

INTRODUCTION

Questionnements et hypothèses motivant notre étude

Question 1

Dans notre société du début du 21^{ème} siècle, nous constatons qu'au sein du « peuple psy » il existe une très grande pluralité de différentes écoles psychothérapeutiques. Pourquoi ?

Notre hypothèse centrale

La prolifération au fil du temps de différentes approches psychothérapeutiques se fonde en 1^{er} lieu sur l'affirmation de diverses conceptions de l'homme. En fonction de celles-ci, il s'ensuit une multitude de différentes théories de la santé, et par là de différentes méthodes d'intervention. Cela ne signifie pas pour autant que les diverses mouvances doivent s'opposer au niveau de ce qu'elles considèrent toutes comme étant leur raison d'être essentielle : rendre possible un changement thérapeutique.

Partant du principe que les diverses mouvances se différencient les unes des autres, avant tout parce que chacune est préoccupée à défendre une valeur fondamentale bien spécifique (différente d'une mouvance à l'autre), il est largement envisageable d'imaginer que les praticiens des diverses mouvances se rejoignent néanmoins sur un point capital : les conditions essentielles à un changement psychothérapeutique.

Question 2

S'il existe bel et bien des conditions susceptibles d'être transversalement reconnues comme étant essentielles à un changement psychothérapeutique, comment pourrions-nous nous y prendre pour les identifier ?

Notre hypothèse de travail

En prenant comme modèle la théorie des « 6 conditions nécessaires et suffisantes » de Carl Rogers et en examinant d'une part les triptyques théoriques qui définissent la ligne de conduite de praticiens de 5 grandes écoles psychothérapeutiques (5 courants majeurs différents), et d'autre part les dégagements métacognitifs que ces praticiens élaborent indépendamment de leur ligne de conduite d'appartenance, il doit être possible de :

- vérifier le degré auquel le postulat de Carl Rogers se trouve (ou non) transversalement validé par les praticiens des susdites écoles;
- déterminer s'il n'y aurait pas un consensus parmi les praticiens des susdites écoles quant à d'autres conditions qui pourraient additionnellement être considérées comme étant déterminantes à un changement thérapeutique.

Nous consacrons notre chapitre 1 à nommer nos sujets d'étude en accord avec notre questionnement, tout en indiquant comment nous comptons les articuler entre eux. Afin de clarifier au mieux la démarche méthodologique que nous avons retenue, nous consacrons ensuite notre chapitre 2 à préciser les caractéristiques essentielles des sujets d'étude ainsi nommés.

CHAPITRE I

Vue d'ensemble des quatre sujets sur lesquels notre étude se portera, et de la trame méthodologique sur laquelle nous nous appuierons pour les articuler

Nous entendons conduire notre étude en fonction de quatre (4) sujets d'étude que nous passerons en revue ci-dessous de façon très sommaire, avant de les décrire de façon plus explicite et détaillée en Chapitre II. Ce que nous voulons faire au préalable dans le présent chapitre, c'est préciser le raisonnement qui nous anime et nous pousse à conduire notre étude de la manière que nous avons choisi – soit la trame méthodologique de notre étude.

Sujet d'étude # 1 : Le premier sujet d'étude que nous abordons, celui autour duquel toute notre étude se déclinera, concerne l'hypothèse de Carl Rogers selon laquelle, quelque soit l'approche psychothérapeutique employée, il y aurait **six conditions nécessaires et suffisantes à un changement psychothérapeutique constructif**. Afin de vérifier la véracité de cette hypothèse, nous entendons examiner les « discours » de cinq psychothérapeutes de renom appartenant chacun à une mouvance psychothérapeutique différente.

Les discours que nous entendons examiner sont de trois types différents, chacun faisant lien avec l'un des trois autres sujets d'étude sur lesquels notre étude se portera.

Sujet d'étude # 2 : Le deuxième sujet d'étude concerne le **triptyque théorique** par lequel toute mouvance psychothérapeutique se constitue. C'est ce triptyque qui va déterminer le premier discours que nous allons examiner, soit **le discours officiel** de la mouvance, celui qui détermine la ligne de conduite officielle que va adopter un praticien donné se situant dans une mouvance donnée. Nous verrons plus loin comment notre fondement constructiviste nous permet de considérer qu'un triptyque théorique ne fait en fin de compte que fournir les outils qui permettent à un praticien donné d'apprécier la problématique psychothérapeutique sous un angle spécifique.

Sujet d'étude # 3 : Le troisième sujet d'étude concerne les **dégagements métacognitifs** que chaque praticien élabore alors qu'il s'affaire dans sa pratique. Plus précisément, nous entendons nous focaliser sur **les discours officieux** que tiennent les psychothérapeutes par rapport à ce qui à leurs yeux représente les facteurs déterminants à un changement psychothérapeutique constructif et plus spécifiquement ceux qu'ils élaborent alors qu'ils se trouvent directement impliqués dans un accompagnement clinique. Il convient de signaler que les facteurs ainsi élaborés se situent parfois en dehors de la ligne de conduite à laquelle le praticien en question adhère officiellement. Ils en constituent l'aspect opératoire.

Sujet d'étude # 4 : Le quatrième sujet d'étude concerne le positionnement épistémologique (**constructivisme radical**) auquel nous faisons référence tout au long de notre étude pour expliciter comment d'une part le « peuple psy » se trouve confronté à une multiplicité de différentes approches psychothérapeutiques (se querellant souvent les unes par rapport aux autres), et d'autre part comment les praticiens de ces différentes approches arrivent néanmoins à s'accorder de façon significative sur les facteurs qu'ils considèrent déterminants à un changement psychothérapeutique constructif.

Le constructivisme radical est un positionnement épistémologique qui accorde une place prépondérante à la part de subjectivité qui intervient dans la manière dont nous rassemblons en un ensemble cohérent les données que nous recueillons dans notre champ perceptuel. Partant du fait que nous adhérons au principe constructiviste selon lequel toute connaissance est construite subjectivement, nous en déduisons tout logiquement qu'il concourt à l'élaboration des discours des praticiens que nous étudions (tant ceux officiels que ceux officieux), et ceci nous permet de fonder notre démarche investigatrice selon les hypothèses énoncées en introduction.

Il convient de signaler que ce principe nous paraît bien évidemment également à l'œuvre dans ce que nous considérons être **le troisième discours** sur lequel notre étude porte : notre appréciation quant à ce que les différents praticiens cités dans le mémoire considèrent comme étant les facteurs déterminants clés à un changement psychothérapeutique constructif.

Des 3^{ème} discours extrapolés : Si Carl Rogers a élaboré une hypothèse très explicite concernant ce qu'il estime être les facteurs déterminants à un changement psychothérapeutique constructif (sujet d'étude # 1), ce n'est pas le cas des quatre autres praticiens de renom dont nous examinerons les discours tout au long de notre étude. Pour chacun de ces autres praticiens, nous avons pris le parti d'extraire notre propre appréciation de ce qui nous paraissait constituer à leurs yeux les six facteurs les plus déterminants à un changement psychothérapeutique constructif, ceci afin d'obtenir un barème nous permettant de comparer les différentes approches entre elles sur un pied d'égalité. Cette façon de faire, même si elle abouti à une construction largement élaborée à partir de notre propre subjectivité, tire sa légitimité de ce qu'elle se fonde sur des données qui auront été minutieusement recueillies et analysées dans les sections précédentes de notre mémoire.

Le déroulement de notre étude Ce **chapitre I** ayant servi à énoncer la trame sur laquelle nous fondons notre démarche méthodologique, notre **chapitre II** pourra maintenant faire une description plus approfondie des quatre sujets d'étude précités pour que nos lecteurs puissent mieux les apprivoiser et mieux les situer dans leur contexte historique. Cela nous a paru être une préparation nécessaire à la bonne compréhension de ce que nous nous sommes appliqués à faire tout au long de notre étude.

Avec le **chapitre III** nous abordons l'étude proprement dite en commençant par expliciter nos choix en ce qui concerne les psychothérapeutes de renom que nous avons retenus.

Le **chapitre IV** constitue le cœur de notre étude.

Les **chapitres V et VI** regroupent notre analyse des résultats et l'incidence de celle-ci sur notre pratique psychothérapeutique, notamment en ce qui concerne la manière dont elle nous amène à concevoir notre pratique de manière personnalisée et multiréférentielle.

CHAPITRE II

Outils méthodologiques :

- a) *Une hypothèse portant sur les conditions déterminantes à un changement psychothérapeutique constructif servant de modèle de référence en vue de déterminer s'il existe un degré de consensus entre les différentes mouvances à ce sujet (plus spécifiquement selon les discours des praticiens sélectionnés).*
- b) *Une manière de décomposer en triptyques théoriques les discours officiels des différents praticiens dont nous allons examiner les exposés théoriques.*
- c) *Une manière de mettre en relief sous forme de dégagements métacognitifs les discours officieux que tiennent ces mêmes praticiens in situ, tels qu'ils nous les dévoilent au travers des études de cas qu'ils nous commentent.*
- d) *Un positionnement épistémologique (le constructivisme radical) permettant la conduite notre étude en disposant d'un fil rouge épistémologiquement cohérent.*

a) Les 6 conditions nécessaires et suffisantes pour que se produise un changement psychothérapeutique selon Carl R. Rogers

En 1957, Carl Rogers publia un article intitulé *Les conditions nécessaires et suffisantes à un changement de personnalité thérapeutique*¹. Dans cet article, en se basant sur une série d'études conduites sur plusieurs années de pratique, Rogers dégage l'existence de 6 conditions qui seraient essentielles pour que se produise un changement psychothérapeutique, quelle que soit l'approche utilisée pour tenter de rendre ce changement possible, soit :

1. **Le contact psychologique Thérapeute-Client** : une relation entre le client et le thérapeute existe ; dans cette relation, chacun des protagonistes (client et thérapeute) perçoit l'autre comme un être important à ses yeux.
2. **L'état d'incongruence ou la vulnérabilité du client** : le client est dans un état d'incongruence par rapport à ce qu'il vit ; il y a divergence entre son expérience (ce qu'il vit réellement) et ce qu'il peut en percevoir consciemment et en faire part à d'autres. De surcroît, cette incongruence l'angoisse et le motive à rester en relation.
3. **L'état de congruence ou l'authenticité du thérapeute** : le thérapeute est congruent à l'intérieur de la relation thérapeutique. Le thérapeute est lui-même profondément impliqué dans la relation qu'il entretient avec son client. Il ne joue pas la comédie. Il communique ce qu'il vit réellement (il fait preuve de transparence par rapport à ce qu'il vit dans la relation) ; il s'évertue à adopter une manière d'être en relation avec son client pleinement authentique.

¹ Rogers, C. R. (1957), *Les conditions nécessaires et suffisantes à un changement de personnalité thérapeutique*, *Journal of consulting psychology Vol. 21, n° 2*, Mc Graw Hill, New York

4. **La considération positive inconditionnelle du thérapeute** : le thérapeute accepte le patient (dans ce qu'il vit) inconditionnellement, sans jugements, approbation ou désapprobation. Cela permet au client de développer une meilleure estime de soi au fur et à mesure qu'il prend conscience d'expériences qui l'ont conduit jusque là, (à cause des jugements biaisés portés sur lui par d'autres), à développer pour lui-même une vision
5. **La compréhension empathique du thérapeute** : le thérapeute fait preuve d'une compréhension empathique du cadre de référence interne du client ; de surcroît, il parvient à lui communiquer cette compréhension. Plus le thérapeute réussit avec justesse à éprouver et à communiquer avec empathie ce qu'il perçoit du vécu de son client, plus ce dernier est capable d'apprécier à sa juste mesure la considération positive inconditionnelle que lui accorde son thérapeute.
6. **La perception du client** : le client perçoit, au moins à un degré minimal, l'empathie et la considération positive inconditionnelle que lui communique son thérapeute.

Nous conduirons notre étude en considérant comme acquis le fait qu'il existe un degré de consensus minimum parmi les grandes mouvances psychothérapeutiques quant à l'importance d'au moins certaines des conditions ainsi avancées par Rogers. Ce que nous chercherons à déterminer en premier lieu, c'est le degré de consensus transversalement accordé à chacune des conditions considérées individuellement. Nous chercherons ensuite à cibler au plus près le niveau de convergence qualitatif de ce consensus selon son degré d'inclusion simultané des six conditions. Enfin, nous déterminerons si des conditions additionnelles viennent, au grès des diverses approches, soit en modifier le caractère universel, soit l'enrichir et le porter au rang d'un modèle ayant un assise transversale plus élargie.

b) Le triptyque constitutif d'une approche psychothérapeutique selon Noël K. Salathé

Dans la préface du fascicule de formation CIFP, Noël Salathé (1992)² affirme que toute psychothérapie digne de ce nom se fonde immanquablement sur un triptyque constitutif, soit sur :

- 1) **Une conception de l'homme** : avant d'élaborer une théorie de la santé (et parallèlement une théorie de la psychopathologie), toute approche psychothérapeutique se doit en premier lieu de préciser la dimension anthropologique dans laquelle elle situe l'être humain et ses relations avec son environnement.
- 2) **Une théorie de la santé** : avant d'élaborer un système d'intervention (et parallèlement une déontologie et/ou un code éthique qui gouvernerait celui-ci), toute approche psychothérapeutique se doit au préalable de préciser le cadre dans lequel elle situe le bien-être et le mal-être des êtres humains dont elle propose de s'occuper.
- 3) **Une méthode d'intervention** : sur la base de la conception de l'homme qu'elle aura retenue et la théorie de la santé qui en découle, toute approche psychothérapeutique se doit d'élaborer un système d'intervention qui soit cohérent avec les 2 éléments précités.

² Salathé, N.:K. (1992), *Fascicule d'information au curriculum CIFP, préface section Gestalt-thérapie*, Paris

Avant de recueillir les dégagements métacognitifs des praticiens sélectionnés pour notre étude (Chapitre IV, sections e), nous nous employons tout d'abord à situer leur paradigme de référence. Ce faisant, nous espérons mettre en relief le fait que les psychothérapeutes conduisent leur pratique de deux différentes manières : soit strictement en fonction de leur école d'appartenance, soit au contraire de façon « hors-cadre » de référence, sur la base de facteurs élaborés en situation clinique à partir de ce qui leur est apparu *in situ* comme ayant joué un rôle déterminant à un changement psychothérapeutique.

c) **La Métacognition : dans le prolongement du point de vue constructiviste, la métacognition représente (entre autres) le processus cognitif par lequel un praticien se construit des métacognitions susceptibles d'améliorer l'efficacité de ses actions ultérieures (dégagements métacognitifs).**

Comment un individu est-il progressivement amené à se rendre compte de ce qu'il fait, comment peut-il évaluer sa prestation ou anticiper ses difficultés, comment gère-t-il ses régulations ? Comment un sujet contrôle-t-il et ajuste-t-il ce qu'il fait ? Voilà les questions qui situent le propos de la métacognition. La métacognition a été abordée en psychologie par PIAGET à la fin des années soixante-dix et est actuellement au centre des préoccupations des psychologues cognitivistes qui y voient un des éléments centraux pour la réussite d'une action.

