (*primary measures*). Cela ne prend pas le client en compte dans sa globalité et ne correspond qu'à la conception de la thérapie défendue par l'approche cognitivo-comportementale. Les trois autres grandes orientations thérapeutiques considèrent généralement les conflits intérieurs et sociaux comme la source première des troubles, les symptômes en découlant de manière secondaire. À côté des symptômes, il faut aussi utiliser les objectifs des clients, comme par exemple la valeur personnelle, une vie satisfaisante, la clarté intérieure, la capacité de vivre des relations ou la résilience pour mesurer l'efficacité.

La recherche sur l'efficacité basée sur le diagnostic doit tenir compte du fait que les diagnostics ont une mauvaise fiabilité, c'est-à-dire que les différents intervenants posent souvent des diagnostics différents. Cela tient aussi à la comorbidité des troubles mentaux: la plupart des clients ont des problèmes provenant de différents champs diagnostiques. Depuis le DSM III (*American Psychiatric Association*, 1980), c'est devenu la règle de tenir compte des comorbidités, et la fiabilité s'est améliorée (Aboraya, Rankin, France, El-Missiry & Collin, 2006). Caspi, Houts, Belsky, Goldman-Mellor, Harrington, Israel & Mofflin (2014) préconisent l'adoption d'un facteur psychopathologique général dans le cadre de la structure des troubles mentaux, le «facteur *p*». Leurs analyses plaident en faveur d'une part *non* spécifique dans la compréhension des troubles psychiques.

En bref

La recherche sur l'efficacité thérapeutique basée sur le diagnostic n'a qu'une validité limitée. Elle ne représente que de manière insuffisante la réalité du client, l'état de la recherche au sujet des comorbidités et la fiabilité des diagnostics. Lorsqu'elle se limite aux mesures de symptômes, elle défavorise toutes les autres orientations thérapeutiques par rapport à la thérapie cognitivo-comportementale, celles qui considèrent le client dans sa totalité. Il est à remarquer que dans les recherches comparées dont les standards favorisent la thérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle apparaît comme étant tout aussi efficace.

Limitation 2 : manipulation des données empiriques quantitatives

Les méthodes les plus en vogue sont :

– *Manipuler la statistique* : en constituant pour l'étude un groupe de participants parfaitement homogène, les chercheurs maintiennent un écart-type des scores des troubles artificiellement faible, ce qui gonfle le d de Cohen (cf. premier encart). La manière dont des méta-analyses isolées interprètent de façon tendancieuse des différences triviales est présentée par l'analyse de Wampold & al. (2017) pour trois méta-analyses comparées, élaborées à partir de la perspective de la thérapie cognitivo-comportementale.

– *Désigner un traitement placebo comme étant une démarche thérapeutique* : des chercheurs administrent au groupe contrôle d'une étude comparative un traitement placebo, donnent à ce placebo le nom d'une méthode et la définissent comme un « traitement ». Ils présentent ensuite l'efficacité de leur propre forme de traitement, généralement la thérapie cognitivo-comportementale, comme étant supérieure à l'autre méthode. Ainsi chez Weisz & al., qui trouvent pour la thérapie centrée sur la personne d'abord un effet de .56 en 1987, puis un effet de seulement .15 (!) en 1995. La raison en est que pour l'étude de 1995, les chercheurs ont inclus dans le groupe contrôle six traitements pour ainsi dire placebo, qu'ils ont appelés « centrés sur le client ».

– *Inclure dans les méta-analyses en priorité des recherches qui soutiennent le résultat espéré par les chercheurs* : Wampold & al. (2017) apportent la preuve détaillée de la manière dont certaines méta-analyses, conformes à la thérapie cognitivo-comportementale, incluent en partie des recherches à la méthodologie indiscutable mais laissent en même temps de côté des recherches dont les résultats ne correspondent pas aux résultats souhaités, soit lorsque la thérapie cognitivo-comportementale n'obtient pas de meilleurs résultats. Même la thérapie par le jeu n'en est pas exempte. La méta-analyse de Lin & Bratton de 2015, menée alors de manière particulièrement indiscutable, calcule un score d'effet qui n'atteint que la moitié de celui de la méta-analyse de Bratton & al. de 2005.

