

# Une pratique de la psychothérapie Centrée sur le Client<sup>1</sup>

Barbara Temaner Brodley, Ph.D.  
Chicago, Etats-Unis

Traduction de Catherine Zabus-Baudart

Mon intention est de fournir ici une brève description des caractéristiques principales de ma pratique de la psychothérapie centrée sur le client. Ma pratique s'est développée à partir de ma tentative de mettre en application les idées de Rogers sur la relation d'aide dans mon travail avec mes clients depuis plusieurs années. En préparant cet article, j'espère que d'autres thérapeutes centrés sur le client seront stimulés pour décrire leur propre pratique afin que nous puissions avoir un débat sur les similarités et les différences qui existent entre nous.

J'adhère au premier principe de Rogers – la tendance actualisante inhérente aux personnes (1980a chap.6). Je considère cette tendance comme le principe de motivation unique et original chez les êtres humains qui conduit à la croissance, à la différenciation, au développement, à l'auto-attention et au changement. J'adhère aussi à la théorie de Rogers sur les conditions nécessaires et suffisantes à un changement thérapeutique de la personnalité (1957). Ces conditions sont les attitudes d'authenticité, de regard positif inconditionnel et de compréhension empathique du cadre de référence interne du client. Je considère que la tendance actualisante et ces conditions d'attitudes sont applicables à toutes les relations thérapeutiques avec tous les individus.

J'adhère également à un ensemble de valeurs qui sont implicites ou explicites dans les écrits théoriques de Rogers<sup>2</sup> : (1) La nature humaine est intrinsèquement constructive. (2) La nature humaine est intrinsèquement sociale. (3) L'estime de soi est un besoin humain de base qui, comme la sensibilité individuelle et l'autonomie, doit être protégé dans la relation d'aide.

(4) Les personnes sont motivées pour percevoir la réalité et rechercher la vérité dans les situations. (5) Les perceptions sont des déterminants majeurs de notre expérience personnelle et de notre comportement. Pour comprendre une personne, il faut donc essayer de la comprendre de manière empathique, du point de vue de ses propres perceptions. (6) La personne individuelle est l'unité de base et celle en relation dans les situations destinées à favoriser la croissance et le changement. Ce ne sont ni les groupes, ni les familles, ni les organisations, etc. (7) Le concept de « la globalité de la personne » fait partie de l'expérience de la personne pour l'aidant en thérapie. (8) Dans la relation d'aide, la recherche du contrôle ou de l'autorité sur les autres personnes est abandonnée. Il y a, au contraire, un engagement au partage du pouvoir et du contrôle. (9) La croyance que les personnes se réalisent et se protègent aussi bien qu'elles le peuvent dans les circonstances internes et externes existant à ce moment-là. (10) Dans la relation d'aide, l'aidant s'engage à être honnête envers lui-même. Cette honnêteté est un moyen majeur de l'aidant pour maintenir et améliorer sa santé mentale et émotionnelle ainsi que la santé de ses relations.

Durant des années, j'ai beaucoup réfléchi sur mon travail avec mes clients. J'ai fait beaucoup d'observations sur les résultats que j'obtenais auprès de mes clients. Et j'ai essayé de déterminer dans quelle mesure je travaillais en conformité ou non à la théorie de Rogers. J'ai

---

<sup>1</sup> Cet avant-projet a été préparé pour la rencontre du Troisième Forum International de l'Approche Centrée sur la Personne à la Jolla, Californie, du 7 au 14 août 1987.

<sup>2</sup> Ces valeurs sont examinées dans un article de J. Bozarth et B.T. Brodley (1986). La dixième valeur a toutefois été suggérée par Alberto Zucconi.

adapté mon comportement avec les clients quand il ne me semblait pas conforme à la théorie et qu'il ne semblait pas aidant pour mes clients. Le débat qui suit concerne les principales caractéristiques de la pratique qui s'est élaborée.

## **La conception d'objectifs et de leur réalisation**

Le principe de la tendance actualisante, la théorie spécifique des conditions d'attitudes pour un changement psychothérapeutique et les valeurs/hypothèses que j'ai décrites sont des éléments actifs dans l'esprit et le ressenti du thérapeute au sein de la relation thérapeutique. Ces éléments fonctionnent également avant que la relation thérapeutique spécifique ne commence. Ils influencent les choix a priori et conscients que je fais à propos des objectifs et de leur réalisation. De par mes lectures de Rogers et de par mon expérience de thérapeute, j'adhère aux idées suivantes qui sont générales et préliminaires à tout établissement de relation avec quel client que ce soit.

Mon objectif a priori pour mon client est de l'aider à réaliser ses propres objectifs. Ceux-ci peuvent être clairs dès le début du travail et peuvent, ou non, changer au cours de notre travail. Ou bien, ils peuvent ne pas être clairs, être hésitants et évoluer et changer au cours de notre travail. En général, ces objectifs comprennent l'obtention d'un soulagement de la douleur ou de la souffrance psychologique, des changements dans le Moi du client dans un sens que le client perçoit comme étant en croissance ou plus sain, et des changements dans les situations de vie d'une manière telle que ces situations soient favorables au bien-être et à l'efficacité du client et de ses proches. Mais je n'ai jamais eu d'objectifs spécifiques à l'esprit pour mon client, ni au début, ni à n'importe quel moment que ce soit de la thérapie. Je ne travaille qu'à partir de ma conscience des objectifs propres au client, quand bien même je ne les approuverais pas personnellement.

J'ai, par contre, des objectifs spécifiques pour moi-même qui sont préalables et qui s'appliquent à toutes mes relations thérapeutiques. J'essaie de procurer les conditions interpersonnelles qui, je crois, sont -si expérimentées par le client- génératrices de croissance, de changement, de santé et de soulagement de la douleur. Mon objectif immédiat et constant pour moi-même dans ma relation avec le client est de vivre et d'expérimenter les trois attitudes et de vivre le respect pour le client et pour ses droits dans la relation. Je veux être congruente, être acceptante de manière inconditionnelle et comprendre mon client de manière empathique – et ceci dans la plus large mesure possible. Et je souhaite exprimer ces attitudes de manière à ce que le client ait l'opportunité de m'expérimenter comme incarnant ces attitudes dans la relation. Une discipline à la fois consciente et inconsciente est impliquée dans la réalisation de ces objectifs personnels dans les relations avec les clients. La volonté seule ne suffit pas.

Quelles sont mes conceptions préalables de la mise en œuvre des idées et des attitudes qui ont été mentionnées ? Pour répondre à cette question, je sens que je dois partager ma vision de ce qui est thérapeutique dans mon travail de thérapie centrée sur le client avec mes clients, autrement dit, ce que les mécanismes de changement exigent.

## Les mécanismes de changement

Je crois que les processus de changement chez le client sont le résultat immédiat des conditions d'attitudes procurées à et expérimentées à un degré significatif par le client. Le mécanisme est celui de l'adoption de ces attitudes de base par le client en lui-même et envers lui-même. Le processus d'adoption, par le client, des attitudes de base en lui-même, libère et accroît les aptitudes et les énergies du client. Ce processus met en valeur la sagesse du client envers lui-même et stimule une plus pleine réalisation des potentialités dans sa vie.