La contribution de PIAGET : une approche développementale

Tel que rapporté sur le site UQAC, selon Goupil et Lusignan (1993), Piaget aurait développé une théorie du développement de l'intelligence où il a placé le sujet au cœur du processus; il en a fait l'acteur principal. Il suppose que le sujet construit sa connaissance au fil d'interactions incessantes avec les objets ou phénomènes. Il y aurait équilibration progressive, c'est-à-dire que des processus de régulations internes à l'œuvre (autorégulation) assureraient une meilleure adaptation de l'individu à son environnement. À cet égard, Piaget insiste sur le rôle du couple assimilation- accommodation : le premier permettant d'assimiler les nouvelles connaissances à celles déjà en place dans les structures cognitives, et le deuxième permettant une transformation des activités cognitives afin de s'adapter aux nouvelles situations. En outre, Piaget (1974) suppose différents niveaux ou stades de prise de conscience que le sujet-apprenant mène ou a menée. La prise de conscience étant une conceptualisation, il parle de la capacité de se représenter, de décrire les phénomènes ainsi que le déroulement de la démarche entreprise : saisie des moyens utilisés, justification de leur choix et/ou ajustements en cours de tâche. Piaget a également parlé d'abstraction réfléchissante. Posant l'existence d'un mécanisme de réfléchissement (réflexion sur le développement de la connaissance), Piaget est amené à déduire que le sujet acquiert la capacité de dégager les caractéristiques de ses actions et de ses processus cognitifs (ou abstractions réfléchissantes quand elles deviennent conscientes). (<http://wwwens.uqac.ca/~pminier/act1/contr.htm>, para *Approche Développementale*)

L'abstraction réfléchissante

Selon Piaget, une abstraction réfléchissante procède par deux étapes : un "réfléchissement" de l'action qui introduit des représentations d'un niveau supérieur à celui qui régulait l'activité avant cette abstraction, et une "réflexion" qui organise ces nouvelles représentations.

En ce sens, l'abstraction réfléchissante donne au sujet les moyens de porter un jugement critique, non plus seulement sur le résultat d'une action, mais davantage sur les mécanismes ou les stratégies qu'il a déployés pour la réaliser. De ce fait, ce mécanisme est un indicateur certain d'une activité métacognitive, car il démontre une mise à distance du sujet entre ce qu'il a produit et comment il a agi.

La contribution de BRUNER : une approche constructiviste - interactionniste

Tel que rapporté sur le site UQAC, s'inspirant de Piaget, BRUNER (1996) a proposé une théorie constructiviste de l'apprentissage, axée autour de l'idée d'un sujet actif qui construit de nouveaux concepts ou idées à partir des connaissances déjà en place (structure cognitive). Le sujet sélectionne et transforme l'information, élabore des hypothèses et prend des décisions, relie et organise le fruit de ce travail cognitif à sa structure cognitive (i.e. schémas, modèles mentaux). En 1996, Bruner a ajouté à sa théorie l'aspect socioculturel de l'apprentissage. Il met en avant l'importance de la maturation psychologique (stades de développement intellectuel), de la motivation intrinsèque et de la participation de l'élève dans un processus de découverte. Il insiste également sur la nécessité d'une structuration cohérente des connaissances pour favoriser le processus d'appropriation des savoirs. (<http://wwwens.uqac.ca/~pminier/act1/constr.htm>, para *Approche Constructiviste Interactionniste*)

Métacognition et contrôle

En psychologie cognitive, le concept de métacognition renvoie généralement à deux types de composantes. Le premier fait référence aux connaissances qu'un sujet a de ses propres connaissances. C'est la réponse à la question "Qu'est-ce que je connais ?". Le deuxième est lié aux processus de contrôle dont le sujet dispose pour autoréguler son action. C'est la réponse à la question "Comment est-ce que je m'y prends ?".

Par exemple, le fait pour un étudiant de se positionner face à ses propres régulations met bien en évidence la différence qu'il y a pour lui, entre faire une simple régulation de son activité (régulation faisant partie de l'activité elle-même) et celle de s'investir dans une autorégulation plus complexe, processus qui est nécessairement plus conscient et entraîne souvent la construction de métacognitions. On passe d'une dimension pragmatique dirigée vers la simple réussite de l'action à une dimension réfléchie, qui, bien que dirigée vers la réussite de l'action, prend en compte les facteurs métacognitifs qui concourent à sa réalisation. Cette prise de recul permet à l'étudiant de porter un regard critique sur sa façon de procéder, d'apprendre et de se contrôler. Cela lui donnera l'occasion de construire des métacognitions susceptibles d'améliorer l'efficacité de ses actions ultérieures.

En examinant à tour de rôles les différents « insights » élaborés par différents praticiens au travers de leurs activités métacognitives (les réflexions qu'ils nous livrent par leur « voix-off » ou leur « dialogue intérieur » au sens de VIGOTSKY) à propos des facteurs qui leurs paraissent essentiels à un changement thérapeutique, nous imaginons pouvoir relever un certain nombre de convergences d'une mouvance à l'autre par rapport à certains de ces facteurs, et ce même si ceux-ci ne paraissent pas forcément s'aligner avec le discours officiel d'une mouvance donnée.

d) Le Constructivisme Radical et ses concepts de base

Le Constructivisme Radical est un concept affirmant que notre vision du monde est une construction conceptuelle que nous sommes perpétuellement et activement occupés à échafauder ou à ajuster, afin d'obtenir ou préserver une façon d'être au monde aussi congruente que possible, avec la personne que nous sommes et les besoins qui nous caractérisent.

L'hypothèse de base du Constructivisme Radical

Selon Watzlawick & Nardone (Dir), (1997), l'hypothèse de base est que la réalité que nous percevons et à laquelle nous réagissons, pathologies et problèmes compris, est le fruit de l'interaction entre le point d'observation adopté, les instruments utilisés, et le langage dont nous nous servons pour communiquer ce que nous voyons.

Selon cette hypothèse, il n'existe donc pas de réalité vraie mais autant de réalités possibles qu'il y a d'interactions différentes possibles entre sujets et perceptions. De cette hypothèse découle que quelle que soit la condition que nous nous trouvons vivre, malade ou en bonne santé, ce sera le produit d'une relation active entre nous-mêmes et ce que nous vivons. En d'autres mots, "*chacun construit la réalité qu'ensuite il subit*". (Prologue, p. 9)

Réalités de 1^{er} et de 2^{ème} ordre

Selon Watzlawick & Nardone (Dir), (1997), le constructivisme radical est cette branche de l'épistémologie contemporaine qui s'intéresse aux processus par lesquels nous construisons nos réalités personnelles, sociales, scientifiques et idéologiques, pour ensuite les considérer comme étant *objectivement réelles*. Pour nous aider à comprendre le point de départ de tels processus, Paul Watzlawick nous enjoint à faire une distinction entre l'image de la réalité que nous recevons de nos sens (*ce qu'il nomme réalité de 1^{er} ordre*) et la signification que nous attribuons à ces perceptions (*ce qu'il nomme réalité de 2^{ème} ordre*). Pour schématiser, nous pourrions dire que les sciences biologiques se focalisent de manière raisonnablement équilibrée tant sur des observations perceptuelles (réalité de 1^{er} ordre) que sur des catégorisations faites après-coup (réalité de 2^{ème} ordre). Par contraste, nous pourrions dire que la psychologie étudie avant tout les hypothèses, convictions et croyances, éléments qui font intégralement partie de notre réalité de 2^{ème} ordre. (Chapitre 1 p. 30)

Le constructivisme radical est avant tout une façon de penser

Selon Watzlawick & Nardone (Dir), (1997), le constructivisme radical représente plutôt un cadre de référence hypothétique qui ne fait aucune hypothèse ontologique. Il ne prétend pas décrire une réalité absolue mais seulement les phénomènes de notre propre expérience. Le point de vue constructiviste dit seulement que l'on ne peut connaître de réalité indépendante de l'observateur (*précisons que ce point de vue est né de la physique avec le principe d'incertitude de Werner Heisenberg dès 1926*). Plutôt que d'avancer des propositions ontologiques, il suggère seulement une façon de penser, et fournit une analyse des opérations mentales qui génèrent une réalité à partir de l'expérience. (Chapitre I, p. 46-47)

Le seul monde qui nous importe est celui de notre expérience

Selon Ernst Von Glaserfeld cité dans Watzlawick & Nardone (Dir.), (1997), dans notre histoire des idées, l'épistémologie – étude de ce que nous savons et comment nous en venons à le savoir – a toujours été liée à l'idée que la connaissance doit être la représentation d'un monde extérieur ontologique. Le constructivisme procède sans cette condition et dit, au lieu de cela, que la connaissance doit être opératoire pour être adaptée à nos buts, et qu'elle doit s'harmoniser avec notre monde d'expérience, parce que c'est le seul monde qui nous importe. (Chapitre II, p. 46-47)

Les 4 principes fondamentaux du constructivisme radical selon Von Glaserfeld (1996) :

1. La connaissance n'est en aucun cas acquise de façon passive ; elle n'est acquise ni par les sens, ni par des moyens de communication.
2. La connaissance est activement construite par le sujet concevant (*cognizing subject*)
3. La fonction de la cognition est adaptive, dans le sens biologique du terme ; elle tend vers ce qui est opératoire ou viable.
4. La cognition permet au sujet d'organiser son monde expérientiel, et non pas la découverte d'une réalité ontologiquement objective. (traduction libre, p. 51)

Le dernier de ces 4 principes apparaît comme le plus difficile à accepter. Malgré la multitude d'idées brillantes qu'il avait sur les manières et moyens de construire conceptuellement, Kant (pour ne citer que lui) n'était néanmoins pas enclin à abandonner la recherche d'une vérité ontologique. Nombreux sont ceux qui rejettent les postulats du constructivisme radical apparemment mis par le même attachement. Il n'est apparemment pas aisément de considérer que l'intention de cette théorie de la connaissance, est d'être employée en tant qu'outil, et qu'il importe de la tester pour son utilité et non pas en tant que proposition métaphysique.

En conduisant notre étude à partir d'un point de vue constructiviste, nous ne sommes d'une part en rien étonnés que d'innombrables approches différentes se soient constituées au fil du temps. Nous partons du principe que, d'un praticien à l'autre, nous nous trouvons animés par des besoins différents, et par là enclins à privilégier des valeurs fondamentales distinctes l'une de l'autre. Selon notre point de vue, notre « monde psy » ne peut qu'être peuplé de doctrines et de méthodologies multiples, servant à prêter attention à des problématiques disparates à partir de prémisses tout aussi disparates.

D'autre part cependant, s'il est vrai qu'une vision du monde se doit d'être opératoire et que c'est essentiellement notre humanité qui prime, nous partons du principe que les fondements de cette humanité devraient pouvoir être perçus consensuellement par des praticiens d'allégeances psychothérapeutiques diverses. Même si nous sommes les uns et les autres occupés à construire nos réalités de façons différentes, il y a fort à parier que lorsqu'il s'agit des facteurs considérés comme étant déterminants à un changement thérapeutique, nous nous rejoignons les uns les autres sur quelques points de jonction clés. C'est cette hypothèse que nous nous proposons de vérifier au travers de cette étude. Nous espérons que l'originalité de notre étude reposera sur le fait d'imaginer que des praticiens très fortement impliqués dans leur travail en arrivent, par le biais de dégagements métacognitifs longtemps mûris, à repérer les mêmes facteurs essentiels au changement thérapeutique nonobstant le discours officiel qu'ils tiennent.

CHAPITRE III

- a) Critères de sélection de praticiens*
- b) Biographies résumées des praticiens sélectionnés*
- c) Séquences méthodologiques de l'étude*

a) Critères de sélection de praticiens

En faisant nos sélections, nous n'avons pas tenté d'être neutres. L'essentiel pour nous était de sélectionner des praticiens hautement compétents et reconnus comme tels par leurs pairs, se positionnant légitimement dans les mouvances auxquelles nous les avons associés, ces mouvances faisant partie des grandes catégories reconnues comme telles dans le domaine de la psychothérapie.

Notre avons finalement décidé de nous focaliser sur 5 approches majeures soit :

- L'Approche de la Reality Therapy de William Glasser (approche cognitivo-comportementale)
- L'Approche Interpersonnelle de Harry Stack Sullivan (approche psychodynamique)
- L'Approche Existentielle de Irvin D. Yalom (approche humaniste)
- L'Approche Collaborative de Harlène Anderson (approche systémique)
- L'Approche Centrée-sur-la-Personne de Carl Rogers (approche humaniste)

Alors que notre idée première était de nous focaliser sur 4 approches uniquement, une pour chacune des 4 grandes mouvances psychothérapeutiques, nous avons finalement décidé d'inclure une 2^{ème} approche humaniste, soit l'Approche Centrée-sur-la-Personne (l'approche de Carl Rogers, auteur de l'hypothèse que nous cherchons à vérifier), ceci dans le but de pouvoir la comparer aux autres approches sélectionnées.

Nous sommes conscients du fait que tous les praticiens « têtes-de-liste » que nous avons sélectionnés sont américains. Et à quelques exceptions près, les praticiens suppléants sont eux aussi américains. Parmi les exceptions notoires nous avons sélectionné Frieda Fromm-Reichmann et Eric Fromm, tous deux allemands d'origine, ayant néanmoins l'une comme l'autre émigré aux Etats-Unis où ils y ont conduits leurs carrières professionnelles. Nous sommes également conscients du fait que les praticiens « têtes-de-liste » que nous avons sélectionnés présentent tous « un penchant humaniste » en plus de leur mouvance de prédilection. Irvin Yalom représente quant à lui un humaniste à penchant psychodynamique.

Il est clair que nous avons été influencés, entre autres, par notre vision du monde, par nos propres valeurs fondamentales, et par le lien que nous ressentons le besoin d'entretenir avec notre pays natal. Nous avons également choisi de sélectionner des praticiens qui ont produit un volume important d'écrits sur leurs métacognitions.

Nous n'avons pas cherché à sélectionner des caricatures du genre. Notre but n'est pas de démontrer qu'il y a une convergence sans failles entre tous les praticiens de mouvances diverses.

Il serait plutôt de démontrer qu'un praticien donné, appartenant à une mouvance donnée, peut très vraisemblablement retenir, comme étant essentielles au changement psychothérapeutique, les mêmes conditions qu'un collègue d'une autre mouvance. Nous posons le postulat que cela est de l'ordre du possible (voire même du probable) et nous nous proposons de vérifier cela en nous intéressant aux apports théoriques ainsi qu'aux métacognitions des praticiens que nous avons sélectionnés.

b) Biographies résumées des praticiens sélectionnés

- En porte-parole de l'école de psychanalyse interpersonnelle (mouvance psychodynamique), nous avons sélectionné **Harry Stack Sullivan** et **Frieda Fromm-Reichmann** (avec comme praticiens suppléants **Torey Hayden** et **Erich Fromm**).