– *Exclure des recherches* : pour exclure des recherches en tant que preuves, le Comité consultatif scientifique en psychothérapie de la Chambre fédérale allemande des psychothérapeutes et des médecins a trouvé quelque chose de très particulier (2010). À la différence de ce qui se fait partout ailleurs, il ne prend pas en considération les tailles d'effet ou les méta-analyses, mais seulement les caractéristiques méthodologiques

des recherches – tant qu’elles sont significatives. Pour ces caractéristiques, un système de points a été imaginé avec des listes de critères extrêmement longues et détaillées, au sujet desquelles les experts peuvent argumenter sans fin et dont des personnes extérieures, comme les responsables de la politique de santé, ne peuvent plus comprendre l’application. Les indications apparemment objectives et quantitatives basculent en leur contraire paradoxal. Elles se soustraient au contrôle externe.

Limitation 3: définitions arbitraires des orientations

Les chercheurs classifient par exemple certaines démarches thérapeutiques de manière arbitraire dans telle orientation ou non, en fonction du résultat espéré; Wampold & al. (2017) le prouvent en détail. Un autre exemple: le Comité consultatif scientifique en psychothérapie de la Chambre fédérale allemande des psychothérapeutes et des médecins (2010) considère la thérapie cognitivo-comportementale comme *une seule* orientation malgré la multiplicité des démarches hétérogènes que l’on y compte. Face à cela, cette instance considère les démarches des psychothérapies humanistes comme étant trop hétérogènes pour passer pour une seule orientation, alors qu’elles reposent toutes sur une image de l’homme et une conception des troubles qui sont semblables¹⁹.

INDICATIONS TECHNIQUES:

DES FACTEURS D’EFFETS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES AU LIEU DES ORIENTATIONS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES.

Grawe (1998) a considéré, du fait de ses recherches sur l’efficacité, que la pensée au sein des écoles psychothérapeutiques était obsolète

¹⁹ N.d.t.: en francophonie, des rapports publiés lors de la recherche d’un cadre légal pour la psychothérapie proposent des critères de formation et examen des modèles validés par une tradition de recherche. En France, les travaux de l’Inserm portent sur trois approches (voir Psychothérapie: Trois approches évaluées. Rapport. Paris. Les éditions Inserm, 2004, XII- 553 p. – <http://hdl.handle.net/10608/1469>). Ce rapport a suscité une vive polémique et fut retiré du site du ministère de la santé. En Belgique, les critères sont de l’ordre de la validation empirique ou théorico-clinique (voir Avis du Conseil Supérieur de l’Hygiène n° 7855, 2005. Psychothérapie: définitions, pratiques conditions d’agrément – http://squiggle.be/PDF_Matiere/Avis_CSH.pdf). Au Québec, une loi (PL 21 ou Loi 28) du 18 juin 2009, et en Belgique une loi du 20 mai 2014 (Loi de Muylle) ont pris en compte les modèles des courants psychodynamique, systémique, cognitivo-comportementaliste et humaniste centré sur la personne et expérientiel comme base de la pratique de la psychothérapie. En Belgique, la loi De Block adoptée le 18 mai 2016 ne cite plus les approches thérapeutiques. En Suisse, la psychothérapie centrée sur la personne fait partie intégrante des grandes démarches thérapeutiques reconnues.

et que l'efficacité de la psychothérapie est conditionnée par cinq facteurs, sans corrélation directe avec l'orientation thérapeutique.

– Relation thérapeutique: qualité de la relation entre l'intervenant et le client.