Les explorations, les compréhensions, les *insights* (NdT: « *insight* » est un terme difficilement traduisible en français qui signifie « compréhension claire de soi », « nouvelle perception intérieure lucide »), les relâchements de tensions, les actions que le client entreprend dans de nouvelles voies en dehors de la thérapie et d'autres choses qui se passent au cours de la thérapie constituent les façons concrètes avec lesquelles un client en particulier vit et expérimente les attitudes de base. Ces façons concrètes ne sont pas uniquement stimulées par la relation thérapeutique, elles sont aussi de nouvelles expériences dans la mesure où elles se produisent à l'intérieur du contexte des attitudes du thérapeute. L'interaction entre l'expérience et le comportement du client en thérapie et la sensation/perception qu'a le client des attitudes de base *en tant que contexte* conduit, je crois, à l'absorption progressive et à l'adoption de ces attitudes de base.

Rogers (1984) a exprimé cette idée des mécanismes de changement. Il a dit qu'il pensait qu'au fond, les mécanismes impliquaient le fait, pour le client, d'incorporer les trois attitudes thérapeutiques en lui-même et de les vivre envers lui-même et envers les autres. En observant le processus thérapeutique et ses effets sur plusieurs années, ceci me semble des plus vrais. Les processus sont extrêmement variables et la manière dont les personnes ressentent les progrès et le changement semble tellement différente d'une personne à l'autre. Ce qui ressort comme l'observation la plus constante dans toute cette variabilité, c'est la manière dont les clients deviennent plus congruents, plus acceptants envers eux-mêmes et les autres et plus empathiques envers eux-mêmes et les autres.

Une incidence importante de cette conception de ce qui fonctionne pour provoquer le changement thérapeutique est que peu importe, dans la perspective de créer le changement, de quoi le client parle ou ce qu'il exprime. Ou si oui ou non, il parle de ses problématiques les plus sérieuses ou les plus significatives. Quel que soit son niveau, c'est le risque ou l'engagement émotionnel que le client offre qui constituera la participation concrète de ce client dans la relation. Ce sera donc la base de l'interaction du client avec moi, les attitudes de base étant l'expression prépondérante de moi-même dans la relation. Le thérapeute n'a pas à être préoccupé ou à s'inquiéter de la mesure dans laquelle le client « saisit » ce qu'il « devrait saisir ». Ainsi, le thérapeute est réellement dégagé de toute préoccupation qui pourrait se solder par de la directivité ou par une propension à porter des jugements.

Pour revenir à l'idée de la mise en œuvre— quels sont, vu ma conception susmentionnée des mécanismes du changement thérapeutique, mes postulats à propos de la mise en œuvre des attitudes de base et de l'attitude de respect envers le client ?

La réponse théorique la plus juste est que la mise en œuvre des attitudes thérapeutiques dépend de l'état du client, de la nature de sa participation, ainsi que des capacités et de l'imagination du thérapeute. Autrement dit, il n'y a pas de manière standard ou nécessaire d'incarner ou d'exprimer les attitudes thérapeutiques dans la thérapie centrée sur le client.

Il y a cependant, dans mon travail avec des clients individuels, une manière de mettre en œuvre les attitudes qui sera très probable, étant donné le type de clients que je risque le plus probablement de rencontrer et étant donné mes capacités et mon imagination.

Les clients que je vois, et que j'ai vu durant la plus grande partie des vingt-six dernières années depuis trente-deux ans que je fais de la thérapie, sont des clients qui sont capables et qui ont la volonté d'examiner ou d'explorer leurs préoccupations, problèmes et expériences personnelles. Avec ces clients, la forme d'interaction qui semble être la plus naturelle et la plus efficace pour mettre en œuvre les attitudes thérapeutiques est le processus de réponses de compréhension empathique (Temaner, 1977). C'est la manière de travailler illustrée par Carl Rogers dans ses films, démonstrations et comptes-rendus de séances de thérapie<sup>3</sup>.

J'examinerai cette forme prépondérante d'interaction dans le chapitre suivant, mais je voudrais dès à présent exprimer un point de vue que j'aimerais que le lecteur garde à l'esprit tout au long de la lecture qui suit. Premièrement, la manière de travailler que j'examine et que je décris comme étant la mienne n'est pas présentée comme la seule manière de travailler qui puisse être fondée sur la théorie de Carl Rogers. Cette présentation a pour objectif de communiquer les caractéristiques principales de *ma* manière de travailler à partir de la théorie de Rogers. Elle peut ou non coïncider avec la manière dont d'autres thérapeutes centrés sur le client travaillent, bien que je m'attende à ce qu'il y ait au moins des chevauchements entre ma manière de travailler et celle d'autres thérapeutes. Deuxièmement, je n'examine dans cet article que la thérapie individuelle. Troisièmement, le fait que j'utilise le processus de réponses de compréhension empathique comme forme majeure d'interaction avec les clients qui ressentent un besoin d'aide et qui sont capables de parler de leurs préoccupations ne signifie pas que ce soit la seule manière de mettre en œuvre la théorie de Rogers avec de tels clients ni qu'elle soit indispensable.

## **Le processus de réponses de compréhension empathique**

Le processus de réponses de compréhension empathique est la forme prépondérante de mon travail thérapeutique avec les clients. À l'intérieur de cette forme, il existe une interaction unique et spontanée avec chaque client. Il y a toujours de grandes différences qualitatives dans l'expressivité interactive et dans l'utilisation du langage entre chaque client et moi-même. Chaque relation est unique et différente à bien des égards. La forme à travers laquelle tout ce caractère unique et ces différences vont s'exprimer comporte cependant certaines caractéristiques régulières ou conséquentes.

1. Le thérapeute expérimente la congruence et le regard positif inconditionnel envers le client ainsi que la volonté de comprendre le client de manière empathique.
2. Le client communique avec le thérapeute en parlant et en s'exprimant à propos de lui-même.
3. Le thérapeute est capable d'expérimenter certaines compréhensions empathiques spécifiques du cadre de référence interne particulier du client.
4. Le thérapeute tente, de temps en temps, de vérifier la justesse de sa compréhension en émettant des réponses de compréhension empathique, ou en émettant des

---

<sup>3</sup> Voy. Annexe A pour une illustration du processus de réponses de compréhension empathique dans un extrait d'un film de Carl Rogers en séance de thérapie avec « Mme Mun »

- réponses qui résument ce que le client semble avoir voulu dire, ou en posant des questions pour en clarifier le sens.
5. Le client se sent compris, accepté –ni jugé, ni évalué- par le thérapeute, et expérimente le thérapeute comme étant authentique dans leur relation.
  6. Le client développe le sentiment (NdT : « feeling » est traduit dans ce texte par « sentiment » mais est en réalité un terme plus complexe qui signifie à la fois un sentiment, une sensation, un ressenti) de liberté et de pouvoir personnel dans la relation avec le thérapeute, a le sentiment d'être à l'abri de sanctions de la part du thérapeute, a le sentiment d'être stimulé dans l'exploration et la réflexion plus profonde à propos de ses problèmes, et a un sentiment d'affection et d'attachement envers le thérapeute.
  7. Le client continue à parler, à s'exprimer et à explorer ses problèmes plus profondément et amplement, et il sent qu'il progresse.
  8. Si l'interaction se poursuit avec les qualités décrites ci-dessus, le thérapeute expérimente les attitudes à un degré plus élevé et croissant, et construit une expérience plus riche de l'empathie envers le client dans sa propre expérience /mémoire.