Harry Stack Sullivan (1892-1949) est un personnage méconnu de la psychanalyse américaine. Pourtant, Sullivan est l'initiateur d'une théorisation inspirée de la psychanalyse, qui met en avant les aspects interpersonnels dans le développement de l'individu. Dans la tradition de Locke, et un peu à l'exemple du behaviorisme, Sullivan s'est appliqué à démontrer combien les expériences relationnelles et culturelles déterminaient la personnalité des individus.

Frieda Fromm-Reichmann (1889-1957) fut une psychiatre allemande contemporaine de Sigmund Freud. Afin d'échapper aux Nazis, Fromm-Reichmann est allée brièvement en Alsace Lorraine, puis en Palestine (aujourd'hui Israël). Elle a enfin immigré aux États-Unis en 1935, où elle accepta un poste de suppléant psychiatre à Chestnut Lodge à Rockville, MD. Elle finit par y rester et c'est là qu'elle rencontra Harry Stack Sullivan, son professeur et mentor qui eut une énorme influence sur sa vie et son travail.

Torey Hayden est née le 21 mai 1951 dans le Montana. Elle est pédopsychologue et écrivaine. Tour à tour enseignante spécialisée auprès d'enfants en grande difficulté psychologique, assistante à l'université, coordinatrice de recherche et consultante pour le traitement des enfants victimes de sévices, elle s'est spécialisée dans le domaine du mutisme sélectif. Elle a été, dans les années soixante-dix, une pionnière dans l'étude de ce phénomène psychiatrique peu étudié à l'époque. Elle a réalisé ce travail de recherche principalement à l'université du Minnesota à Minneapolis, pour en présenter les conclusions lors de la conférence nationale de *l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* en 1978. Bien que ne se réclamant formellement d'aucune allégeance spécifique, nous avons choisi d'associer Torey Haden à la mouvance interpersonnelle, tant les notions conceptuelles sur lesquelles elle s'appuie pour conduire sa pratique, nous paraissent fortement correspondre à cette mouvance.

Erich Fromm (1900-1980) a eu un parcours professionnel assez particulier et malgré la fréquentation de personnages marquants il a su garder jalousement sa propre voie. Fuyant la montée du nazisme en Allemagne, il émigre aux États-Unis où il rejoint Sullivan, Horney et le groupe des psychanalystes Interpersonnels auxquels il refusera pourtant d'être associé, arguant de l'originalité de sa critique sociale.

En fait, bien que ses travaux aient des affinités avec ceux des culturalistes, Fromm refusera toujours les étiquettes et les asservissements à un groupe. Il élaborera autant une critique de la psychanalyse classique, que des penseurs tels Marcuse et Reich, considérés plus proches de lui.

- En porte-parole de la Reality Therapy (mouvance cognitivo-comportementale), nous avons sélectionné **William Glaser**.

William Glasser psychiatre américain né à Cleveland en 1925, est le fondateur de la Reality Therapy et de la Théorie du choix. Sa notoriété vient du fait qu'il a su développer une théorie de cause à effet pour expliquer le comportement humain. Ses idées qui se concentrent sur le choix personnel, la responsabilité personnelle et la transformation personnelle sont considérées controversées par les psychiatres traditionnels, qui se concentrent plutôt sur la classification des syndromes psychiatriques, et qui prescrivent souvent des médicaments psychotropes comme traitement de la maladie mentale.

Le Dr. Glasser est aussi renommé pour avoir utilisé ses théories afin d'influencer une plus large part de nos sphères sociales comme l'éducation, le management, le mariage, et récemment pour la promotion de la santé mentale comme enjeux de santé publique, pour en nommer quelques unes. En dernier lieu, mais non le moindre, il s'est fait remarquer pour avoir mis en garde le grand public quant aux dangers inhérents à la pratique de la psychiatrie et de la psychothérapie.

- En porte-parole de l'école existentielle (mouvance humaniste), nous avons sélectionné **Irvin D. Yalom**.

Irvin D. Yalom est un psychiatre américain né dans une famille juive en 1931, à Washington DC. Il s'engage dans des études de médecine en se tournant tout de suite vers la psychiatrie. Après l'obtention de son diplôme de l'université de médecine de Boston et pour se perfectionner, il continue jusqu'en 1956 d'être interne à l'Hôpital du Mount à New-York, puis jusqu'en 1960 à la Clinique Phipps de l'Hôpital de Johns Hopkins à Baltimore. Après deux ans de service militaire à l'Hôpital Général Tripler d'Honolulu, à Hawaï, le Dr. Yalom débute sa carrière d'universitaire à la faculté de Stanford en Californie. Il est nommé Professeur Assistant en 1963, puis titulaire en 1968. Dès lors, il commence rapidement à conduire des thérapies de groupe et à élaborer sa théorie de Psychothérapie Existentielle.

- En porte-parole de l'Approche Centrée-sur-la-Personne (mouvance humaniste), nous avons sélectionné **Carl R. Rogers** (avec comme suppléants **Dave Mearns, Brian Thorne et Godfrey T. Barrett-Lennard**).

Carl Rogers (1902-1987) est un psychologue humaniste américain. Il a surtout œuvré dans le champ de la psychologie clinique. Son Approche Centrée sur la Personne (ACP) met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient.

Dave Mearns, Brian Thorne et Godfrey T. Barrett-Lennard sont, parmi les successeurs de Rogers, ceux qui se sont le plus intéressés à la question de dynamique de pouvoir Thérapeute-Client, thème qu'ils ont grandement contribué à approfondir.

- En porte-parole de l'Ecole Collaborative (mouvance systémique), nous avons sélectionné **Harlène Anderson** (avec comme suppléants **Peggy Penn** et **Susan Levin**)

Harlène Anderson est une psychologue américaine. Avec le Dr Harold A. Goolishian (1924–1991), elle a développé une approche de thérapie dite *collaborative* et *postmoderne*. Elle est reconnue comme un chef de file dans le domaine du mariage et de la thérapie familiale pour ses contributions théoriques, ainsi que pour ses pratiques novatrices en formation. L'approche collaborative, d'abord développée pour une utilisation en thérapie familiale, s'est avérée très utile dans une variété d'autres domaines dits systémiques, dont l'organisation des entreprises, l'enseignement supérieur et la recherche.

Peggy Penn est un membre superviseur (anciennement directrice de formation) de l'Institut Ackerman de Thérapie Familiale à New York.

Susan B. Levin est directrice et membre de la faculté L'Institut Galveston à Houston. Elle est aussi membre adjointe de la faculté de l'université Notre Dame du Lac à Houston, participant en tant que formatrice au sein de son cursus de maîtrise en psychologie.

c) Séquences méthodologiques de notre étude

Les prémisses sur lesquelles nous avons choisi de la conduire étant clairement posées dans les chapitres I et II, il convient maintenant de préciser les séquences méthodologiques de notre étude en 4 étapes, comme suit :

- **Le descriptif des triptyques conceptuels constitutifs des 5 écoles étudiées**
Notre chapitre IV se décline en 5 sous-sections. Nous nous employons en 1^{er} lieu à poser, pour chacune des écoles sélectionnées, le triptyque qui constitue sa spécificité (**sous sections (a), (b) et (c)**). Ce faisant, nous posons aussi les valeurs fondamentales auxquelles chacune des susdites écoles paraît être particulièrement attachée, et que les praticiens adhérant à l'une ou l'autre s'emploient, respectivement, à défendre.
- **Le recueil des données métacognitives qui se dégagent d'études de cas ciblées**
En 2^{ème} lieu, nous nous employons à repérer puis à citer des extraits d'études de cas qui nous paraissent particulièrement pertinents à notre étude (**sous sections (d)**). Pour finir, nous nous appliquons à mettre en évidence, les réflexions qui portent sur les conditions que les praticiens concernés considèrent comme étant déterminantes, pour que se produise un changement thérapeutique constructif, en extrapolant pour chaque approche six points clés (**sous sections (e)**). (Exception faite bien évidemment pour l'ACP pour qui la sous section (e) se focalise sur un thème largement approfondi par les successeurs de Carl Rogers).
- **L'analyse des convergences (et/ou la mise en relief des apports additionnels)**
Dans le chapitre V, et ce en fonction de notre hypothèse de travail, nous nous employons ensuite à analyser la signification des données ainsi recueillies, puis à les répertorier en un ensemble cohérent.
- **L'élaboration d'un modèle complexe personnalisé**
Dans le chapitre VI, nous nous employons à faire état de l'impact pragmatique que notre étude aura eu sur notre manière de concevoir / mettre en œuvre notre pratique personnelle.

CHAPITRE IV A – Reality Therapy

William Glasser

Au tout début du petit manuel (*Reality Therapy - A new Approach to Psychiatry*) qui décrit les concepts de base de son approche originale, Glasser (1965) nous fait remarquer qu'avant que nous puissions comprendre quelque traitement que ce soit, il convient d'abord d'avoir une idée générale, à propos de ce que les psychiatres traitent. Il pose la question suivante : "Qu'est-ce qui ne va pas chez les nombreuses personnes qui ont besoin d'une aide psychiatrique ?" (Page 5, traduction libre)¹ C'est par rapport à la réponse qu'il apporte à cette question que son approche se décline.

a) Sa conception de l'homme

- Deux besoins psychologiques essentiels**

Pour le Dr. Glasser, ce qui caractérise l'être humain avant toute chose c'est le fait qu'il soit un être social impliqué obligatoirement, dans une existence nécessitant qu'il nourrisse prioritairement 2 (deux) besoins psychologiques essentiels et vitaux. C'est le degré par lequel il réussit à combler de façon satisfaisante ces 2 besoins, qui fonde son identité à l'intérieur de la société dans laquelle il vit.

Quels sont donc ces besoins fondamentaux qui retiennent l'attention si soutenue du Dr. Glasser ?

Pour le Dr. Glasser, les besoins physiologiques de nourriture, de chaleur et de repos ne sont que très rarement le souci des psychiatres. La psychiatrie doit par contre, se soucier de 2 besoins fondamentaux bien précis : "le besoin d'aimer et d'être aimé d'une part, et le besoin de se sentir utile et/ou d'avoir de la valeur pour nous-mêmes et les autres". (Page 10, traduction libre)²

Ayant défini en toute simplicité le souci prioritaire de la psychiatrie, il n'est pas étonnant que le Dr. Glasser détermine tout aussi facilement comme suit, l'objet de la Reality Therapy : aider les patients à satisfaire ces 2 besoins fondamentaux.

Selon le Dr. Glasser, depuis notre naissance jusqu'à nos vieux jours, nous avons besoin d'aimer et d'être aimé. Tout au long de nos vies, notre santé et notre bonheur vont dépendre de notre capacité en ce sens. Le fait d'aimer et de permettre d'être aimé n'est pas suffisant ; nous devons pouvoir jouir des deux. Si nous ne pouvons satisfaire notre besoin total d'amour, nous allons inévitablement réagir en développant un symptôme psychologique usuel, pouvant se manifester par un léger inconfort, ou pouvant aller jusqu'à des manifestations plus lourdes telles que l'angoisse et la dépression, voire jusqu'à la perte de contact avec le monde qui nous entoure.

Le besoin de se sentir utile et/ou d'avoir de la valeur pour nous-mêmes et les autres est tout aussi important que le besoin d'amour.

^{1 & 2} Glasser W. (1965), *Reality Therapy: A new approach to psychiatry*, Harper & Row, New York

Bien que les 2 besoins soient distincts, une personne qui aime et qui est aimée estimera le plus souvent qu'elle est une personne de valeur, et une personne qui estime qu'elle a de la valeur est d'habitude une personne qui est aimée, et qui est capable de réciproquer en donnant de l'amour.

- **La clé qui permet la satisfaction des besoins fondamentaux**

A partir du moment où l'on admet cette prémissse quant à ces 2 besoins fondamentaux, se pose une question cruciale : comment nous y prenons-nous pour les satisfaire ?

Pour le Dr. Glaser l'élément clé qui permet à une personne de satisfaire ses besoins fondamentaux, c'est sa capacité à être impliquée avec les autres, avec au moins une personne mais de préférence avec plusieurs. Selon le Dr. Glasser, à tout moment dans notre vie nous devons avoir au moins une personne qui se soucie de nous et pour qui nous nous soucions. Si nous n'avons pas cette personne essentielle, nous ne pourrons satisfaire nos besoins fondamentaux.

Bien que cette personne ait en général un lien direct avec nous, telle une mère avec son fils ou un professeur avec son élève, elle ne doit pas forcément être particulièrement proche de nous, pour autant que nous ayons une forte sensation quant à son existence, et qu'en ce qui concerne son rapport à nous, qu'il soit proche ou lointain, qu'elle ait réciproquement une sensation tout aussi forte quant à notre existence. Cette autre personne doit de surcroît posséder une autre caractéristique essentielle : "*elle doit elle-même être en contact avec la réalité et savoir comment satisfaire ses propres besoins fondamentaux dans le monde*" (Page 7, traduction libre)³. Nous reviendrons sur ce thème dans la section suivante, de façon à comprendre plus précisément la pleine portée de cette affirmation.

Pour le Dr. Glasser, sans cette personne clé à travers laquelle nous acquérons la force et l'encouragement nécessaire pour faire face à la réalité, nous serions amenés à chercher à satisfaire nos besoins fondamentaux par des moyens peu réalistes. Ce faisant, nos efforts seront accompagnés par une forme ou l'autre des diverses manifestations appartenant à la panoplie des symptômes psychosomatiques les plus usuels, allant de l'anxiété légère au déni total de la réalité.

Le Dr. Glasser en conclut que ce qui est essentiel à la satisfaction de nos désirs c'est le fait pour nous d'être impliqué avec une personne, de préférence même avec un groupe de personnes, avec qui nous nous trouvons émotionnellement impliqués depuis le moment où nous naissons jusqu'au moment où nous mourrons.

b) Sa théorie de la santé

- **Une seule et unique difficulté sous-jacente à la plupart des difficultés psychologiques**

Revenons à la question posée en début de section : qu'est-ce que les psychiatres essayent de traiter ? Qu'est-ce qui ne va pas avec l'homme se trouvant en hôpital psychiatrique qui prétend être Jésus, avec l'adolescent qui fait de multiples passages en écoles de redressement parce qu'il a volé 38 voitures ?

³ Glasser W. (1965), *Reality Therapy: A new approach to psychiatry*, Harper & Row, New York

Qu'est-ce qui ne va pas avec la femme qui a sans cesse des maux de tête débilitants, avec l'enfant qui refuse d'apprendre à l'école et qui dérange toute la classe avec des crises de colères, avec l'homme qui refuse une promotion parce qu'il a peur de voler, avec le chauffeur de bus qui soudainement devient fou et conduit son car à 50 kilomètres de sa destination prévue en prenant une route extrêmement dangereuse ?