– Activation des ressources: tous les clients disposent d'une motivation, de centres d'intérêt, d'une personnalité qui soutiennent le succès de la thérapie.

– Actualisation de la problématique: les clients expérimentent de manière immédiate en cours de séance les sentiments et thématiques liés à leurs préoccupations, par exemple au cours de dialogues empathiques, de jeux de rôles, d'expositions *in vivo*, d'exercices de relaxation et d'imagination.

– Clarification: les clients parviennent à une compréhension de leurs conflits intérieurs, de leurs mobiles, de leur ressenti, de la cohérence de leur histoire et des influences actuelles.

– Résolution de problèmes: soutien des clients pour trouver et mettre en œuvre des solutions pour résoudre des problèmes concrets.

– Messer & Wampold (2002) argumentent de la même manière, à partir de la perspective américaine. Fröhlich-Gildhoff (2008) a transposé cela dans la psychothérapie avec enfants et adolescents.

En bref

Le counselling et la psychothérapie centrés sur la personne et expérientiels se situent dans la tradition directe de la recherche en psychothérapie dont Rogers est un cofondateur. Celle-ci est indispensable si nous voulons découvrir la vérité sur ce qui aide le client. La psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle a justement besoin de la recherche empirique en psychothérapie, car « les faits sont *toujours* des amis », comme Rogers l'a souligné (1961; 1968)²⁰. La communauté de l'Approche centrée sur la personne doit rechercher de manière sérieuse, créative et compétente, elle doit opposer les faits aux tentatives politiques d'éviction.

²⁰ N.d.t.: Rogers, 1961, p. 25; 1968, p. 23 (p. 22 dans l'édition actuelle).

En conclusion

Toutes les orientations psychothérapeutiques sont tout *aussi efficaces* en moyenne. Nous le savons depuis les premières méta-analyses de Smith & Glass à la fin des années 1970, et cela s'est confirmé régulièrement. L'analyse des *facteurs d'efficacité* est bien plus intéressante que la validité des orientations, ce qui a surtout été établi, curieusement, par Grawe (1998), un chercheur lié à la thérapie cognitivo-comportementale. Il est inefficace et tragique de mettre tant d'énergie dans la recherche de justifications pour soutenir des orientations, comparativement à *l'étude scientifique des processus psychothérapeutiques*. Cette dernière favoriserait la qualité des processus thérapeutiques et serait bien davantage dans l'intérêt des clients. Il est tout aussi sujet à caution de voir comment certains chercheurs liés à la thérapie cognitivo-comportementale essayent en permanence et avec des méthodes douteuses de construire une supériorité de leur approche thérapeutique (Wampold & al., 2017).

Mais si nous évoluons au sein du cadre de la recherche sur l'efficacité, les orientations ne se réclamant pas de la thérapie cognitivo-comportementale ont besoin de standards loyaux vis-à-vis de toutes les autres orientations – qu'ils doivent sans doute développer eux-mêmes. Ainsi qu'un nouveau langage, par exemple pour «étalon or» (Chambless & Hollon, 1998) ou «mesures primaires». Le prétendu «étalon or» est un modèle de laboratoire qui n'est pratiquement pas réalisable dans une consultation psychothérapeutique, tout au plus dans une clinique spécialisée. Il serait donc plus approprié d'utiliser d'autres termes, par exemple «standard de laboratoire». Les prétendues «mesures primaires», si déjà on les désigne ainsi, devraient être des mesures qui correspondent à des conflits intérieurs et sociaux, et d'autres mesures aborderaient la personne dans sa globalité. Les mesures au sens de conséquences et symptômes pourraient plutôt être définies comme «mesures de symptômes». Il existe déjà concrètement une proposition pour un standard optimisé, un protocole de recherche général, qui satisfasse à toutes les orientations et favorise surtout la possibilité de comparer différents projets (Elliott & Zucconi, 2006). Pourrait-on en faire le standard de recherche général?