Le processus de réponses de compréhension empathique peut être identifié ou reconnu de l'extérieur par la prépondérance de réponses de compréhension empathique, de résumés et de questions ayant pour objectif la clarification pour le thérapeute. Egalement par l'apparition d'un processus d'exploration intérieure dans la communication du client. <sup>4</sup>Bien que cela soit difficile à identifier avec certitude, le processus de réponses de compréhension empathique n'est authentique et plein de la puissance du processus de l'authenticité que si le thérapeute fait l'expérience des attitudes à un haut degré et que le client ressent ces attitudes.

## **D'autres formes et types d'interaction**

Le processus de réponses de compréhension empathique a toujours été la forme prédominante et, pour moi, la plus naturelle et la plus efficace pour mettre en œuvre les attitudes de base. Durant les premières années où j'ai pratiqué la thérapie –peut-être au moins les dix premières années, de 1955 à 1965, je me sentais mal à l'aise et hésitante dans d'autres formes d'interactions avec mes clients. Je m'engageai cependant dans ces autres formes en certaines occasions.

Je répondais, par exemple, à des questions. Mais j'étais très attentive aux méprises qui pourraient découler de mes réponses, ainsi qu'aux jugements et aux valeurs qui pourraient être lus dans mes réponses. Je craignais de violer l'atmosphère d'acceptation et de compréhension que j'étais censée procurer en apportant, même implicitement et en faisant attention de ne pas le faire, mes idées et mes valeurs en répondant aux questions.

J'étais engagée dans la relation thérapeutique en tant que relation authentique de personne à personne. Je ne voulais pas jouer un rôle ou me comporter comme si j'avais des droits issus de ma compétence ou de mon statut, pour exercer une autorité sur mes clients. Il semblait, par

---

<sup>4</sup> Les réponses empathiques et l'exploration de soi par le client ne sont pas des signes certains de la présence du processus de réponses de compréhension empathique. Il est possible d'utiliser les réponses empathiques comme une technique et pour le client, de répondre par une exploration de soi sans la présence des attitudes de base dans le chef du thérapeute. Ce type de processus technique peut être aidant comme le sont beaucoup d'autres choses que les thérapeutes peuvent faire avec leurs clients.

conséquent, que je n'avais d'autre alternative que de répondre aussi honnêtement et du mieux que je pouvais à toute question qui m'était posée. Mais alors je sentais que je pourrais détruire les sentiments de sécurité et de liberté que j'étais, par ailleurs, en train de stimuler chez mon client. C'est un dilemme dont j'ai souffert durant longtemps.

L'examen qui suit, à propos des autres formes d'interaction, provient de la résolution de ces sentiments de dilemme d'autrefois. J'acceptais qu'il puisse exister d'autres formes d'interactions avec mes clients que le processus de réponses de compréhension empathique. Et je découvrais que je pouvais rester fidèle à la théorie et aux valeurs centrées sur le client.

Avec beaucoup de mes clients, des séquences d'interaction viennent émailler le processus de réponses de compréhension empathique. Il s'agit de ruptures ou d'interruptions de ce processus. Ces ruptures peuvent être très brèves et/ou rares avec certains clients, alors qu'avec d'autres, l'une ou plusieurs de ces formes d'interaction peuvent être longues et/ou fréquentes. Ces formes auxquelles je me réfère sont : (1) les contributions du thérapeute en réponse aux questions du client, (2) les aménagements sollicités par le client, (3) les réflexions, sentiments ou réactions introduits à l'initiative du thérapeute à propos du client, incluant (a) les réponses issues de sentiments persistants et (b) les réponses spontanées.

J'ai, jusqu'à présent, décrit le processus de réponses de compréhension empathique et indiqué qu'existaient ces autres formes d'interaction dans lesquelles je m'engage lorsque je fais de la thérapie. A présent, pour communiquer aux lecteurs la nature de ces autres formes, je ressens le besoin d'élucider une *attitude* qui est présente dans mon travail et qui, je crois, est inhérente à la théorie de Rogers. Cette attitude contribue à et influence la mise en pratique de la théorie de la thérapie. Cette attitude est appelée « l'attitude non-directive »<sup>5</sup>.

L'idée de la thérapie centrée sur le client comme étant « non-directive » est devenue problématique car certains enseignants et thérapeutes ont fait des interprétations rigides et incorrectes de l'élément de non-directivité dans la thérapie centrée sur le client<sup>6</sup>. Je me dois de risquer certaines des mauvaises associations qui collent maintenant à l'idée de non-directivité parce que je crois que l'attitude non-directive est un élément significatif dans la théorie rogerienne de la thérapie et dans mon propre travail.

## **L'attitude non-directive**

Le terme « non-directif » s'adresse à une *attitude* envers le client et envers le travail thérapeutique avec le client. C'est une attitude qui se développe chez le thérapeute à partir d'une adhésion sans réserve et de cohérence avec le principe premier de la théorie centrée sur le client. La croyance dans la tendance actualisante ainsi que la valorisation et le respect pour le client stimulent des sentiments de sensibilité envers les processus d'orientations, d'intérêts et d'autoattention du client. Mais l'attitude non-directive ne signifie pas s'abstenir de donner aux clients des directives spécifiques telles qu'une aide, une information, un conseil, des réponses, etc... L'attitude non-directive est plutôt une expérience intérieure de dégagement de toute présomption à propos de ce qui pourrait être bon ou aidant pour les clients. Cela signifie également d'être dégagé de toute impulsion à exprimer son instinct d'aide en donnant une orientation ou des interprétations. Cela suppose d'accepter notre ignorance en tant que

---

<sup>5</sup> Raskin (1947) examine l'attitude non-directive dans un article non-publié, ainsi que dans son article «The development of non-directive therapy » (1948).

<sup>6</sup> Ceci est examiné de manière éloquente par Brink (1987).

personne extérieure ainsi que l'inutilité de trouver et de procurer des solutions aux problèmes des autres personnes. Cela implique, je crois, une qualité d'humilité.

L'attitude non-directive inclut également d'être libre de procurer des réponses aux clients – réponses qui peuvent paraître directives – quand elles sont sollicitées, sans ressentir le besoin de les justifier en presumant qu'elles seront aidantes. Une autre façon d'exprimer ceci est de dire que le thérapeute peut ressentir la liberté d'être coopératif avec les expériences propres au client qui proviennent de ce que lui pense ou sent être aidant pour lui. C'est une volonté de partager certains risques du client.

L'évitement de réponses directives peut être une forme de directivité dans le contexte où le client sollicite de telles réponses. Brink (1987) présente cette assertion de la manière suivante :

« Quand il y a adhésion rigide à la non-directivité comme principe suprême afin de diriger le comportement du thérapeute, il en résulte un double système réductionniste. La complexité du client est réduite pour s'ajuster à un modèle préconçu dérivé d'une réduction de la riche approche tripartite de Rogers, destinée à procurer un climat de croissance à son client. En se cramponnant à l'idée d'égalité-exprimée-de-manière-non-directive, le thérapeute crée une réalité d'inégalité irrévocable en demeurant le détenteur d'une technique puissante, de toute évidence l'expert contrôlant la relation thérapeutique, dans un rôle de professionnel plutôt qu'une personne aidante » (pp. 30-31).