Face à cette question, Glasser pose une question quelque peu surprenante, du moins en ce qui concerne sa 2^{ème} partie : ces comportements très divergents les uns des autres indiquent-ils des problèmes psychiatriques bien distincts nécessitant des explications multiples, ou pourraient-ils être l'expression d'une seule et unique difficulté sous-jacente ?

La réponse qu'apporte Glasser à cette question constitue l'affirmation fondamentale de son approche – une réponse qui lui a valu d'être à l'époque du moins (le début des années 60) très controversé dans le milieu psychiatrique : "Nous pensons que quelque soit la manière par laquelle il exprime son problème, celui qui requiert un traitement psychiatrique souffre d'une insuffisance fondamentale : il est incapable des satisfaire ses besoins essentiels" (page 5, traduction libre)⁴. La sévérité du symptôme reflète le degré auquel l'individu est incapable de satisfaire ses besoins. Personne ne peut expliquer exactement pourquoi une personne exprime son problème par un ulcère d'estomac, alors qu'une autre a peur de prendre un ascenseur, mais quelque soit son symptôme, celui-ci disparaît lorsque les besoins de la personne sont satisfaits avec succès.

- **La caractéristique que tous les patients ont en commun**

Selon Glasser, il s'agit de reconnaître de surcroît que le problème psychiatrique est non seulement la manifestation de l'incapacité de la personne à satisfaire ses besoins, mais qu'aussi irrationnel ou inadéquat que nous puissions trouver son comportement, celui-ci à un sens pour la personne. Son comportement reflète en réalité, sa capacité de faire dans une situation inconfortable, voire misérable. Ce comportement ne reflète rien d'autre que sa tentative de résoudre sa variante particulière du même problème fondamental affectant tous les patients psychiatriques : l'incapacité à satisfaire ses besoins. "En définitive, au travers des efforts inefficaces qu'ils déploient pour tenter de satisfaire leurs besoins, quelque soit le comportement qu'ils choisissent, tous les patients ont une caractéristique en commun : ils nient la réalité du monde qui les entoure" (Page 6, traduction libre)⁵.

La question qui suit logiquement ce constat est la suivante : qu'est-ce qui peut bien pousser ou contribuer à ce qu'une personne en arrive à nier la réalité ? Selon Glasser, quand une personne éprouve des difficultés à satisfaire ses besoins fondamentaux d'une manière réaliste, elle tentera de les satisfaire (de manière inefficace) en ayant recours à des moyens moins réalistes.

La capacité à satisfaire nos besoins fondamentaux n'est pas une aptitude innée. C'est une aptitude qui doit s'apprendre, de préférence au cours de notre petite enfance.

^{4 & 5} Glasser W. (1965), *Reality Therapy: A new approach to psychiatry*, Harper & Row, New York

L'aptitude à satisfaire nos besoins doit débuter dans notre petite enfance, et continuer tout au long de notre vie. Si nous échouons dans cet apprentissage, nous allons inévitablement souffrir, et cette souffrance nous poussera peu ou prou à utiliser des moyens peu réalistes pour satisfaire nos besoins. Une personne qui en tant qu'enfant n'apprend pas à aimer et à recevoir de l'amour peut passer le reste de sa vie à essayer d'aimer sans succès.

Si nous n'apprenons pas à satisfaire nos besoins, nous en souffrirons toute notre vie ; plus nous apprenons jeune et pleinement, plus notre vie sera satisfaisante.

Cependant, même si nous apprenons à un jeune âge à satisfaire nos besoins plus ou moins bien, nous ne restons pas forcément capables de ce faire tout au long de notre vie. De temps en temps dans nos vies à tous, le monde dans lequel nous vivons et nos situations spécifiques changent, ce qui nous confronte à la nécessité de réapprendre à satisfaire nos besoins, dans des conditions et parfois face à des adversités très différentes. Mais que nous apprenions à les satisfaire lorsque nous sommes jeunes ou plus tard, il importe que nous restions impliqués avec un entourage. Cet entourage se compose au départ de notre mère et de notre père. Plus tard, il se compose de nos amis, nos professeurs, nos enfants, et enfin nos petits-enfants. Quoiqu'il en soit, il doit toujours subsister quelqu'un avec qui nous sommes intimement lié. Si à un quelconque moment de notre vie ce lien est brisé, très rapidement nous deviendrons incapables de satisfaire nos besoins. On peut dire ainsi que toutes les personnes qui ont un problème psychiatrique sérieux sont à ce moment là dépourvu d'un lien adéquat avec quelqu'un d'autre- et étant dépourvu de ce lien, ils sont incapables de satisfaire leurs besoins.

- **La responsabilité**

La responsabilité, un concept central en Reality Therapy, est définie par le Dr. Glasser comme étant "*la capacité à satisfaire nos besoins, et à le faire d'une manière qui ne prive pas les autres de leur prérogative à satisfaire les leurs*" (Page 15, traduction libre)⁶.

Une personne responsable est de surcroît une personne qui fait des choses qui lui donnent un sentiment d'estime de soi, ainsi qu'un sentiment qu'elle a de la valeur aux yeux des autres. Elle se sent motivée à faire des efforts et parfois même à endurer quelques privations pour se forger son estime de soi. Quand un homme responsable s'engage à accomplir quelque chose pour nous, il va s'empresser de l'accomplir d'une part pour nous, mais aussi pour lui-même, de façon à nourrir son estime de soi. Une personne irresponsable accomplira ou non la tâche en question en fonction de comment il se sent, l'effort qu'il doit produire, et/ou du bénéfice qu'il perçoit pouvoir en retirer pour lui-même. Il n'obtient ni notre respect, ni le sien, et tôt ou tard il souffrira ou amènera d'autres personnes à souffrir.

L'acquisition de la responsabilité est une chose compliquée, le souci de toute une vie. Bien que nous soyons habités par les mêmes besoins toute notre vie durant, des besoins qui s'ils restent non satisfaits nous amèneront à souffrir, nous ne sommes pas naturellement habilités à les satisfaire.

⁶ Glasser W. (1965), *Reality Therapy: A new approach to psychiatry*, Harper & Row, New York

Si la capacité à satisfaire ses besoins faisait autant partie de l'homme que les besoins qui l'habitent, il n'y aurait pas de problèmes psychiatriques. C'est une capacité qui doit être apprise et cultivée.

Selon Glasser, la psychiatrie n'est pas directement concernée par ceux qui ont appris à mener des vies responsables. La psychiatrie est par contre concernée par ceux qui n'ont pas appris, ou qui ont perdu cette capacité – ceux qui remplissent nos hôpitaux psychiatriques et nos prisons, ainsi que ceux qui viennent nous voir dans nos cabinets. Ces personnes, Glasser y réfère comme représentant des personnes irresponsables. Il dit "*nous entendons par « irresponsable » une personne qui, pour tenter de satisfaire ses besoins, adopte un comportement inadéquat et/ou irréaliste*" (Page 16, traduction libre)⁷.

En résumé, le Dr. Glasser affirme que notre santé psychologique découle de notre capacité à être responsable, une aptitude qui s'apprend à travers des liens étroits que nous entretenons avec d'autres êtres responsables, de préférence des parents aimants capables de nous donner de l'amour, de nous inculquer de la discipline, et de se montrer suffisamment intelligents, pour nous accorder la liberté dont nous avons besoin pour expérimenter notre responsabilité nouvellement acquise, dès que nous nous montrons prêts à le faire. C'est par rapport au scénario « de préférence » indiqué ci-dessus, que le Dr. Glasser définit la psychothérapie comme "*représentant l'apprentissage particulier qu'une personne peut tenter, dans le but d'accomplir en un laps de temps relativement court et intense, ce qui normalement aurait dû s'accomplir durant la période où l'enfant devient adulte*". (Page 24, traduction libre)⁸.

c) Sa méthode d'intervention

• Les 3 phases de la Reality Therapy

La méthode d'intervention que préconise le Dr. Glasser et qui fonde la philosophie spécifique au processus qui régit la Reality Therapy comprend trois phases distinctes, phases qui restent néanmoins intimement interconnectées :

- 1) En 1^{er} lieu, il y a l'implication du psychothérapeute ; celui-ci doit réussir à devenir tellement impliqué avec le patient, que ce dernier pourra commencer à faire face à la réalité. C'est ce lien important qui donnera au patient « les armes » dont il aura besoin pour progressivement se rendre compte du côté irréaliste de ses comportements.
- 2) En 2^{ème} lieu, le psychothérapeute devra rejeter les comportements irréalistes de son patient.
- 3) Dans la 3^{ème} et dernière phase, nécessaire à des degrés variables selon les patients, le psychothérapeute devra s'appliquer à accompagner son patient, de façon à ce que ce dernier découvre de meilleures manières pour satisfaire ses besoins, ceci en fonction d'un cadre de réalité clairement appréhendé.

Selon le Dr. Glasser, la phase la plus difficile de la méthode qu'il préconise est sans nul doute la 1^{ère}, celle au cours de laquelle il s'agit d'établir le lien interpersonnel étroit dont le patient a si désespérément besoin, mais qu'il n'a pas au préalable réussi à établir ou maintenir au moment où il vient consulter.

^{7 & 8} Glasser W. (1965), *Reality Therapy: A new approach to psychiatry*, Harper & Row, New York

A moins que n'existe ce lien indispensable, entre le psychothérapeute obligatoirement responsable et le patient irresponsable, il ne peut y avoir de psychothérapie. Les principes fondateurs de la Reality Therapy sont élaborés de façon à établir l'implication nécessaire, soit une relation interpersonnelle humaine et totalement honnête, telle que pour la toute 1^{ère} fois de sa vie, le patient réalise que quelqu'un s'intéresse à lui non seulement en l'acceptant complètement, mais aussi en étant disposé à l'aider de façon à ce qu'il puisse mieux satisfaire ses besoins dans la vraie vie.

La question qui se pose bien évidemment est la suivante : comment convient-il que le psychothérapeute s'y prenne pour établir ce lien interpersonnel si déterminant, avec les meilleures chances de réussite ?

- **Les 4 qualités particulièrement indiquées pour un praticien de Reality Therapy**

Le Dr. Glasser admet qu'il est particulièrement difficile de cerner les divers éléments pouvant contribuer à une réussite à ce niveau. Il suggère néanmoins que si le psychothérapeute réussit à faire preuve d'un certain nombre de qualités humaines, ses chances de réussite seront plus grandes. En ce sens, il conçoit les 4 qualités décrites ci-dessous, comme étant particulièrement indiquées pour toute personne voulant être un « Reality Therapist » :

- 1) Le thérapeute doit être une personne très responsable – aguerrie, intéressée, humaine et sensible. Il doit être capable de satisfaire ses propres besoins et être disposé à parler de ses propres combats – de façon à ce que le patient puisse se rendre compte qu'il est tout à fait possible de se comporter de manière responsable, même si c'est parfois difficile.
- 2) Le thérapeute doit toujours être fort, jamais expédient. Il doit être capable de résister aux demandes que lui adressent ses patients pour obtenir sa sympathie, des sédatifs, etc. Il doit savoir résister à la tentation qui consisterait, à faire entendre à son patient que ses comportements irréalistes seraient justifiés de quelque manière que ce soit, ceci même face à d'éventuelles menaces et/ou aux diverses implorations que ce dernier pourrait être tenté de lui adresser. Il doit pouvoir montrer qu'il ne sera jamais disposé à admettre le bien-fondé d'un acte irresponsable de la part de son patient, et de surcroît il doit être disposé à voir son patient souffrir s'il estime que cela va l'aider à devenir plus responsable. Par conséquent, pour pratiquer 'la Reality Therapy', nous avons besoin de beaucoup de force : non seulement de celle nécessaire pour satisfaire nos propres besoins, mais également de celle nécessaire pour résister face aux patients qui tenteront de nous faire admettre que leur irresponsabilité est justifiée, tenant compte de leurs circonstances particulières. Nous devons être prêts à renvoyer nos patients à la réalité à laquelle ils ne peuvent échapper, quels que soient leurs efforts pour ce faire.
- 3) Le thérapeute doit avoir une connaissance et une fine compréhension de ce que peut vivre une personne qui se trouve isolée ou différente, du fait de ne pouvoir satisfaire ses besoins d'une manière adéquate. Les patients, reconnaissant une personne qui accepte, qui comprend et qui en même temps ne se montre pas décontenancée face à leurs difficultés, auront tendance à rapidement vouloir établir le lien interpersonnel étroit dont ils ont tellement besoin.

- 4) En dernier lieu, le thérapeute doit être capable de devenir émotionnellement impliqué avec chaque patient. Jusqu'à un certain point, il doit être affecté par le patient et ses problèmes et même souffrir avec lui. Le thérapeute qui peut travailler avec des personnes irresponsables et ne pas être affecté par leurs souffrances, ne pourra jamais suffisamment s'impliquer pour réussir à conduire une thérapie (Glasser, 1965)⁹.

Au cours de la 2^{ème} phase du processus, l'essentiel pour le thérapeute est de confronter son patient aux conséquences de ses comportements irresponsables. Il s'agit de faire en sorte que le patient ne puisse plus éviter de faire face à ce qu'il fait et d'en prendre l'entièr responsabilité. Ainsi confronté par son thérapeute, le patient n'a plus l'occasion de trouver la moindre excuse pour ses comportements irréalistes. Le patient se trouve finalement face à quelqu'un qui le considère assez, pour rejeter les comportements qui ne lui seront pas utiles à la satisfaction de ses besoins.

A ce stade du processus de Reality Therapy, nous sommes bien plus concernés par les comportements que par les attitudes. Une fois que nous sommes impliqués avec le patient, nous commençons à pointer les aspects irréalistes de son comportement. Si un patient souhaite affirmer que sa conception de la réalité est adéquate, nous devons bien-sûr être prêts à entendre ses opinions, mais nous ne devons pas oublier de lui signifier que nous nous sentons davantage concernés par son comportement que par son attitude.

Au fur et à mesure que nous glissons dans la 3^{ème} phase du processus, celle dans laquelle nous nous efforçons de contribuer à quelque chose susceptible d'aider nos patients à mieux satisfaire leurs besoins, nous nous trouvons de plus en plus régulièrement appelés à confronter nos patients à la question suivante : comment cette action vous aidera-t-elle à satisfaire vos objectifs ?

- **Toujours établir le lien entre un comportement et son utilité pour contribuer à satisfaire les besoins fondamentaux**

Dans cette 3^{ème} phase, nous nous intéressons à, et nous parlons volontiers de tous les aspects de la vie actuelle du patient. Tout en reliant ces discussions autant que possible à son comportement, nous évoquons ses intérêts, ses espoirs, ses peurs, ses opinions, et en particulier ses valeurs. Nous lui demandons de partager ses points de vue sur ce qui est juste et ce qui est mal. Nous nous intéressons à lui en tant que personne ayant un grand potentiel, et pas seulement en tant que patient ayant des difficultés à résoudre.