«Les faits sont toujours des amis» – tous les intervenants de la psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle dans le champ psycho-socio-thérapeutique pourraient se fier à cette devise de Rogers. La recherche empirique est de notre côté: voir la personne dans sa globalité, déployer son expérience émotionnelle, faire de la relation le point de

départ de toute proposition d'aide; cela est toujours efficace, au moins autant qu'autre chose.

Références

- Aboraya, A., Rankin, E., France, C., El-Missiry, A. & Collin, J. (2006). The Reliability of Psychiatric Diagnosis Revisited. *Psychiatry* 23 (1), pp. 41-50.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, D. C.: Author.
- Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, (2), pp.129-143.
- Behr, M., Hüsson, D., Luderer H. J. & Vahrenkamp, S. (2017). Gespräche hilfreich führen – Band 1: *Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie – personenzentriert – erlebnisaktivierend – dialogisch*. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Bratton, S., Landreth, G., Kellam, T. & Blackard, S. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT) Treatment Manual: A 10-Session Filial Therapy Model for Training Parents*. New York: Routledge Publishers of Taylor & Francis Publishing.
- Bratton, S., Ray, C. D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy with Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), pp. 376-390.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S. & Moffin, T. E. (2014). The *p* factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), pp. 119-137. DOI:10.1177/2167702613497473
- Cedar, B. & Levant, R. F. (1990). A meta-analysis of the effects of Parent Effectiveness Training. *American Journal of Family Therapy*, 18, pp. 373-384.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2^e ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cooper, M., Watson, J. C. & Hölldampf, D. (2010). *Person-centered and Experiential Therapies Work. A Review of the Research on Counseling, psychotherapy and related practices*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Cornelius-White, J. H. D. (2007). Learner-centered teacher-student relationships are effective: A meta-analysis. *Review of Educational Research*, 77, pp. 113-143.
- Cornelius-White, J. H. D. & Motschnig-Pitrik, R. (2010). Effectiveness beyond Psychotherapy: The person-centered, experiential paradigm in Education, parenting, and management. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 65-90). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Cornelius-White, J. H. D. & Motschnig-Pitrik, R. (2014). Effektivität Personenzentrierter Förderung von Bildung, Bindung, Elternschaft und Entwicklung. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding, & C. Wakolbinger, *Psychotherapie und*

- Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien – Personzentrierte Beiträge aus 2 Jahrzehnten* (pp. 17-23). Vienne: Facultas.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12, pp. 1-20. DOI: 10.1080/713869614.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L. S., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* New York: Wiley.
- Frieden, T. R. (2017). Evidence for Health Decision Making – Beyond Randomized, Controlled Trials. *New England Journal of Medicine* 377 (5), pp. 465-475, DOI: 10.1056/NEJMra1614394.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2008). Effective Factors in Child and Adolescent Therapy: Considerations for a meta-concept. In M. Behr & J. Cornelius-White (Eds.), *Facilitating Young People's Development: International perspectives on person-centred theory and practice* (pp. 25-39). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Glass, G. V. (1976). Primary, Secondary and Meta-Analysis of Research. *Educational Researcher* 5, pp. 3-8.
- Goetze, H. (2013). *Familien spielend helfen*. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training: The "no-lose" program for raising responsible children*. New York: Peter H. Wyden.
- Gordon, T. (1972). *Familienkonferenz*. München: Heyne.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Guerney, B. G. (1964). Filial therapy: Description and Rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28 (4), pp. 376-390.
- Hölldampf, D., Crawford, I., Härtel, J. & Behr, M. (2012). Wirksamkeit Filialtherapeutischer Elterntrainings bei Eltern von Risikokindern. In S. Kägi & U. Stenger (Hrsg.), *Forschung in der Frühpädagogik – Grundlagen-, Professionalisierungs- und Evaluationsforschung* (pp. 302-320). Hohengehren: Schneider Verlag.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, pp. 159-169. DOI: 10.1026/0033-3042.53.4.159.
- Jensen, S. A., Biesen, J. N. & Graham E. R. (2017). A Meta-Analytic Review of Play Therapy with Emphasis on Outcome Measures. *Professional Psychology: Research and Practice* 48 (5), pp. 390-400. DOI: 10.1037/pro0000148.
- Kaminski, J. W., Valle, I. A., Filene, J. H. & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36(4), pp. 567-589.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65(2), pp. 110-136. DOI: 10.1037/h0022911.
- Landreth, G. L. & Bratton, S. C. (2006). *Child-Parent-Relationship (C-P-R) Therapy: A 10-session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy – A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*,