L'attitude non-directive exprime la forte emphase que la théorie de Rogers a placée sur le respect pour le client en tant que personne distincte et unique qui a des exigences et des droits naturels à conserver l'estime de soi, l'autorégulation, l'autodétermination ainsi qu'un sentiment de bien-être ou de progression dans les situations.

Le fait pour quelqu'un de se soumettre (sans de spéciales et très bonnes raisons) à une situation où une autre personne est autorisée à s'arroger une connaissance ou un pouvoir supérieurs sur ses expériences personnelles ou leurs significations est vraisemblablement préjudiciable pour lui et a probablement pour effet de le dépourvoir de son pouvoir personnel. J'en suis venue à ces conclusions en écoutant des clients et des amis décrire leurs relations avec des thérapeutes antérieurs, des médecins, des enseignants, des employeurs et certains parents. L'estime de soi et la confiance en soi sont des attributs vulnérables. Les choses destructrices faites par ces personnes dans ces rôles d'autorité le sont souvent avec de bonnes intentions. Les gens, comprenant des adultes par ailleurs mûres, se soumettent souvent à l'autorité de ces fonctions. L'autorité du thérapeute, comme celui du médecin, est spécialement dangereuse parce que les personnes visées sont généralement dans une situation personnelle de vulnérabilité. La plupart des thérapeutes, mêmes ceux qui se déclarent humanistes, croient qu'ils devraient arriver à comprendre ce qui ne va pas chez leur client, quelle stratégie (plan de traitement) est appropriée pour lui, et ils exécutent cette stratégie en ayant à l'esprit des objectifs définis pour leur client. En d'autres mots, l'attitude directive sévit dans le domaine de la psychothérapie, hormis, sauf erreur de ma part, dans le chef des thérapeutes qui essaient de travailler consciemment dans la perspective centrée sur la personne ou à partir de la théorie centrée sur le client de Rogers.

Beaucoup de thérapeutes refuseront de répondre aux questions des clients, ou de modifier les rendez-vous, sous prétexte qu'ils alimenteront la dépendance des clients, ou qu'ils succomberont à leurs manipulations, ou qu'ils seront complices de l'évitement de leurs

problématiques majeures. Ces interprétations communiquent comme message au client qu'il devrait rester tranquille, qu'il ne doit pas poser de questions, ou prendre l'initiative de choses issues de ce qu'il perçoit comme étant son intérêt personnel. Elles ont le double impact du contrôle et de la désapprobation.

Ces interprétations, si elles sont assimilées par le client dans le contexte d'avoir posé une question ou d'avoir tenté de prendre l'initiative de quelque chose, vont vraisemblablement saper ses sentiments appropriés d'autorité et de confiance.

Le refus de répondre à une question pour la raison que ce ne serait pas bon pour lui qu'une réponse soit donnée par le thérapeute est un exemple de l'usage par celui-ci du rôle et du statut de professionnel dans le cadre de la thérapie pour exercer le contrôle et l'autorité sur le client. C'est un refus de coopérer avec ce que le client ressent comme ce qui serait aidant ou son besoin du moment. Il s'agit de paternalisme – agir conformément à l'idée qu'on se fait de ce qui serait bon pour une autre personne sans son consentement éclairé ou contre ses désirs.

Le paternalisme qui consiste à dire : «Moi, le thérapeute, je sais, mieux que vous-même, ce qui est le mieux pour vous », est une expression de l'attitude directive et reflète le peu de confiance dans les capacités du client à découvrir sa propre voie et ses propres solutions. L'attitude non-directive, au contraire, exprime le sentiment que le client est le meilleur expert à propos de lui-même<sup>7</sup>.

L'attitude non-directive implique également le sentiment, chez le thérapeute, qu'il a la responsabilité, dans la relation thérapeutique, d'être attentif à et de protéger l'autonomie du client, son autodétermination et son autorégulation, en surveillant et en restreignant son pouvoir dans la situation thérapeutique.

L'attitude non-directive est une attitude omniprésente qui influence l'expression des attitudes thérapeutiques de base quand elles sont mises en œuvre par le processus de réponses de compréhension empathique et par les autres formes d'interactions que je vais examiner maintenant.

## **Les contributions du thérapeute en réponse aux questions du client**

Je réponds de manière directe et sans réticence aux questions posées par mes clients. Dans les relations personnelles ordinaires, nous répondons normalement aux questions qui nous sont posées selon notre envie et notre capacité à répondre. Même si notre envie personnelle est de ne pas répondre ou de ne pas faire l'effort de donner une réponse, notre courtoisie normale requiert un « accusé de réception » de la question et une explication et/ou une excuse pour le fait de ne pas répondre.

---

<sup>7</sup> La croyance que le client est le meilleur expert à propos de lui-même ne résulte pas d'un optimisme naïf et aveugle qui dénie que les personnes peuvent commettre de terribles erreurs à propos d'eux-mêmes. C'est une vision optimiste, mais fondée sur un grand nombre d'observations que dans des conditions de liberté, de sécurité et de compréhension, les personnes prennent des responsabilités, perçoivent clairement, utilisent bien les informations, et apprennent de l'expérience, avec le résultat qu'elles font des choix toujours meilleurs. La personne individuelle a, potentiellement, l'accès le plus total possible au moi, à travers la conscience et les processus de pensée et de sentiment/sensation. L'amalgame de tout cela tend à résulter, dans les conditions thérapeutiques, en une étonnante et véritable expertise.



Cette approche ordinaire des questions est basée sur la présomption de liberté des deux personnes (de poser des questions et de répondre ou de refuser de répondre) ainsi que sur la présomption d'égalité entre les personnes et le respect mutuel concomitant (en répondant ou en justifiant le refus de répondre).

Je pense que les mêmes valeurs s'appliquent à la relation thérapeutique. Peu importe que la réponse à la question du client soit signifiante pour lui, ou aidante de quelque manière que ce soit, le fait de traiter les questions avec respect (et par là, de traiter le client avec respect) contribue à la qualité de la relation telle qu'elle est expérimentée par le client. Cela réaffirme l'authenticité du thérapeute en tant que personne ainsi que son abstention d'exercer le pouvoir sur le client.

Je procède d'une certaine manière pour rendre claire l'interaction question/réponse entre mon client et moi et qui rend la connection entre cette forme d'interaction et le processus de réponses de compréhension empathique plus fluide.

Je m'engage d'abord dans le processus empathique pour clarifier la question. Je veux m'adresser à la question qui a réellement été posée et cela demande parfois de considérables « allers-retours » de clarifications entre mon client et moi. Deuxièmement, tout en répondant à la question, j'essaie d'explicitier la méthodologie et les sources d'information qui m'ont permis d'aboutir à cette réponse. Je veux partager les moyens que je mets en œuvre pour répondre et démystifier l'acte de répondre. Troisièmement, après avoir donné ma réponse, je demande au client : « Est-ce que cette réponse correspond bien à ce dont vous vouliez entendre parler ? » et « Avez-vous quelque réaction à la réponse que j'ai donnée ? ». Quatrièmement, les réponses du client à ces questions sont traitées comme n'importe quelle autre communication du client à propos de lui-même, c'est-à-dire par le processus de réponses de compréhension empathique.