Nous nous efforçons à l'ouvrir à la vie, à parler de nouveaux horizons, à examiner l'étendue de ses intérêts, à le rendre conscient de la vie au-delà de ses difficultés. Quoi que ce soit dont deux personnes puissent parler ensemble apporte de l'eau au moulin pour le processus thérapeutique : la politique, le théâtre, les livres, les films, le sport, les finances, la santé, le mariage, le sexe et la religion, sont tous des sujets potentiels. Les sessions qui ne portent pas directement sur les difficultés du patient ne représentent pas du temps perdu, pour autant qu'elles relient le patient à son appartenance au monde et à sa possibilité d'y faire face.

⁹ Glasser W. (1965), *Reality Therapy: A new approach to psychiatry*, Harper & Row, New York

Lorsque les valeurs, les normes de comportement et la responsabilité sont en arrière plan, toute discussion/conversation est pertinente. Inversement, insister sur la nécessité d'être responsable de façon artificielle, sans référence à un contenu palpable, est tout à fait inutile.

Au fur et à mesure que le patient prend de plus en plus la responsabilité de ses comportements et parvient à satisfaire ses besoins, nous nous intéressons davantage à ses projets. Nous lui demandons comment il entrevoit son avenir, s'il a un objectif, et s'il en a un, comment il envisage pouvoir le réaliser. La thérapie arrive à son terme pour un patient lorsque ses comportements s'avèrent responsables de façon de plus en plus constante, lorsqu'il se sent capable d'aimer et de recevoir de l'amour et lorsque l'estime de lui-même est confirmée par celle que lui témoigne son entourage.

d) Ses dégagements métacognitifs

En parcourant les divers récits de cas cliniques dont nous fait part le Dr. Glasser (1965), quelques unes de ses réflexions ont retenu notre attention plus particulièrement, notamment :

- Réflexions autour du cas de Rob (1965 : page. 44) ¹⁰

(Rob, 19 ans, vient consulter le Dr. Glasser parce qu'il est en échec scolaire, se sent déprimé, se plaignant amèrement que sa situation à la maison est des plus déplorables)

Nos conversations ne touchaient à rien de dramatique. C'étaient des discussions candides entre deux personnes, l'une ayant des problèmes à résoudre parce qu'il était irresponsable, l'autre étant une personne responsable intéressée à l'aider à résoudre ses problèmes. Au cours de ces discussions, je lui ai parlé de mes premières années à l'université, ce que je faisais, où j'avais échoué, où j'avais réussi, et ce que j'avais appris au cours de ce processus. Je ne me mettais pas dans ses souliers et je ne me montrais pas condescendant. Je lui disais tout simplement, le plus honnêtement possible, ce qui m'était arrivé et comment j'étais arrivé où j'étais. Il était intéressé et apprécia mon ouverture et mon partage chaleureux. Le degré d'implication augmenta et au fur et à mesure qu'il augmentait, je me mis à lire ses dissertations, à parler de ses devoirs, et à passer en revue ses examens. J'ai également suggéré qu'il essaye de voir son beau-père, qu'il apprenne à le connaître et à comprendre son point de vue, en appréciant les problèmes auxquels il devait faire face, ayant à prendre en charge une famille avec deux beaux-fils jaloux. Selon ma suggestion, il réussit à parler à son beau-père, ce qui l'amena à le percevoir autrement. Ils sont depuis devenus très proches. Au fur et à mesure que sa vie s'est améliorée, je réussis à lui démontrer que ce qui contribuait aux changements que nous pouvions tous deux percevoir, c'était une série bien précise d'actes qu'il avait posés.

¹⁰ Glasser W. (1965), *Reality Therapy: A new approach to psychiatry*, Harper & Row, New York

- Réflexions autour du cas de Margaret (1965 : page. 42) ¹¹

Ce fut difficile pour elle de me dire « Je suis la même mais différente. Je n'ai eu aucune prise de conscience importante ». (Elle avait été en thérapie traditionnelle à la recherche de ces prises de conscience depuis deux ans quand elle est venue me voir).

« Il me semble que nous avons très peu parlé de ce qui était important, mais maintenant je me sens bien mieux, et il y a beaucoup de choses que je ne pouvais pas faire que je peux maintenant faire très bien. ». Elle m'a demandé si je savais ce qui était en train de se passer. Je lui ai dit que nous avions en fait parlé de ce qui était réellement important, que j'avais toujours mis en évidence la réalité, et que je n'avais jamais accepté son irrationalité, sa promiscuité, ou sa dépression comme représentant des façons « excusables » de faire face au monde. Plutôt que de chercher à savoir pourquoi elle était comme elle était, je m'étais assuré qu'elle sache (le pourquoi) de ce qu'elle faisait. Margaret fut motivée pour changer parce que rien de dramatique n'avait été dégagé de son subconscient, parce que son comportement irresponsable passé avait été laissé tranquille, et parce que ses crises de dépression et ses passages à l'acte n'avaient pas été excessivement discutés. Les sujets qui d'habitude se trouvent en avant plan en thérapie ordinaire avaient été secondaires en Reality Therapy.

Ce qui avait été mis en avant dans notre travail c'était son comportement quotidien, ce qu'elle faisait plutôt que ce qu'elle sentait. Nous nous sommes intéressés à savoir si elle pouvait mieux faire. Et parce que j'ai refusé de changer mon approche lorsqu'elle m'a confié son passé douteux et parlé du côté erratique de sa vie actuelle, elle a réussi à établir un lien interpersonnel important avec moi. Elle s'est rendu compte que pour une fois dans sa vie, elle se trouvait en présence de quelqu'un qui s'attendait sérieusement à ce qu'elle se comporte mieux, et qui au risque de la contrarier, n'avait pas peur de lui faire connaître ses attentes. Même si elle disait « rien ne s'était vraiment passé » nous savions tous les deux que « tout » était ce qui était arrivé. C'était ce « tout » - l'implication, la confrontation avec la réalité, l'apprentissage de meilleures façons de faire – qu'il lui était difficile de mettre en mots, mais c'est ce « tout » qui est la thérapie.

- Réflexions autour du cas de Maria (1965 : page. 100) ¹²

Le cas de Maria illustre le fait que la clé de l'implication (établissement d'un lien interpersonnel important) n'est ni de renoncer ni de pousser trop fort. Aussi seule et isolée qu'une fille puisse être, si le thérapeute adhère au présent et évoque la possibilité d'un futur plein d'espoir, et, dans des cas comme celui de Maria, s'il réussit rapidement à faire en sorte que l'implication initiale qu'elle établit se prolonge en une série d'implications, de grands changements peuvent advenir. Dans le cas de Maria, l'utilité d'une thérapie de groupe s'est avérée primordiale, car c'est là qu'elle a réussi à acquérir de la force au travers des liens qu'elle a forgés avec les filles plus responsables. Elle est ainsi parvenue à voir comment elle pouvait émuler leurs comportements plus responsables. Notre persévérance a assurément contribué à ce que Maria, peut-être pour la 1^{ère} fois de sa vie, devienne capable de satisfaire ses besoins.

- Réflexions autour du cas de Sharon (1965 : page. 113) ¹³

L'on pourrait croire que le fait de menacer Sharon serait le pire moyen de débuter une thérapie, parce que notre relation, ténue comme elle se trouvait déjà être, loin de s'en trouver renforcée, ne pouvait que s'en trouver fragilisée.

En fait, Sharon était à la recherche de quelqu'un qui se serait intéressé à elle de façon réellement authentique, capable d'être suffisamment costaud pour ne pas renier ses dires. En même temps, elle pouvait ressentir ce que cela me coûtait de la menacer. Si par contre la menace avait été proférée à partir du sentiment « maintenant je vais lui montrer ... », sans doute serait-elle encore dans le centre de discipline. Mais elle m'a en fait bien compris, comme elle m'avait compris lors de notre 1^{ère} entrevue. Ce qui c'est passé ici démontre ce qui est crucial en thérapie : les patients veulent que vous corrigiez leurs comportements irresponsables ; ils veulent cependant que vous le fassiez dans un véritable esprit d'aide, et non pas pour obtenir la satisfaction d'avoir gagné dans une lutte de pouvoir. C'est ce type de considération qui mène à l'implication. Si Sharon n'avait pu sentir que j'étais vraiment intéressé, jamais elle n'aurait laissé tomber sa garde.

- Réflexions autour du cas de Aaron (1965 : page. 170) ¹⁴

(Aaron était le fils de 11 ans (très intelligent) d'une mère (divorcée), hyper intellectuelle, qui travaillait en tant que mathématicienne dans un laboratoire aéronautique, et d'un père qui travaillait dans une autre partie du pays et qui n'avait pas de contact avec lui).

Quant Aaron est arrivé le matin suivant, je l'ai pris dans mon cabinet comme d'habitude. En lui disant de s'asseoir et d'écouter, j'ai expliqué que je n'étais pas intéressé dans quoi que ce soit qu'il pourrait avoir envie de me dire, mais seulement qu'il m'écoute ce matin. Il a rouspétré et a essayé de s'en aller, mais je l'ai retenu et forcé à me faire face. Je lui ai dit de se taire et pour une fois dans sa vie d'écouter ce que quelqu'un avait à lui dire. Je l'ai informé que les jeux étaient terminés et que nous nous assiérions pour parler de manière adulte, ou que si nous marchions, nous marcherions comme des adultes. Je lui ai fait savoir très clairement que je ne tolérerais pas de fugues. Il devrait être courtois et essayer de converser avec moi quand je lui parlais. Il devrait me parler de tout ce qu'il faisait, et je l'aiderais à décider si c'était juste ou mauvais.

Je voulais savoir ce qu'il faisait à l'école et à la maison, et ce qu'il pouvait faire qui serait une amélioration. Quand je lui ai dit franchement qu'il était l'enfant le plus misérable et désagréable que j'avais jamais rencontré, il fut très surpris. Il pensait que tous les thérapeutes devaient automatiquement aimer leurs patients. Je lui ai dit que s'il restait en thérapie il allait devoir changer, parce que ni moi ni qui que ce soit d'autre pourrait se soucier de lui, s'il restait comme il était maintenant.

.....

Ce qui se passa ensuite fut particulièrement spectaculaire. Premièrement, il devint aimable, prenant soin de me parler courtoisement. Il semblait prendre plaisir à se retrouver avec moi, et à ma surprise je commençais à me réjouir de le retrouver.

^{13 & 14} Glasser W. (1965), *Reality Therapy: A new approach to psychiatry*, Harper & Row, New York

Rapidement Aaron et moi sommes devenus plus impliqués. En le critiquant pour toutes ses anciennes faiblesses, et en lui faisant des compliments quant il se comportait convenablement, je me mettais en travers de son chemin chaque fois qu'il essayait de reprendre ses vieilles habitudes.

En environ six semaines, il se mit à changer de façon remarquable. J'appris par son école que ses résultats scolaires étaient maintenant parmi les meilleurs de sa classe et que son comportement était maintenant jugé excellent.

- Réflexions autour du cas de Jim (1965 : page. 184) ¹⁵

(Jim, un ingénieur en électronique particulièrement intelligent, est venu me voir car il était déprimé. Ayant un bon travail, une femme et deux enfants qu'il aimait, il sentait qu'il ne pouvait faire face à un jour de plus. Les choses lui paraissaient à peine réelles et chaque mouvement requérait un effort ; il voulait juste arrêter complètement de fonctionner. L'épisode commenté ci-dessous intervient alors que sa femme vient de le quitter)

Maintenant, en plus de devoir vivre seul, son entreprise lui attribua un nouveau projet pour lequel il aurait l'entièvre responsabilité. Dans le passé, son équipe le soutenait lorsqu'il devenait dépressif, mais dans cette situation cette béquille lui était ôtée. Les choses lui parurent bientôt si noires que je commençais à craindre qu'il s'ôterait la vie. Heureusement, nous avons pu nous appuyer sur l'expérience (vécue ensemble) de son précédent épisode dépressif, ce qui nous avait donné l'occasion de rendre encore plus dense, l'implication interpersonnelle déjà établie et cultivée sur une période de cinq mois. Grâce à ce lien profond, j'ai pu me permettre d'être dur avec lui alors qu'il s'enfonçait dans cette nouvelle dépression. Je lui ai dit d'arrêter d'avoir pitié de lui-même et d'aller pécher, de sortir avec des filles, et de travailler volontairement les week-ends pour compenser sa lenteur en semaine.

Lui avoir suggéré qu'il était redévalable à son entreprise à cause de son inefficacité, a fait mouche. Il reconnaissait ses déficiences, mais la possibilité qu'il puisse faire quelque chose pour y pallier ne lui était jamais venue à l'esprit. J'ai continué à l'asséner de remontrances en lui suggérant que par sa dépression il s'octroyait une excuse qui lui permettait de se soutirer à sa responsabilité. Le premier signe encourageant est advenu lorsqu'il commença à répondre à ma pression avec de la colère. J'accentuais encore ma pression ce qui le mettait encore plus en colère, puis à mesure que sa colère commença à s'estomper, sa dépression aussi.

¹⁵ Glasser W. (1965), *Reality Therapy: A new approach to psychiatry*, Harper & Row, New York

e) Notre appréciation des facteurs considérés par Glasser comme étant déterminants pour que se produise un changement psychothérapeutique

En nous appuyant sur le triptyque conceptuel des praticiens de Reality Therapy tel que résumé en 1ère partie de cette section par William Glasser, et en analysant les métacognitions qu'il nous livre en rapport avec les études de cas référencées ci-dessus, nous dégagons 6 facteurs qui à notre avis, sont à ses yeux déterminants pour que se produise un changement psychothérapeutique, soit :

1) **L'implication relationnelle Thérapeute-Patient** : un lien interpersonnel important doit s'établir entre le thérapeute et son patient : Le thérapeute doit être une personne responsable, aguerrie, sensible et capable de s'impliquer émotionnellement avec son patient, alors que le patient de son côté doit peu à peu reconnaître en son thérapeute quelqu'un qui le perçoit comme étant un être important à ses yeux, quelqu'un qui s'engage à être présent pour lui, et à ne pas le laisser tomber.

2) **L'état irresponsable et/ou irréaliste du Patient** : le patient est dans un état irresponsable car les actions qu'il entreprend pour tenter de satisfaire ses besoins essentiels sont inefficaces et/ou irréalistes, et le font souffrir. L'angoisse inévitablement associée à son incapacité à satisfaire ses besoins de façon adéquate le pousse à nier la réalité qui l'entoure et à adopter des comportements qui ne font qu'accentuer son trouble, en le maintenant dans un état irresponsable.

L'état irresponsable dans lequel se trouve presqu'inévitablement toute personne qui consulte est provoquée en 1^{er} lieu par le fait qu'elle n'a pas ou a perdu l'implication relationnelle minimum dont elle a désespérément besoin pour se « construire de manière responsable ».

3) **L'état responsable et/ou authentique du Thérapeute** : Le thérapeute doit être profondément impliqué dans la relation qu'il entretient avec son patient. Il ne joue pas la comédie. Il communique ce qu'il vit réellement (il fait preuve de transparence dans la relation) ; il s'évertue à adopter une manière d'être en relation avec son patient qui soit pleinement en accord avec la personne qu'il est, ses valeurs et ses convictions profondes. Il doit être capable de satisfaire ses propres besoins. Il doit de surcroît être prêt à parler de ses propres combats de façon à ce que son patient puisse voir qu'agir de manière responsable est possible bien que parfois difficile.