- 300 (13), pp. 1551-1565. DOI: 10.1001/jama.300.13.1551.
- Lin, Y.-W. & Bratton, S. C. (2015). A Meta-Analytic Review of Child-Centered Play Therapy Approaches. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), pp. 45-58.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. & Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 1, pp. 2-12.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, pp. 995-1008.
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice* 20 (2), pp. 137-160.
- Messer, S. B. & Wampold, B. E. (2002). Let's Face Facts: Common Factors are More Potent than Specific Therapy Ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 1, pp. 18-22. DOI: 10.1093/clipsy.9.1.21.
- Miller, R. M. & Rollnik, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung* Freiburg: Lambertus.
- Miller, S., Wampold, B. & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), pp. 5-14. DOI: 10.1080/10503300701472131.
- Müller, T. C., Hager, W. & Heise, E. (2001). Zur Effektivität des Gordon-Eltern-Trainings (PET) – eine Meta-Evaluation. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 32 (3), pp. 339-364. DOI: 10.1007/s11612-001-0034-7.
- Nuding, D. (2018). *Effects of Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling with Children and Young People: Review and Meta-Analysis*. Köln: GwG-Verlag.
- Pinquart, M., Oslejsek, B. & Teubert, D. (2016). Efficacy of Systemic Therapy on Adults with Mental Disorders: A Meta-analysis. *Psychotherapy Research* 26 (2), pp. 241-257. DOI: 10.1080/10503307.2014.935830.
- Rogers, C. R. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as developed in the Client-Centered Framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The Study of a Science, Vol. 3, Formulations of the Person and the Social Context* (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. NY: Houghton Mifflin. Trad. allemande: (2020). *Entwicklung der Persönlichkeit* (22. Aufl.) (J. Giere, Trans.). Stuttgart: Klett-Cotta. Trad. Française: (1968). *Le Développement de la personne* (E. L. Herbert, Trans.). Paris: Dunod (nombreuses rééd., actuellement chez InterÉditions).
- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, pp. 316-331.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, pp. 633-653. DOI: 10.1097/00004583-198909000-00001.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, pp. 752-760.

- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Speierer, G.W.(1994). *Das Differenzielle Incongruenzmodell (DIM)*. Heidelberg: Asanger.
- Stephen, S., Elliott, R. & Macleod, R. (2011). Person-centred therapy with a client experiencing social anxiety difficulties: A hermeneutic single case efficacy design. *Counselling & Psychotherapy Research*, 11, pp. 55-66.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J. & Connell, J. (2007). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centered, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 37, pp. 1-12. DOI: 10.1017/S0033291707001511.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, pp. 555-566. DOI: 10.1017/S0033291706007136.
- Sydow, K. von, Behr, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Timulak, L. & Creaner, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centred and experiential psychotherapies. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine, 1967.
- Truax, C. B. & Mitchell, M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In: A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Van Fleet, R. (1994). *Filial therapy: Strengthening parent-child relationships through play*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N.D., Pace, B.T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardset, T. P., Laska, K. M. & Hilsen Roth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27, (1-2), pp. 14-32.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D. & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 55, pp. 542-549.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S., Granger, D. A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, pp. 450-468.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. (2010). *Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. Download 16.4.2014: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf>.