Ces procédures semblent aider à l'intégration de la situation de question/réponse au processus de réponses de compréhension empathique même s'il s'agit d'une interruption dans le processus empathique puisque le thérapeute parle à partir de son propre cadre de référence.

Une conséquence de cette attitude ouverte, respectueuse et non-paternaliste envers les questions du client est que certaines séances ou parties de séances peuvent consister en apports du thérapeute ou en interactions entre le thérapeute et le client à propos de ce que le thérapeute a apporté.

Avec le temps, en utilisant cette approche des questions telle que je l'ai décrite, j'ai été surprise, mais gratifiée, d'apprendre de mes clients que ma manière de répondre aux questions n'avait pas été expérimentée comme directive ou en rupture avec mes attitudes d'acceptation et de compréhension. Il semble que mon engagement -et la consistance de mon ressenti- envers les attitudes thérapeutiques, ainsi que le fait de me sentir non-directive, conjointe à la circonstance que le client me pose des questions, a pour effet de transformer, ce qui pourrait autrement être expérimenté comme directif, en significations pour le client qui sont proches ou identiques à celles expérimentées quand nous sommes engagés dans le processus empathique. En d'autres mots, j'ai l'impression que les clients me ressentent comme congruente, acceptante et compréhensive empathiquement de manière aussi consistante quand je suis littéralement en train de donner des informations, d'expliquer quelque chose ou de révéler quelque chose de moi-même, ou, même, quand je donne mon opinion sur eux à partir de mon propre cadre de référence !

## **Aménagements consentis par le thérapeute**

Une autre expression de l'attitude non-directive qui résulte dans une forme d'interaction autre que le processus de réponses de compréhension empathique est ma réponse aux demandes de procédures spéciales ou d'aménagements. Je suis ouverte à l'aménagement des séances. Je n'exige pas d'avoir, du client ou de moi-même, l'assurance que l'aménagement sera aidant, ni même qu'il sera non-nuisible. Mon attitude est expérimentale et j'essaie de communiquer que j'ai la même attitude envers toute chose que le client demande, une fois que j'accepte d'y participer.

Voici le type d'aménagements qui m'ont été demandés: modifications de la durée ou de la fréquence des séances, agencements du cabinet de thérapie, usage du téléphone pour les séances, utilisation du thérapeute comme moniteur ou directeur, utilisation du thérapeute comme avocat, utilisation du thérapeute comme entraîneur ou instructeur, utilisation du thérapeute comme ressource, etc.

La rupture dans le processus de réponses de compréhension empathique qui a lieu lorsque des aménagements sont sollicités peut être minime ou importante. Si la rupture consiste par exemple à envisager une modification du cadre habituel des séances, la rupture sera probablement minime. Cependant, si l'aménagement consiste en une modification significative des actes que je suis appelée à poser dans les interactions avec le client (p.ex. une demande du client de surveiller dans sa conversation les thèmes qui dissipent son attention et de l'aider de manière directive à maintenir une expression plus centrée) l'examen de cette modification et le fait d'y avoir recours peuvent, tous deux, créer une rupture importante dans le pur processus de réponses de compréhension empathique.

Pendant ces années où j'ai fait des aménagements suite aux sollicitations de mes clients, je suis devenue consciente de certains critères qui déterminent implicitement si je coopère ou non. Ces critères sont : (1) Est-ce que je possède le savoir-faire, les capacités, les connaissances ou la compétence à un niveau adéquat ? (2) Ai-je ou non un réel intérêt pour fonctionner comme le client le demande ? (3) Ma situation personnelle et professionnelle permet-elle l'aménagement de manière réaliste ? (4) Que j'expérimente une compréhension claire de ce que le client demande, de quoi il s'agit et à quoi cela servira. (5) Que je me sente ouverte et que, si je me sens réservée, je sois capable d'être claire à ce propos et que je puisse le partager avec le client, (6) En général, que je me sente capable d'être honnête avec mon client lorsque je révèle mes sentiments à propos de l'aménagement ou de ce que j'expérimente au cours de celui-ci, (7) Une attitude expérimentale à propos de l'aménagement, qu'il puisse être évalué et modifié s'il ne convient pas à l'un ou à l'autre.

Avec le temps, ces critères sont devenus plus conscients et plus explicites dans mes réactions aux demandes d'aménagements émanant des clients. Mais qu'ils soient explicites ou implicites, ils exigent du thérapeute de se connaître, de connaître ses sentiments et d'expérimenter un haut degré de congruence dans la relation.

Mais il est important de relever que, parmi mes critères ne se trouve pas celui de juger si l'aménagement pourra être aidant ou non. Si mon client sollicite mon opinion sur ce point, et si j'en ai une, je la lui donne. Bien sûr, si l'aménagement était, de mon point de vue, contraire à la déontologie ou destructeur, j'examinerais ce point avec mon client et je n'accepterais

probablement pas cet aménagement. Ce point est important parce qu'il reflète, je crois, le partage du contrôle de la thérapie avec le client et l'attitude non-directive.

## **Les pensées, sentiments et réactions du thérapeute introduits à son initiative**

La mise en œuvre des valeurs de l'approche centrée sur le client et des attitudes thérapeutiques à travers la création et le maintien du processus de réponses de compréhension empathique a, je crois, des effets de croissance sur le thérapeute. L'expérience, sur un certain laps de temps, de la compréhension empathique du client cultive, chez le thérapeute, une discipline à travers laquelle il perd la tentation de dévier de ce processus.

L'effet à long terme de la compréhension empathique sur le thérapeute semble inclure un renforcement et un développement des attitudes thérapeutiques, du respect pour le client et de l'attitude non-directive. J'ai observé en moi-même une diminution de la tentation de m'écarter de l'attention empathique envers mon client par des ruminations ou des spéculations à propos de lui. Il me semble que la discipline et la pratique de la compréhension empathique influence progressivement la conscience et le désir du thérapeute lorsqu'il s'engage dans le processus, client après client.

Je ne pense pas à mes clients, ne spécule pas, ne m'inquiète pas ou ne fais pas de diagnostic à leur propos quand je suis avec eux ou entre les séances. Un client peut venir à mon esprit, occasionnellement, en dehors des séances. Et je peux avoir un moment où je me demande comment il agit, étant donné le problème ou la tâche à laquelle il est en train de faire face. Il me vient aussi parfois des images affectueuses de clients entre les séances, mais elles sont passagères. Il y a des exceptions occasionnelles à ce que je dis, mais elles sont rares. En général, la relation à mes clients se fait presque entièrement dans la connexion empathique, pendant les séances avec eux. Et je me concentre sur le fait de les comprendre empathiquement durant le temps que nous passons ensemble.

Il y a, cependant, des occasions où **je prends l'initiative** des réponses issues de mon propre cadre de référence et que j'exprime à mes clients. Ces réponses, de toute évidence, ne sont pas des réponses de compréhension empathique. Elles sont issues de mon propre cadre de référence, et elles ne sont pas des réponses à des demandes ou des questions de mon client. Elles se produisent à l'intérieur ou surgissent hors du contexte du processus de réponses de compréhension empathique .

Il y a deux types de réponses non-empathiques dont je prends l'initiative et dont je suis devenue consciente – les réponses émanant de sentiments persistants et les réponses spontanées.