4) **L'engagement du Thérapeute à dénoncer les comportements irresponsables et/ou irréalistes du Patient** : Au début de la thérapie le thérapeute se doit d'accepter son patient (dans ce qu'il vit) sans désapprobation, et en dépit d'éventuels comportements aberrants (comportements qu'il perçoit comme ayant un sens pour la personne en détresse qui vient le consulter). Cependant, au fur et à mesure que l'implication relationnelle thérapeute-patient s'établit et se renforce, il importe que le thérapeute ose dénoncer, avec fermeté et sans jamais vaciller, les comportements adoptés ou envisagés par son patient qui ne lui permettent pas de commencer à satisfaire ses besoins de manière plus adéquate.

L'enjeu clé dans ce processus, consistant à dénoncer les comportements irresponsables et/ou irréalistes du patient, est de lui permettre de mieux se confronter à la réalité du monde. Ce n'est qu'à cette condition qu'il peut espérer commencer à entrevoir et à adopter des comportements qui lui permettront de mieux satisfaire ses besoins essentiels.

5) **L'engagement du Thérapeute à exiger de son Patient que ce dernier fasse preuve de comportements responsables et réalistes ; l'engagement du Thérapeute à cadrer et/ou à soutenir les efforts dont son Patient fait preuve pour progresser en ce sens :**

Etre un thérapeute efficace requiert de la force. Le thérapeute doit être capable de ne pas céder face aux inévitables demandes de sympathie que lui adressera son patient, demandes qui ont pour but de l'induire à fermer les yeux sur ou de quelque manière que ce soit d'adjuger une légitimité à ses comportements irresponsables ou irréalistes. Au lieu de céder de la sorte, il importe que le thérapeute se montre intransigeant face aux comportements que son patient envisage ou choisit d'adopter.

S'ils ne contribuent en rien à aider son patient à mieux satisfaire ses besoins, il importe que le thérapeute les dénonce comme tels. S'ils vont dans le bon sens, il importe que le thérapeute accompagne son patient au plus près de façon à l'aider à les mettre en œuvre. Il importe que le thérapeute aide son patient à formuler des objectifs, des stratégies et tout système de soutien qui pourraient s'avérer utiles à lui permettre de mieux satisfaire ses besoins essentiels.

6) **La capacité du Patient à percevoir chez le thérapeute l'engagement responsabilisant dont ce dernier fait preuve à son égard** : le patient doit pouvoir percevoir/ressentir, au moins à un degré minimal, l'engagement responsabilisant que lui communique son thérapeute. Le patient a besoin que son thérapeute ne soit pas dupe des comportements irresponsables qu'il adopte de manière à nier la réalité du monde dans lequel il vit. Il souhaite en fait que son thérapeute dénonce ses comportements irresponsables et l'aide à les corriger. Il a besoin cependant que cette dénonciation se fasse dans un véritable esprit d'aide et de considération pour la personne qu'il a le potentiel de devenir. Si le patient n'a pas le moyen de repérer ce niveau de considération porté à son égard de la part de son thérapeute, il n'y aura pas de possibilité pour lui d'établir le lien interpersonnel suffisant et essentiel au déclenchement éventuel d'un mouvement psychothérapeutique important.

CHAPITRE IV B – La Psychanalyse Interpersonnelle

Harry Stack Sullivan / Frieda Fromm-Reichmann

(Torey Hayden et Erich Fromm commentant les études de cas)

Nous plaçons Frieda Fromm-Reichmann (1890-1957) en porte-parole des idées d'un courant de pensée psychanalytique majeur, connu sous le nom de ***Psychanalyse Interpersonnelle*** et/ou de courant ***culturaliste*** (voir même ***Néo-Freudien***). Nous ferons néanmoins aussi référence à son maître, Harry Stack Sullivan (1892-1949), généralement reconnu comme le plus grand inspirateur de cette mouvance, mais malheureusement quelque peu opaque dans ses écrits. Nous soulignons au passage que bien que l'ouvrage majeur de Fromm-Reichmann s'intitule *Principes de Psychothérapie Intensive*, celle-ci précise que ce qu'elle entend par *psychothérapie intensive* relève bel et bien d'une approche d'orientation psychanalytique. Le triptyque décrit ci-dessous reprend de façon condensée les idées clés exprimées dans cet ouvrage (Fromm-Reichmann (1999)¹).

a) Sa conception de l'homme

- La personne se constitue par et à travers l'autre**

La pensée interpersonnelle se fonde autour de l'idée que dans la vie d'une personne, toute pensée, tout contenu psychique, ne prend son sens que dans une dimension de relation à l'autre.

Selon Harry Stack Sullivan, le père fondateur de ce courant de pensée, un enfant ne commence à exister en tant que petite personne qu'à partir du moment où il commence à interagir avec les être humains significatifs de son entourage. Il pense même que la personnalité que l'enfant acquiert peu à peu est presque entièrement le produit de ses interactions avec les autres. Cet enfant qui grandit, dans sa quête pour s'assurer un sentiment de sécurité, tend à cultiver les traits de caractère qui entraînent l'approbation de son entourage, et à occulter ou à tenter de censurer ceux qui entraînent une désapprobation. Au bout du compte, la personne se construira une identité largement fondée sur l'appréciation qu'elle se sera faite des approbations / désapprobations prodiguées par les êtres significatifs de son entourage.

Étant donné que les relations interpersonnelles ne sont que très rarement limpides et simples, il arrive à tout le monde de souffrir de difficultés émotionnelles à un moment ou un autre de son existence. Ordinairement, chez la plupart des gens, ces difficultés ne sont que passagères. En interagissant les unes avec les autres, en s'exprimant et en communiquant, les personnes arrivent à les résoudre tant bien que mal. Il arrive cependant que chez certaines personnes ces difficultés soient plus intenses et qu'elles durent plus longtemps. Il arrive aussi que certaines personnes tombent dans une ornière dont elles n'arrivent pas à se dégager. On dit alors qu'elles souffrent de troubles psychiques, ou qu'elles sont tombées dans une impasse psychique.

En fin de compte, la différence entre une personne dite normale et une autre considérée comme souffrant de troubles psychiques tient essentiellement au degré d'intensité des difficultés émotionnelles auxquelles cette personne se trouve confrontée.

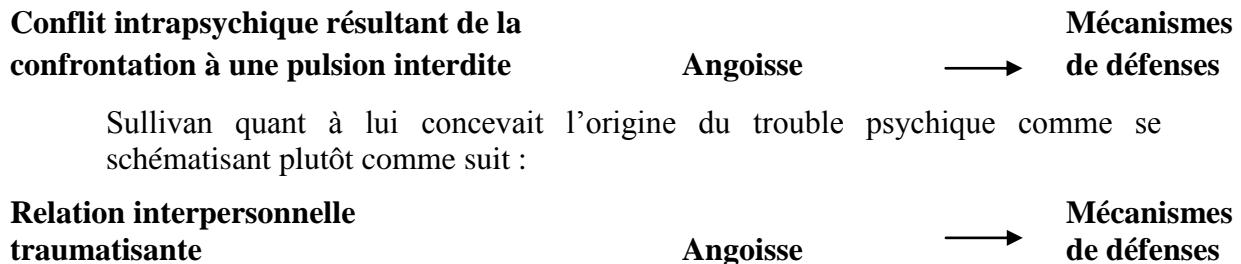
¹ Fromm-Reichmann (1999), *Principes de Psychothérapie Intensive*, Erès, Ramonville Saint Agne

Pour Sullivan, si le trouble psychique s'exprime au travers de toutes sortes de symptômes (dépression, maux de tête, etc.), il s'exprime en plus d'une manière ou d'une autre dans la relation avec les autres. C'est cette constatation qui l'amène à affirmer que tout trouble psychique est avant toute chose fondamentalement interpersonnelle par nature. Selon lui, le trouble psychique est de fait une manifestation toujours adressée à un autre.

- **Le modèle dynamique Interpersonnel du fonctionnement mental**

Pour Freud, ce qui se trouve au cœur de ces difficultés émotionnelles trop intenses, c'est le conflit intrapsychique, c'est-à-dire le conflit entre les pulsions sexuelles d'une part et les interdits de la société d'autre part. Contrairement à ce dernier, pour qui l'attrance sexuelle de l'enfant, le fameux complexe d'Oedipe, était au cœur du problème, pour Sullivan et ses disciples, c'était plutôt le manque d'authenticité avec lequel l'enfant d'abord, puis l'adulte qu'il devenait par la suite, était amené à colorer ses relations interpersonnelles.

Ainsi donc, dans la structure dynamique du fonctionnement mental telle que Freud la concevait, l'origine du trouble psychique pouvait se schématiser comme suit :



Selon Sullivan, sont traumatiques les relations interpersonnelles qui blessent, qui mettent l'enfant (et plus tard l'adulte) en danger émotionnellement, et qui font que la personne ne perçoit plus son interlocuteur de façon réaliste.

Sullivan utilisait le terme *distorsion parataxique* pour décrire le penchant qu'avait une personne à déformer sa perception des autres. Une distorsion parataxique se constitue dans une situation interpersonnelle lorsqu'une personne se met en rapport avec une autre, non pas sur la base de ses attributs effectifs mais sur la base d'une personnification qui existe principalement dans son imaginaire.

Bien que la distorsion parataxique soit un concept similaire à celui du transfert, elle se démarque de celui-ci de deux façons importantes. En premier lieu, elle a une plus grande envergure : elle se réfère non seulement à la perception déformée que le patient porte sur son thérapeute, mais aussi à la perception déformée que le patient porte sur quelque interlocuteur que ce soit. En deuxième lieu, elle se constitue en fonction d'un champ plus large : non seulement par le transfert sur des relations actuelles, d'attitudes autrefois entretenues à l'égard de personnages du passé, mais aussi par la distorsion d'une réalité suscitée par les besoins interpersonnels que peut éprouver la personne à un moment donné.

- **Ce qui différencie une personne perturbée émotionnellement d'une personne émotionnellement stable**

Pour Reichmann, il incombe au psychanalyste de ne jamais oublier que l'intensité des difficultés qu'une personne peut rencontrer dans sa vie, résulte de facteurs qu'au départ elle ne peut pas contrôler. Il ne doit jamais considérer que le fait qu'une personne ait besoin d'une relation d'aide pour faire face aux difficultés émotionnelles qu'elle rencontre dans son existence, constituerait de quelque manière que ce soit une infériorité de principe.

Reichmann insiste sur le fait que ce qui différencie la personne perturbée émotionnellement de la personne émotionnellement stable, c'est le degré d'angoisse très supérieur que cette première est obligée d'affronter. Elle déplore l'importance que notre société attribue au paraître. Notre société exige généralement d'une personne de montrer qu'elle « assure », et place ainsi les personnes qui laissent transparaître un haut degré d'angoisse dans une position de perte de prestige ou d'infériorité.

Cette situation étant, Reichmann estime capital que l'analyste garde à l'esprit, que c'est seulement au niveau de sa formation et de son expérience spécifique, qu'il se situe dans une catégorie de compétences différentes de celles de ses patients. Il importe qu'il considère qu'aux autres niveaux, les personnes sont toutes plus ou moins dans le même bateau, certaines ayant seulement à confronter plus d'angoisse que d'autres. Reichmann estime que seul l'analyste qui aura compris cela, sera capable d'écouter ses patients d'une façon qui pourra ouvrir à une réussite psychothérapeutique.

b) Sa théorie de la santé

- **Une compréhension interpersonnelle du symptôme**

Selon l'optique de la psychanalyse interpersonnelle, on peut dire qu'une personne n'est pas perturbée émotionnellement dans la mesure où elle est capable de prendre conscience de ses relations interpersonnelles, et à partir de là les gérer de manière satisfaisante. Cette vision définit la Psychanalyse interpersonnelle comme la science et l'art des relations interpersonnelles.

Selon Reichmann, nous ne pouvons comprendre la personnalité humaine qu'en termes de relations interpersonnelles. Il n'a pas d'autre façon, si l'on veut connaître la personnalité humaine, que de passer par ce qu'une personne communique à une autre, c'est-à-dire par son mode de relation avec l'autre. Plus encore, les expériences mentales et émotionnelles de la personne, sa pensée intime et secrète, et ses processus de rêverie sont aussi à entendre comme des expériences interpersonnelles.

Il ressort de cette conception de la Psychanalyse interpersonnelle que celle-ci s'emploiera à étudier et à comprendre les opérations mentales, manifestes et latentes, d'une personne comme des processus interpersonnels.

Aucun de ces processus ne saurait être étudié ou compris autrement qu'en termes d'échanges interpersonnels, d'une personne avec une autre personne. Cet échange se situe au niveau de la réalité, comme dans les relations manifestes, ou au niveau du fantasme, comme c'est le cas pour les processus de pensée et de rêverie.

Pour Reichmann, le succès d'une cure se fondait sur la notion qu'il y avait en chacun de nous deux aptitudes humaines d'importance capitale : la tendance à la santé et la capacité à développer ses potentialités - ce que d'aucuns appellent des pulsions de vie. Elle pensait que le travail thérapeutique consistait avant tout à dégager la voie pour donner un champ plus libre à ces pulsions, étant entendu que dégager la voie signifiait avant tout aider une personne à prendre conscience de ses processus interpersonnels.

- **La visée du processus psychanalytique***

Si l'on part du principe que l'on ne peut être ou devenir mentalement stable que si l'on est conscient ou capable de devenir conscient de son vécu interpersonnel, il s'ensuit que la visée fondamentale de la psychanalyse est de faciliter l'accès à la conscience, du matériel qui a été dissocié et refoulé.

Il s'agit donc de mettre en place un processus permettant la remémoration du matériel émotionnel refoulé. Ce qu'il faut savoir avant tout, c'est que ce ne sont pas les faits réels (douloureux et/ou particulièrement anxiogènes) de leurs vies passées que les patients en sont venus à oublier, mais plutôt les réactions émotionnelles qui ont accompagné ces événements ou qui ont été suscitées par eux. C'est donc une pathologie « d'oubli émotionnel » que la psychothérapie s'attachera à guérir.

Pour amener un patient à guérir de ses oubli émotionnels, le processus psychanalytique vise à susciter une compréhension et un *insight* des facteurs historiques et dynamiques qui, tant qu'ils sont inconnus du patient, sont parmi les causes des troubles mentaux pour lesquels celui-ci va solliciter une aide psychanalytique.

La technique employée aspire à éclairer le « drame » qui sous-tend les difficultés que le patient rencontre dans ses relations avec les autres. Elle se centre tout d'abord autour d'une observation et d'une recherche attentive et suivie, portant sur les vicissitudes de la relation patient-analyste.

- **La tâche du psychanalyste**

La tâche du psychanalyste consiste à encourager le patient à penser et à s'exprimer sur un mode associatif, à être à l'écoute des idées incidentes et des sensations physiques qui peuvent survenir au cours de l'entretien thérapeutique, et à en parler.

Ce processus par lequel le patient verbalise tout ce qu'il sait des aspects perturbés de sa vie et des faits qui s'y rattachent, tend à faciliter la remémoration d'une partie de ce qui semblait « oublié ». Lorsque ce processus de remémoration sera engagé, il appartiendra en outre au psychanalyste de repérer et d'analyser minutieusement l'anxiété inhérente à un tel effort, y compris les résistances que le patient oppose à ces souvenirs et les dispositifs de protection qu'il met en œuvre à l'encontre du psychanalyste qui s'emploie à rendre un tel effort effectif.

* Afin de clairement se démarquer d'une pratique dite psychanalytique qu'elle jugeait bien trop passive, Frieda Fromm-Reichmann se référait à sa pratique comme étant une pratique de *Psychothérapie Intensive*. Nonobstant le choix de ce terme pour les raisons invoquées, le type de pratique que préconise Frieda Fromm-Reichmann se situe néanmoins sans conteste dans une optique et une méthodologie de type psychanalytique.

Ce processus par lequel le patient verbalise tout ce qu'il sait des aspects perturbés de sa vie et des faits qui s'y rattachent, tend à faciliter la remémoration d'une partie de ce qui semblait « oublié ». Lorsque ce processus de remémoration sera engagé, il appartiendra en outre au psychanalyste de repérer et d'analyser minutieusement l'anxiété inhérente à un tel effort, y compris les résistances que le patient oppose à ces souvenirs et les dispositifs de protection qu'il met en œuvre à l'encontre du psychanalyste qui s'emploie à rendre un tel effort effectif.

C'est en conséquence des expériences interpersonnelles que patient et psychanalyste vont être amenés à vivre en fonction de ce qui aura pu être remémoré et/ou affronté, qu'il pourra se produire chez le patient un mouvement thérapeutique.

Ce mouvement thérapeutique dépendra essentiellement de deux choses. En premier lieu de l'*insight* auquel le patient pourra accéder par la relation particulière qu'il développera avec son psychanalyste - relation qui tournera en grande partie autour d'un travail interprétatif du patient sur les propos qu'il tient et que son psychanalyste cherchera sans cesse à « catalyser ».

En second lieu de la décharge (ou de l'émergence) affective qui accompagne inévitablement la prise de conscience par le patient d'une dimension douloureuse de son existence, qui sera mise en lumière par l'échange qu'il entretient avec son psychanalyste. L'*insight* est important, mais son importance provient avant tout de la place qu'il tient dans un processus interpersonnel aboutissant à la récupération chez le patient, d'une capacité à éprouver longtemps anesthésiée.

c) Sa méthode d'intervention

- **Les conditions préalables à remplir pour l'analyste**

Pour Reichmann, il y a deux conditions majeures que l'aspirant psychothérapeute doit remplir avant de pouvoir sérieusement envisager d'exercer le métier de psychanalyste.

La première, c'est d'être capable d'écouter et de recueillir des informations librement fournies par une autre personne, sans réagir en fonction de ses propres problèmes et expériences pouvant revenir en mémoire à cette occasion, peut-être de façon dérangeante. Pour elle, c'est une capacité que peu de personnes sont capables de montrer, sans avoir au préalable suivi une formation spécifique d'une part, et effectué un travail psychanalytique conséquent sur elles-mêmes d'autre part.

La deuxième, c'est de disposer de suffisamment de sources de satisfaction et de sécurité dans sa vie non professionnelle pour être prévenu contre la tentation d'utiliser ses patients pour la poursuite de ses propres besoins de satisfaction ou de sécurité.

Nous considérons ces notions de satisfaction et de sécurité comme étant particulièrement importantes. Si, du point de vue de Reichmann, celles-ci constituent les points de repère nécessaires pour évaluer l'aptitude d'une personne à exercer le métier de psychanalyste, pour notre part nous les voyons volontiers comme les points de repère selon lesquels un analysant peut évaluer les progrès qu'il a éventuellement pu accomplir au travers de son travail psychanalytique, ainsi que le chemin qu'il lui reste encore à parcourir.

Car si l'on y pense un peu, qu'est-ce qui amène une personne à entreprendre un travail psychanalytique, si ce n'est les manques qu'elle éprouve au niveau de sa satisfaction et sa sécurité ?

Vu l'importance de ce sujet, il vaut la peine de citer en quelques lignes les définitions que donne Sullivan de ces deux notions, telles que Reichmann (1999) les restitue dans son livre *Principes de psychothérapie intensive* :

"La satisfaction est le résultat de réalisations dans le domaine qui a trait à l'organisation corporelle, aux processus hormonaux, au besoin de plaisir sexuel et de sommeil, au souci d'éviter la faim et la solitude physique. La sécurité concerne la réalisation de ce qui a trait à l'équipement culturel d'une personne, le terme 'culturel' désignant tout ce qui est produit par l'homme. La sécurité signifie donc, pour une personne, l'accomplissement de ses désirs de prestige, c'est-à-dire : être acceptée par la société et la respecter en retour, aussi bien que se respecter soi-même. La sécurité suppose aussi que la personne soit capable d'utiliser avec succès son énergie, ses talents et ses facultés à des fins interpersonnelles, dans le cadre de ses intérêts" (page 31)²

- **Une attitude active mais non-manipulatrice**

Reichmann fait partie des psychanalystes qui pensent qu'il n'est pas nécessaire de passer un temps considérable à écouter des associations libres pour être au fait de la psychopathologie du patient, avant de mettre en œuvre une intervention thérapeutique active. Elle ne prend pas le parti de croire que le rôle de l'analyste implique que celui-ci demeure imperturbable à l'écoute des propos du patient et qu'il doive s'en faire seulement le miroir.

Elle voit son rôle plutôt comme celui d'un « observateur participant » à un processus spécifique qu'elle initie et dirige, mais qu'elle évite de prendre en charge plus qu'il n'est absolument nécessaire, préférant laisser le patient « prendre la main » autant que possible. Et contrairement à certains qui insistent sur la nécessité de rester neutre face à ce qui se passe durant la séance, elle pense pour sa part qu'il est important d'y participer avec des réactions sensibles spontanées, comme il importe de le faire dans toute relation interpersonnelle.

Reichmann est d'autre part très sensible au problème qui peut pousser un psychanalyste mal assuré à considérer son patient « comme de l'argile dans les mains du créateur », c'est-à-dire le fantasme par lequel ce premier chercherait à modeler son patient « à sa propre image ». S'il est mal assuré, le psychanalyste peut être amené à fantasmer des ressemblances qui n'existent pas entre ses patients et lui-même. Ces fantasmes l'empêcheront de correctement apprécier la personnalité de ses patients et la spécificité des difficultés émotionnelles que ceux-ci rencontrent dans leur existence.

² Fromm-Reichmann (1999), *Principes de Psychothérapie Intensive*, Erés, Ramonville Saint Agne

Pour le psychanalyste qui tombe dans ce piège, les patients sont censés accepter ou trouver les mêmes solutions à leurs problèmes personnels que celles qui ont été élaborées par l'analyste lui-même, pour répondre aux nécessités de sa propre existence. Dans ce schéma, les patients ne trouveront bien évidemment pas l'aide dont ils auront besoin pour chercher leurs propres réponses. Dans d'autres cas, le psychanalyste peut attendre de ses patients qu'ils adoptent le même système de valeurs que le sien, sans jamais chercher à les encourager à trouver le leur et apprendre à le suivre de manière indépendante.

- **L'interprétation, mode d'emploi** (Les propos tenus dans ce sous-titre reprennent de façon condensée les idées clés exprimées dans le chapitre 8 de l'ouvrage de Reichmann (1999)³.

Que faut-il interpréter ?

L'interprétation est l'outil de référence que le psychanalyste emploie pour canaliser et catalyser les efforts que déploie le patient, pour retrouver le fil du matériel émotionnel dissocié et refoulé en lui. Au cours du processus par lequel le patient verbalise tout ce qu'il sait des aspects « perturbés » de sa vie et des faits qui s'y rattachent, il y aura « comme des trous » dans la vie que le patient met en scène par ce processus, dans ses énoncés, dans les modes de comportements qu'il rapporte, et également dans la relation qui caractérise son rapport avec son analyste. Ce sont ces trous qu'il s'agit de repérer et de signaler au patient, de façon à ce que progressivement il prenne conscience qu'il existe en lui des motivations dissociées et des émotions refoulées, qui, à son insu, affectent son comportement, son bien être et sa capacité à être en relation avec les autres d'une manière pleinement satisfaisante.

Il va sans dire que ces trous ont une signification. Une part importante du travail psychanalytique consistera pour le patient à prendre conscience de ces significations. La tâche du psychanalyste sera d'intervenir dans le processus par lequel le patient explore des significations possibles de son comportement dissocié, ceci pour lui donner le petit coup de pouce nécessaire pour persévéérer lorsque cela devient plus difficile et qu'il aura tendance à se disperser.

Il ne s'agit pas de faire pression pour que l'interprétation soit acceptée. L'interprétation du psychanalyste ne doit en aucun cas être une imposition. Au lieu de cela, c'est un processus par lequel le psychanalyste cherche à se montrer l'allié du patient, en participant autant qu'il le peut, à l'exploration dans laquelle son patient est investi.

Le matériel psychanalytique le plus important avec lequel patient et psychanalyste vont devoir travailler provient des vicissitudes même de la relation analyste-patient, sous ses aspects réels comme sous ses aspects déformés (le transfert, positif et négatif). Il comprend aussi les dispositifs de protection mis en œuvre à l'égard de l'analyste, dispositifs qui consistent à la fois en des défenses conscientes par rapport au processus psychanalytique (blocages intentionnels) et en des « résistances » inconscientes, s'opposant au psychanalyste et à l'efficacité du travail psychanalytique. En dernier lieu mais tout aussi important, entrent dans ce matériel les réactions émotionnelles du psychanalyste au patient et à ses productions (Contre-transfert).

³ Fromm-Reichmann (1999), *Principes de Psychothérapie Intensive*, Erès, Ramonville Saint Agne

Comment interpréter ?

Toutes les interventions interprétatives de l'analyste doivent être imprégnées et commandées par le respect pour la complexité que représente pour le patient le fait de collaborer au travail interprétatif. L'analyste ne doit jamais se prendre pour un habile détective qui cherche à confondre un coupable par une manœuvre simple. Il doit plutôt donner envie au patient de mettre toute son ingéniosité à découvrir pour lui-même, les significations qui se cachent sous ses énoncés obscurs.

Toute interprétation repérée par le patient est plus frappante pour lui, et donc davantage susceptible de produire un effet curatif immédiat et durable, que n'importe quelle interprétation proposée par l'analyste. Ce type d'approche a, par conséquent, pour fonction d'aider les patients à se sentir davantage capables de prendre en main et de diriger leur propre vie, au lieu qu'on la dirige pour eux. Si l'analyste juge nécessaire de proposer une interprétation, il devra toujours le faire en veillant à ce que cette interprétation n'ait pas pour effet de clore le sujet en cours de discussion, mais qu'elle ouvre plutôt à une élaboration ultérieure.

Si l'analyste juge nécessaire d'intervenir, il doit de préférence introduire ses remarques interprétatives par quelque énoncé du genre '*Est ce que je dois entendre dans ce que vous dites que ...*'. **Il s'adresse ainsi à un coéquipier psychanalytique. Il l'invite ainsi à poursuivre plus avant sa collaboration interprétative.**

Si une interprétation a été trouvée, et s'avère significative aussi bien pour le patient que pour l'analyste, ce dernier doit bien se garder de la considérer comme définitive, et clore ainsi le sujet. Il ne faut jamais oublier que la vérité psychologique qui vient d'être découverte peut n'être qu'une vérité partielle, et qu'il est donc du devoir de l'analyste d'être attentif aux modifications et aux ajouts qu'il pourra être nécessaire d'apporter à l'occasion d'un examen ultérieur du même thème.

Dans l'effort au travers duquel le patient et l'analyste œuvrent à trouver des interprétations significatives, il ne faut jamais oublier que ce n'est pas la justesse explicative de l'interprétation qui est réellement capitale. Ce qui compte avant tout, c'est le fait de pouvoir extraire de la symptomatologie physique et/ou émotionnelle et/ou comportementale la signification et/ou le vécu émotionnel enfouis, refoulés ou dissociés. **L'interprétation n'a de réelle utilité que dans la mesure où elle peut contribuer à lever le voile émotionnel qui s'est mis en place comme structure de protection à conséquences névrotiques.**

Nonobstant les précautions qu'il incombe à l'analyste de prendre pour formuler ses interprétations, il ne doit pas craindre pour autant de présenter des interprétations justes avec toute l'autorité d'une personne expérimentée. Ses formulations doivent être brèves, simples, parfaitement intelligibles, et dans l'esprit de conseils pratiques proposées par une personne - l'analyste - à un autre être humain - le patient - qui a besoin d'être guidé. Se montrer « guide » dans ce sens n'implique pas que l'analyste indique à son patient une ligne toute tracée, que celui-ci n'aurait qu'à suivre, sans la moindre contestation possible.

Cela signifie plutôt, par moments, prendre la main pour se montrer participant actif dans une entreprise à effectuer en commun.

La chronologie des interprétations

Dès qu'une relation analyste-patient viable s'est établie et dès que l'analyste sait approximativement à qui il a affaire, il doit, en principe, être prêt à approcher ses patients par des mesures thérapeutiques actives. En général, il vaudra mieux attendre, pour proposer des interprétations et chercher des réponses interprétatives d'un patient, que celui-ci ait atteint un état proche d'une prise de conscience quant à l'objet de l'interprétation.

En règle générale, les interprétations ne doivent être proposées que si, et lorsqu'elles couvrent toutes les données relevant du thème soumis à l'investigation interprétative, et si l'analyste est à peu près certain que l'interprétation à laquelle il pense est celle qu'il considère la plus juste et la plus productive, parmi plusieurs autres possibles.

Ceci dit, il peut être parfois indiqué de proposer des suggestions interprétatives prématûrement, c'est-à-dire, avant que leur validité ne soit pleinement confirmée. L'analyste doit alors être prêt à courir le risque d'avoir à corriger ses suggestions ultérieurement. Dans l'ensemble, le fait de recourir occasionnellement à un pari mûrement réfléchi, non seulement ne causera aucun tort au patient, mais l'aidera plutôt.

Bien évidemment, il ne s'agit nullement d'avoir recours à des interprétations à tort et à travers. Il s'agit simplement parfois de ne pas avoir peur de faire des suggestions qui ont de grandes chances d'être justes. Dans le cheminement analytique, l'analyste doit tenir compte du fait que les interprétations, qu'elles soient proposées ou sollicitées par l'analyste, ont plus de chances d'avoir des effets thérapeutiques favorables, si elles interviennent dans un moment où la relation patient-analyste est plutôt amicale, sous ses aspects réels comme sous ses aspects transférentiels.