## **Réponses émanant de sentiments persistants**

Cette catégorie de réponses introduites à l'initiative du thérapeute et qui sont issues de son cadre de référence interne trouve son origine dans l'expérience que le thérapeute fait d'un sentiment persistant qui n'est ni empathique ni acceptant dans le contexte du processus de

réponses de compréhension empathique. Ce sentiment persistant peut commencer à susciter, chez le thérapeute, un sentiment d'incongruence dans la relation thérapeutique.

Un exemple d'un tel sentiment persistant est la situation où le thérapeute est conscient de ressentir de l'agacement ou de la contrariété envers le client, et ces sentiments augmentent occasionnellement dans certaines séances. Le thérapeute prête une attention plus profonde à ces sentiments et remarque qu'ils augmentent en réaction à ce qui semble être des insinuations dans les remarques du client. Le thérapeute réalise qu'il a interprété cette perception d'insinuations comme un subterfuge de critique à son égard, et c'est pourquoi il est contrarié. Mais le stimulus, à y regarder de plus près, est ambigu. Le client peut être en train de ressentir ou d'exprimer des critiques envers le thérapeute, ou quelque chose d'autre peut provoquer l'apparence d'insinuations.

Je réponds à ce type de sentiments persistants de la manière suivante : (1) Je demande au client l'autorisation de partager quelque chose que j'ai ressenti. (2) J'explique les sentiments de manière directe mais avec prudence, délicatesse. J'essaie d'être claire et honnête à propos des sentiments, et prudente quant à mon interprétation selon laquelle le client est en train d'exprimer des critiques envers moi. (3) Je demande au client ce qu'il ressent à propos de mes réactions et de mon interprétation. (4) Toutes les réponses de mon client à mes questions deviennent l'objet de mon attention empathique et je m'oriente pour répondre empathiquement. Les discussions qui peuvent s'ensuivre dépendent de la réaction de mon client à ce que je lui ai révélé.

Cette catégorie de réponses introduites à l'initiative du thérapeute et fondées sur des sentiments persistants est examinée par Rogers (1980b, p.2158). Le point de vue que le thérapeute devrait se sentir libre de parler à partir de son propre cadre de référence en réponse à des sentiments persistants est avalisé par l'aveu de Rogers que c'est sa propre pratique. Il présente ce type de réponses comme un correcteur de l'incongruence du thérapeute dans la relation lorsqu'il expérimente des sentiments non-empathiques ou non-acceptants envers l'un de ses clients.

En plus d'être un correctif pour l'incongruence, l'expression de sentiments persistants est un correctif au fait de ne pas comprendre empathiquement. Si le thérapeute fait l'expérience des attitudes thérapeutiques à un haut niveau et si dans ce contexte, ces autres sentiments émergent avec une certaine persistance, alors, c'est que quelque chose qui n'a pas encore été compris empathiquement, doit être exprimé.<sup>8</sup>

Une raison importante, d'après moi, d'exprimer un sentiment persistant qui se trouve en dehors des paramètres de l'empathie est de **comprendre davantage**. Je ne suis pas en train de faire l'hypothèse qu'il serait thérapeutique pour le client d'explorer cette expérience problématique du thérapeute. C'est probablement bon pour le thérapeute (que ce soit bon ou non pour le client) parce que le fait d'exprimer le sentiment persistant résultera vraisemblablement en une clarification des sentiments du client pour le thérapeute et ramènera vraisemblablement celui-ci vers l'empathie en ce qui concerne la situation de départ. En exprimant ses sentiments, le thérapeute a créé la possibilité de comprendre sa

---

<sup>8</sup> Dans le contexte de la compréhension empathique, des réponses de contrariété et de trouble vis-à-vis des clients ne se produisent simplement pas, même si le matériel fourni par le client provoquerait, dans mon propre cadre de référence, de la contrariété ou un trouble. Donc, un sentiment de contrariété ou de trouble me signale une défaillance dans ma compréhension empathique ou une compréhension empathique incomplète.

propre expérience dans la situation. Il rétablit la congruence et se libère afin de retourner vers une interaction de réponses de compréhension empathique non troublée.

## Les réponses spontanées

Cette catégorie de réponses introduites à l'initiative du thérapeute sont faites spontanément (p.ex. sans avoir été examinées en détail auparavant) à propos du client, au client, dans le contexte du processus empathique et elles n'ont pas été suscitées, comme la catégorie précédente, par des sentiments persistants. Je pense que cette catégorie peut être ce à quoi Rogers se réfère dans son article (1986) qui présente son entrevue avec « Jan » et qu'il nomme les réponses « intuitives ».<sup>9</sup>

Les réponses spontanées semblent ne se produire que dans le contexte d'une relation de longue durée avec un client. Dans mon cas, elles n'émergent pas dans la ou les premières séances avec un client. Elles se produisent quand le processus de réponses de compréhension empathique est en cours et qu'il a développé en moi un sens très fort et riche des sentiments du client, de ses attitudes, de ses idées et de sa situation.

Les réponses spontanées émergent aussi lorsque le client a préalablement posé certaines questions ou sollicité des aménagements. J'ai également expérimenté le client comme étant capable de très bien me comprendre et avec exactitude. C'est-à-dire que le client a été capable de saisir le sens des réponses – plus spécifiquement celles qui provenaient de mon propre cadre de référence - quand je les lui ai faites. Les malentendus ne se sont pas développés dans ma relation avec ce client.

Les interruptions du processus empathique ne se produisent pas souvent dans mon travail. Quand cela arrive, j'ai tendance à prendre en considération ces pensées, sentiments et réactions après la séance pour évaluer s'ils sont pertinents pour la compréhension empathique ou ma relation avec mon client. Je les mets généralement de côté, pendant la séance, et focalise à nouveau mon attention sur le client. Mais cette catégorie de « réponses spontanées » fait référence à des interruptions que j'exprime, sans beaucoup de réflexion préalable. Ces réponses comprennent des réactions d'évaluation (p.ex. : « c'est horrible »), des interprétations, l'intégration de matériel examiné précédemment avec du matériel actuel, le fait de procurer des exemples de ma propre imagination ou issus du souvenir que j'ai du matériel fourni par le client, des révélations personnelles qui servent d'illustrations aux propos du client, des révélations personnelles qui contrastent avec les propos du client, etc.<sup>10</sup>

Il me semble que lorsque j'ai exprimé des réponses que je mets dans la catégorie des « réponses spontanées », elles possédaient, d'un point de vue personnel subjectif, certaines qualités. Ces qualités sont les suivantes. D'abord, les pensées, sentiments ou réactions sont pertinentes par rapport à l'ordre du jour des objectifs que le client a communiqué précédemment ou, plus souvent, durant la séance en cours. Mais elles peuvent ne pas être pertinentes par rapport à ce que le client vient juste d'exprimer. Bien qu'en général ce ne soit pas le cas, elles peuvent modifier le sujet. Ce ne sont pas des réponses de compréhension

---

<sup>9</sup> Je ne nomme pas ces réponses « intuitives » parce que ce mot implique que ces réponses ont une validité ou sont correctes pour le client et parce que le terme implique une connaissance qui n'a pas été saisie par la perception ou le raisonnement.

<sup>10</sup> Voy. Annexe B pour un exemple de réponses spontanées issues de la quarantième séance avec une jeune femme qui souffre d'une maladie physique chronique.

empathique, des résumés ou des questions pour clarifier. Elles constituent une rupture dans le processus empathique et son minutieux suivi empathique du client.

Deuxièmement, les pensées, sentiments et réactions qui deviennent des réponses spontanées possèdent, selon moi, la qualité d'être importantes pour le client. C'est le sentiment que le client serait très intéressé de connaître ce qui émerge en moi. Cela ne signifie pas que mes impressions soient justes. Je suis en train de décrire les qualités subjectives des réponses spontanées telles que je les expérimente parfois quand je les formule. Ces réponses –ou en tout cas certaines d'entre elles- semblent être en même temps comme des *insights* pour le client. Troisièmement, elles ont généralement la qualité de réactions spontanées. Ce ne sont ni des idées auxquelles j'ai réfléchi ni des ruminations que j'aurais eues durant la séance. Elles semblent venir à moi soudainement dans le contexte de l'écoute et de l'empathie.

Avant d'exprimer une réponse spontanée, je dis généralement à mon client que j'ai une pensée ou une réaction qui pourrait être intéressante pour lui et je lui demande la permission de l'exprimer. Et après avoir exprimé toute réponse de ce type, je demande au client si j'ai été claire, s'il a une quelconque question et quelle est sa réaction. Ces procédures autour des réponses spontanées permettent au client de s'orienter à l'intérieur de quelque chose qui n'est pas de la compréhension empathique et me permettent de découvrir certains des effets sur le client de ce que j'ai exprimé.

La plupart des réactions des clients avec qui j'ai exprimé des réponses spontanées sont favorables à ce type de réponses. Les clients expriment souvent un sentiment d'appréciation à propos du fait que j'ai partagé mes réactions. Ils semblent en retirer un sentiment d'assurance que je suis ouverte, franche envers eux.

En terme d'utilité des réponses spontanées, il y a des variations. Pour une grande part, les clients soit acceptent ma pensée, mon sentiment ou ma réaction comme directement aidant pour la compréhension d'eux-mêmes, soit comme directement empathique dans l'attitude, et ce même si ce n'est pas en rapport immédiat avec ce qu'ils viennent d'exprimer. Une autre réponse de mes clients relative à la question de l'utilité consiste en une sorte de réaction différenciée. Dans ce cas, le client niait la véracité ou l'exactitude de ce que j'exprimais à son propos, mais cela semblait stimuler une prise de conscience personnelle plus exacte ou plus proche de la réalité. Donc, pour la plus grande part, mon impression est que quand j'ai exprimé des réponses spontanées à mes clients, elles ont été utilisées de manière constructive. Elles semblent également contribuer à favoriser chez mes clients une perception de mon authenticité et de mon désir d'être aidante.

Je suis explicite et franche en écrivant sur les «réactions spontanées», mais je me sens mal à l'aise en écrivant à propos de ce type de réponses parce que je crains d'être mal comprise.

Je ne voudrais pas être comprise comme justifiant ce type de réponses en thérapie centrée sur le client. Je ne voudrais pas donner l'impression de recommander ce type de réponses. Je ne voudrais le recommander à personne, pas même à moi-même. Je ne sais pas s'il perdurera ou non dans ma pratique. J'ai fait l'expérience de les laisser se produire à certains moments. Les réponses spontanées, que ce soit clair, ne sont ni délibérées, ni intentionnelles. Je ne pense pas qu'elles puissent être intentionnelles. L'intention créerait un autre phénomène.

Je suis mal à l'aise en écrivant à propos de ces réponses spontanées parce qu'elles vont fondamentalement à l'encontre de ma conception conservatrice de l'approche centrée sur le

client dans laquelle je place une grande emphase sur – et que je subordonne au- processus de réponses de compréhension empathique, comme mise en application des attitudes thérapeutiques. Mais, avec le temps, ces réponses spontanées ont progressivement émergé dans ma pratique et je me suis donnée l'autorisation de les laisser émerger. A tel point que je sens qu'elles doivent être citées comme forme de réponses qui existent dans mes thérapies. Cela, même si elles ne sont pas si fréquentes et qu'elles ne se produisent parfois pas du tout avec certains clients.

## Résumé

J'espère avoir donné au lecteur une idée suffisamment claire des caractéristiques principales de mon travail centré sur le client avec des clients individuels. Et j'espère avoir donné quelques idées des raisons théoriques qui justifient ces caractéristiques. Je regrette de ne pas avoir fourni d'exemples, autres que ces quelques-uns, des formes d'interactions autres que le processus empathique qui se présentent dans ma pratique. Je n'avais simplement pas le temps d'écouter les bandes enregistrées pour sélectionner des exemples. C'est une chose que je prévois pour une prochaine version de cet article.

Les caractéristiques principales de ma pratique qui ont été examinées sont : (1) Ma conception des objectifs et de leur réalisation, (2) L'emphase sur et la prépondérance du processus de réponses de compréhension empathique comme mise en pratique de la théorie de la thérapie – avec les clients qui sentent qu'ils ont des problèmes et qu'ils ont besoin d'aide, qui sont capables et qui ont la volonté de parler d'eux-mêmes (3) Les formes de mises en œuvre des attitudes qui constituent une rupture dans le processus de réponses de compréhension empathique. Le rôle de l'attitude non-directive est examinée. Les formes qui ne relèvent pas du processus de réponses de compréhension empathique sont : les contributions du thérapeute en réponse aux questions du client, les aménagements consentis par le thérapeute, les réponses introduites à l'initiative du thérapeute qui sont de deux types – réponses consécutives à des sentiments persistants et réponses spontanées. (4) Les conditions relatives à l'usage de ces formes et certaines procédures à propos de ces formes sont également examinées.

## ANNEXE A

**C :** Je pensais l'autre nuit que je me sentais très cafardeuse, et je pensais que, peut-être, j'aimerais que ma mère soit là comme elle l'était avant parce qu'elle était en quelque sorte rassurante quand j'étais malade et elle aurait fait certaines petites choses, préparé certains plats spéciaux comme de la crème ou autre chose, et ç'aurait été rassurant qu'elle soit près de moi.

**T :** Mm... Mm...

**C :** Et bien sûr je sais qu'elle ne peut plus être comme cela ... Je ne sais pas tout ce que cela signifie, mais pendant une minute je pensais que vraiment elle me manquait et c'est comme si j'avais besoin d'une mère et que pourtant ( ) c'est impossible.

**T :** Mais même si c'est concrètement impossible, le sentiment était ... « Mon Dieu ! Elle me manque, j'aimerais tellement qu'elle soit là pour s'occuper de moi ».

**C :** Mm... Mm...

**C :** Pourtant, en même temps, je pensais... bien, un peu plus tard ( ) peut-être ce n'est pas de ça que j'ai besoin, c'est peut-être plutôt d'une sorte de ... compagnie plus adulte, d'une certaine façon, plutôt que d'une mère. Mais j'avais besoin de quelque chose, ou de quelqu'un.

**T :** Vous n'étiez pas vraiment sûre si vous aviez besoin de quelqu'un qui vous maternait... ou si vous aviez besoin d'une relation plus adulte.

**C :** Et puis dans un autre sens, je sentais, eh bien...(soupir) peut-être je dois traverser cela toute seule.

**T :** C'est peut-être sans espoir de vouloir que cela se passe dans une relation avec quelqu'un... peut-être je dois être seule.

**C :** Mm...Mm... La chose qui m'a déconcertée cette semaine est que... eh bien, je me sens mieux au niveau physique... comparé à la semaine dernière. J'ai parlé ( ) et j'ai comme lié amitié, avec mon médecin, ce qui me fait me sentir mieux (rires) donc nous ne sommes pas en train de nous battre gentiment sans rien dire et je pense que j'ai plus confiance dans mon ( ). J'ai lu un article à ce propos qui disait que c'est très difficile de diagnostiquer donc je ne retiens plus ça contre lui. Mais il pense qu'il doit être sûr. C'est comme cela et donc il me donne des rayons X et j'ai peur parce que je sens qu'ils doivent être sûrs que ce n'est pas un cancer et cela me terrifie vraiment.

**T :** Mm... Mm... C'est « Si c'est vraiment cela, je me sens si seule ».

**C :** Et c'est vraiment une solitude terrifiante parce que je ne sais pas qui pourrait être avec vous dans un ( ).

**T :** C'est cela que vous dites ? « Est-ce que quelqu'un peut être avec vous dans une peur et une solitude pareilles ? »

**C :** (Pleure)

---



**T :** Ca fait tellement mal !

**C :** Je ne sais pas comment ce serait s'il y avait quelqu'un tout près sur qui je sentirais que je pourrais... que je pourrais comme m'appuyer contre. Je ne sais pas si cela me permettrait de me sentir mieux ou pas. C'est comme si je pensais qu'il fallait grandir à l'intérieur de soi, ( ) se maintenir debout. Vous pouvez juste ( ) cela prendra deux semaines avant qu'ils sachent. Est-ce que cela aiderait d'avoir quelqu'un tout près ? Ou est-ce que c'est quelque chose avec quoi vous devez être intensément seule ? Je me sentais comme cela cette semaine, juste atrocement, atrocement toute seule.

**T :** Mm... Mm... C'est le sentiment d'être comme terriblement seule, presque dans tout l'univers et de se demander si...

**(C :** Mm... Mm...)

**T :** Si même..., si même quelqu'un pourrait aider, si cela pourrait vous aider d'avoir quelqu'un sur qui vous appuyer ou pas, vous ne savez pas.

**C :** Je suppose que c'est fondamentalement un problème que vous devez affronter. Je veux dire, vous ne pouvez simplement pas le faire avec quelqu'un d'autre, vous ne pouvez pas prendre quelqu'un avec vous dans vos sentiments, et pourtant, ce serait plus confortable, je suppose, de ne pas être seule.

**T :** Ce serait sûrement bien de pouvoir prendre quelqu'un avec vous sur une bonne partie du chemin qui mène à l'intérieur de vos sentiments de solitude et de peur.

**C :** Je pense que c'est ce qui m'arrive tout de suite.

**T :** C'est peut-être ce que vous ressentez juste à l'instant.

**C :** Et je pense que c'est confortable.

**C :** Et je suppose que le sentiment que j'ai maintenant c'est, et bien, je suis probablement en train de regarder la partie la plus noire de cela et que ce n'est peut-être pas vraiment nécessaire... je peux juste prendre le temps de me rassurer et puis tout cela sera sans importance.

**T :** Mm...

**C :** Bien que ce soit quelque chose que je n'oublierai pas, j'en suis sûre (rires).

**T :** Mmm...

## ANNEXE B

**C :** Je fais cela... Je pense à ce genre de choses tout le temps... Et je m'assieds et je pense...  
« Pourquoi fais-tu cela ? », « Pourquoi est-ce que tu penses même à cela ? »

**T :** Que vous avez des motivations aussi compliquées... (**C :** Oui) ... Et vous vous demandez pourquoi vous pensez à vous de cette façon. (**C :** approuve)... Mm...Mm...

**C :** C'est un cercle vicieux.

**T :** ... J'ai une hypothèse... seriez-vous intéressé ? (**C :** confirme d'un hochement de tête)  
C'est une spéculation à propos de comment cette sorte de suspicion à propos de vous-même s'est développée... La question est... Pourquoi vous êtes suspicieux à propos de vous-même? (**C :** C'est ça !)... L'hypothèse que je me fais est la suivante... c'est que là vous avez eu une maladie qui est en dehors de votre contrôle... C'est un fait... Et vous avez eu de la souffrance... Et différents désagréments... Et c'était dangereux pour vous...(C : confirme d'un hochement de tête) Et quelle est le sentiment humain naturel dans une telle situation ? ... C'est de vouloir avoir le contrôle... Et donc, vous avez commencé à vous examiner minutieusement ainsi que les événements et vous avez presque voulu que...

**C :** Je vois ce que vous voulez dire.

**T :** D'avoir comme la sensation d'avoir le contrôle au lieu d'être seulement la victime.

**C :** Je comprends... Ca fait sens.

**T :** ... Pensez-vous que cela pourrait...(C : Oui, c'est comme...) être l'origine, comment ça a été généré ? ... Vous n'étiez pas en train d'essayer de vous faire quelque chose à vous-même, vous étiez (C : C'est ça !)... en train d'essayer d'avoir le contrôle et donc de lire...

**C :** Donc, en dessous de tout cela, le fond serait ... Oui...Je m'attribue du pouvoir à moi-même comme cela au moins cela signifierait que j'ai le contrôle (**T :** Mm...) ... Je vois ce que vous voulez dire... (**T :** Mm...Mm...) Oui... Ca ressemble plus à moi-même ... au moi que je connais vraiment et en qui j'ai confiance. (Pause)... Je suis en train de penser à toutes ces choses que je viens de réaliser. (**T :** Oui) ... (**C :** rires)...Je ressentais que j'étais... pour une fois je me sentais ... en croissance. Mais j'ai toujours la vulnérabilité en moi... Mais, profondément, je sais que ça va aller. Il y a quelque chose de très profond que je ...

**T :** Quelque chose fait son chemin, une plus grande confiance en vous ? (**C :** Mm...Mm...) A un autre niveau ? (**C :** Oui).

---

## **BIBLIOGRAPHIE**

**Bozarth, J.D. and Brodley, B.T.** (1986) The core values and theory of the person-centered approach. A paper presented at the First Annual Meeting of the Association for the Development of the Person-Centered Approach. International House, Chicago.

**Brink, D.C.** (1987) The issues of equality and control in the client or person-centered approach. *Journal of Humanistic Psychology* 27, 27-37.

**Raskin, N.** (1947) The nondirective attitude. Unpublished paper.

**Raskin, N.** (1948) The development of non-directive therapy. *Journal of Counseling Psychology*. 12, 92-110.

**Rogers, C.R.** (1957) The necessary and sufficient condition of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*. 21, 95-103.

**Rogers, C.R.** (1980a) *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.

**Rogers, C.R.** (1980b) Client-centered psychotherapy. In H.I. Kaplan and B.J. Sadock, (Eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.

**Rogers, C.R.** (1984) A discussion group titled "A conversation with Carl Rogers" at the Second International Forum on the Person-Centered Approach in Norwich, England.

**Rogers, C.R.** (1986) Client-centered therapy. In J.C. Kutash and A. Wolf, (Eds.) *Psychotherapist's casebook: theory and technique in practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

**Temaner, B.S.** (1977) The empathic understanding response process. Chicago Counseling Center Discussion Paper.