En dernier lieu mais pas de moindre importance, il est essentiel que dans les efforts qu'il fera pour encourager l'aboutissement émotionnel du travail interprétatif, l'analyste tienne compte du fait que ce travail est susceptible de libérer d'importantes poussées d'anxiété chez le patient. L'analyste devra en outre essayer d'évaluer dans quelle mesure le patient se trouve en état de faire face à un niveau accru d'anxiété, sans mobiliser de nouveaux symptômes graves, dans l'intervalle entre deux séances.

d) Dégagements métacognitifs (Torey Hayden et Erich Fromm)

En parcourant les divers récits de cas cliniques dont nous font part Torey Hayden et Erich Fromm, quelques-unes de leurs réflexions ont plus particulièrement retenu notre attention, dont notamment :

- **Réflexions autour du cas de Cassandre** – (Hayden (2005), traduction libre)⁴

Cassandre est une petite fille de neuf ans, kidnappée puis violée par son père, retrouvée affamée faisant les poubelles.

⁴ Hayden T (2005), *Twilight Children*, Harper, New York

Quand elle est admise en clinique psychiatrique, son comportement se caractérise par des longs moments de mutisme en alternance avec des comportements erratiques, parfois très violents. Elle ne se souvient que très peu de la période cauchemardesque avec son père. De surcroît quand elle arrive à surmonter les blocages qui perturbent ses souvenirs, son entourage s'aperçoit que ce qu'elle raconte alors n'est pas toujours digne de confiance.

- **Extrait # 1** (page 163-165)

Cassandre : *Je refuse de faire cela !* (Elle brisa le crayon en deux). *Et tu ne peux pas me forcer à le faire !*

Hayden (ses réflexions): *Je suppose que si j'avais été une bonne thérapeute, je me serais astreinte à suivre la théorie profondément réfléchie et étudiée nous recommandant de ne jamais forcer un enfant à faire ce qu'il ne veut pas faire. Il est certain qu'il n'y a rien eu dans ma formation laissant sous-entendre qu'il pouvait être acceptable de demander à un enfant de faire exactement ce je lui disais de faire, mais à ce moment là, l'institutrice en moi prit la main. S'il y avait bien une chose que j'avais apprise en tant qu'institutrice, c'était l'importance de placer des limites et d'établir le contrôle avant d'essayer de promouvoir un changement. C'est ainsi qu'il fallait faire pour établir un certain niveau de sécurité dans notre environnement. Etablir un climat de sécurité est fondamental. Sans un sentiment de sécurité, il ne peut y avoir de croissance, Sans sécurité, toute notre énergie se consume dans des opérations de défense.*

Dans un cadre thérapeutique traditionnel, la plupart du temps nous disposons du temps nécessaire pour établir un lien de confiance. Dans un tel cadre, Cassandre aurait sans doute eu besoin de plusieurs semaines, sinon de plusieurs mois pour travailler avec moi afin d'établir le niveau de confiance nécessaire pour qu'un changement puisse être amorcé – ça aurait été fantastique – j'aurais adoré pouvoir œuvrer à cela au travers d'interactions douces. Malheureusement, dans le cadre hospitalier qui était le nôtre nous fûmes obligées de suivre un rythme plus soutenu.

Cassandre : *Pourquoi me faites-vous ça ?* (En pleurant)

Hayden : *Parce que c'est là où nous allons commencer !*

Cassandre : *Mais pourquoi ? Pourquoi dois-je faire ça ?*

Hayden : *Parce que je suis là pour t'aider, mais je ne puis faire le travail toute seule. Tu dois aussi travailler. Et c'est par là que tu dois commencer à travailler !*

Cassandre : *Mais je ne veux pas* (cria-t-elle, sa voix partant dans un haut trémolo) ! *Je veux rentrer à la maison. Je veux voir ma maman !*

Hayden (ses réflexions): *Mon Dieu que cette situation doit être terrifiante pour Cassandre ! Comment pourrait-elle savoir que je suis différente de tous ceux qui l'ont abusée, ou que son séjour à l'hôpital soit différent de son abduction ?*

Il y a une ligne infime séparant le besoin d'acquérir un contrôle suffisant pour que nous puissions progresser, et le fait d'être tout simplement en train de renforcer un trauma. Si je veux être tout à fait honnête avec moi-même, je dois reconnaître que je me sens passablement terrifiée moi aussi !

- **Extrait # 2** (page 316-318)

Hayden : *Tu es une fille très affûtée, Cassandre. Tu fais attention à beaucoup de choses. Et c'est bien. Mais je vais maintenant te révéler un secret important. Quelque chose que tu dois vraiment savoir. Et c'est ceci : dans les choses que tu entends, tout n'est pas toujours juste. Et en ce qui concerne ce sujet, cette chose n'était pas juste.*

Cassandre : *Mais le Dr. Brown l'a dit à ma mère – elle a dit que je ne devais jamais parler de ce qui m'était arrivé avec mon père, sous peine que je subisse un dommage psychologique. Je l'ai entendu le lui dire.*

Hayden : *Oui, je te crois. Mais ça ne rend pas juste ce que tu as entendu. Il y a plusieurs raisons possibles qui font que tu as entendu le Dr. Brown dire cela. Une possibilité est tout simplement que le Dr. Brown avait tort. Juste parce qu'une personne est une grande personne, bien éduquée ou importante ne signifie pas qu'elle ait toujours raison. Peut-être qu'elle ne comprenait pas la chose très bien elle-même, ou qu'elle croyait dire quelque chose de vrai, alors qu'en réalité ce n'était pas le cas. Une autre possibilité est que le Dr. Brown a dit quelque chose comme cela mais que tu ne l'as pas bien entendu – parce qu'il est parfois difficile pour les enfants de comprendre ce que disent les adultes. Une autre possibilité est que le Dr. Brown était en train de répondre à une question très spécifique que ta maman lui avait posée, et que pour cette chose très spécifique il valait mieux ne pas en parler, ou que pour cette période là, il était mieux de ne pas en parler. Mais le Dr. Brown ne voulait pas dire pour toujours. Ou une autre possibilité est simplement que le Dr. Brown et moi-même nous faisons les choses différemment, et que nous arrivons au même endroit éventuellement, mais que nous entretenions de différentes idées sur comment y arriver. Mais maintenant tu travailles avec moi - nous emploierons donc ma manière, parce que c'est ce que je connais le mieux. Et ma manière dit que ceci n'est pas vrai. Parler de ce qui t'est arrivé ne te fera pas de mal. C'est une partie importante dans le processus qui te permettra d'aller mieux.*

Cassandre fit une grimace

Hayden : *C'est important pour moi de te faire savoir ici que je ne vais jamais t'obliger à parler de ces choses. Je te l'ai déjà dit mais ça vaut la peine que je te le rappelle. Si à un quelconque moment, quoi que ce soit de tout ceci, s'avère trop dur ou trop effrayant, tout ce que tu dois me dire c'est « STOP » et nous arrêterons. Nous ferons quelque chose d'autre pour un moment, jusqu'à que tu te sentes prête à reprendre. Je te le promets.*

Mais le simple fait de parler de ton enlèvement, en parlant de comment c'est arrivé, ce qui est arrivé, qui était impliqué, toutes ces choses – c'est important d'en parler. Sais-tu pourquoi ?

Cassandra : *Unh-unh* (tournant sa tête en négative)

Hayden : *Notre esprit (notre mental) est une chose étrange, Lorsque quelque chose de très fort nous arrive, elle a tendance à rester très grande dans notre esprit sans jamais devenir une mémoire en bonne et due forme à moins que nous en parlions. Notre esprit à lui tout seul ne semble pas être capable de ranger les événements très importants de façon à les réduire à la taille de nos autres souvenirs. Nous devons en parler. Le fait d'en parler aide notre esprit à organiser ce qui est arrivé – ça nous aide à comprendre comment ça c'est passé, comment nous nous sentions et ce que nous avons fait. Le fait de parler nous permet de ranger les choses qui nous arrivent, de façon à ce qu'elles ne soient pas dans le chemin chaque fois que nous pensons.*

- **Réflexions autour du cas de Christiane** - (Fromm E. (2000)⁵

Christiane est une femme de 28 ans qui consulte parce qu'elle est malheureuse en mariage et parce qu'en outre elle n'a jamais eu d'orgasme. Les extraits qui suivent se rapportent à un rêve que Christiane raconte à son psychanalyste, et aux commentaires s'y référant, qu'Eric Fromm fait à ce dernier (*Le narrateur*) qui lui raconte le rêve ainsi que la situation dans laquelle Christiane se trouve. Le rêve rapporté ici prend place après plusieurs séances - séances qui amènent le narrateur (et Fromm) à considérer que l'histoire de Christiane se décline en fonction de relations parentales particulièrement froides et distantes. Il importe également que le lecteur sache que Christiane a depuis peu lié une liaison amoureuse avec Peter, le bras droit de son père dans l'affaire familiale. Christiane décide finalement d'amener ses parents dans la confidence. Ceux-ci réagissent en sommant leur fille de mettre un terme à cette liaison.

Le narrateur (résumant les attitudes portées sur Christiane par ses parents, et les conséquences qu'y en découlent): *Il n'est dans cette famille aucune personne susceptible de lui donner ce sentiment d'un rapport et d'un intérêt personnel. Sa mère est une personne froide et narcissique. Le père n'est pas assez présent pour prodiguer son affection, mais lui en vole au moins un peu. La petite fille grandit néanmoins dans la crainte de sa mère, dans la crainte qu'au moindre écart de conduite, son père pourrait cesser de l'aimer, que cet amour, la seule chose qu'elle possède, pourrait s'évanouir. Elle vit dans le chantage permanent. Elle fut, dans sa vie, déjà si soumise au chantage, tourmentée, intimidée, l'idée l'a tellement peu effleurée de prendre sa vie en main, elle fut si peu audacieuse, qu'au lieu de se rebiffer, de s'affirmer, elle se laisse faire, ne vit pas sa vie, et ne trouve pas l'amour.*

Christiane (racontant son rêve, dont en voici 3 extraits clés) : *Je suis dans une grande pièce, une grande salle de réunion, sur une scène avec douze personnes, hommes et femmes. Il y a un président de séance, comme au tribunal.*

⁵ Fromm E. (2000), *L'Art d'écouter*, Desclée de Brouwer, Paris

On dirait un jugement rendu par voix de vote dans un procès. Nous sommes tous les douze, accusés de trahison, nous n'en savons pas plus, et sommes condamnés à mort par injection...

Nous allons à l'exécution. L'ordre d'exécution a été donné, et je suis parmi les dernières. En premier viennent ceux qui se sont avérés être des leaders, principalement des hommes, suivis des femmes. Je ne suis pas tout à fait en queue, parce que je me suis révélée meneuse...

Je suis terrifiée, angoissée et je ressens une profonde peine, mais il n'est pourtant pas du tout étrange que je n'aie pas encore versé une seule larme. Au retour, je me vois dans un miroir. Je suis livide, d'une pâleur mortelle. On entend tout autour des pleurs et des chuchotements. Des gens conversent debout. Quand mon tour arrive enfin et que le docteur vient me faire la suprême piqûre, je me réveille.

Fromm (commentant le rêve, se posant des questions par rapport à ce qu'il aurait pu faire s'il avait lui été psychanalyste de Christiane) : *Christiane se sent vaincue, elle est à bout de force. Le rêve est une sorte de réaction à celle de ses parents. Elle se sent perdante. Elle ne sait plus où se réfugier. Quelque chose nous indique qu'elle met l'analyste sur le même plan que ses parents. Non seulement elle dit qu'il ne l'a pas aidée, mais encore dans le rêve l'analyste est d'intelligence avec ses parents. Elle ne l'a pas vécu comme étant son complice contre ses parents, mais comme le leur. Aurait-ce pu être évité par une complicité plus active et plus directe avec elle contre ses parents ?*

J'aurais dit en effet beaucoup plus clairement que, pour moi, sa mère était inhumaine et son père faible et inefficace sur le plan humain. J'aurais dit clairement que je trouvais choquant qu'ils exercent sur elle ce chantage, au point qu'elle ne soit même plus en mesure de le ressentir comme tel. Car chaque étape de croissance est un acte révolutionnaire, l'acte d'une révolution personnelle où l'être humain se libère de quiconque qui chercherait à « organiser » sa vie. Que ce soit fait ouvertement ou de façon plus douce, **cela mène, dans le développement de tout un chacun, à ce qu'être soi-même devienne un problème de libération, exigeant du courage et signifiant qu'il faille accepter d'avoir mal et parfois de souffrir. La personne en a-t-elle le courage ou va-t-elle capituler ? C'est là le problème central.** La plupart des gens essaient de dissimuler leur capitulation ou leur échec. Pour ce faire tous les moyens sont bons.

Nous pensons qu'il faut prendre franchement position et qu'il est impossible, ici, de rester neutre. Que peut faire le psychanalyste pour encourager cette révolution, cette libération ? Comment aider activement ? Comment agir sur le processus de libération ? Nous pensons que c'est la tâche essentielle de toute éducation et de toute thérapie. Nous incluons l'éducation, bien qu'elle soit de coutume du ressort des écoles, alors qu'on ne saurait dire que celles-ci contribuent à la libération et à l'indépendance de l'homme. Aucune institution soutenue par la société ne poursuit cet objectif. En psychanalyse, c'est différent. L'analyste étant relativement indépendant, il a la liberté d'agir comme il le veut. (Chapitre 9 : p.182-185)

e) Notre appréciation des facteurs considérés par Torey Hayden et Erich Fromm comme étant déterminants pour que se produise un changement psychothérapeutique

En nous appuyant sur le triptyque conceptuel des psychanalystes interpersonnels tel que résumé en 1ère partie de cette section (selon Harry Stack Sullivan et Frieda Fromm-Reichmann), et en analysant les métacognitions que Torey Hayden et Erich Fromm nous livrent en rapport avec les études de cas référencées ci-dessus, nous dégageons 6 facteurs qui à notre avis, sont à leurs yeux déterminants, pour que se produise un changement psychothérapeutique, soit :

1) L'aptitude du Thérapeute en tant qu'observateur / participant d'une rencontre Thérapeute-Patient

Thérapeute-Patient : Même s'il incombe au thérapeute d'initier et de guider un processus spécifique, il importe que le patient devienne autant que possible, partie prenante du processus ainsi initié. Il incombe donc au thérapeute de donner à son patient la possibilité de « prendre la main », suite à quoi il appartient au thérapeute de participer activement en fonction de ce que le patient se sent vouloir aborder.

2) L'aptitude du Thérapeute à établir avec son patient une relation interpersonnelle authentique, respectueuse et susceptible de promouvoir un climat de sécurité durable, sur lequel patient et thérapeute peuvent conjointement prendre appui

Contrairement aux psychanalystes orthodoxes qui estiment qu'il incombe au psychanalyste de se cantonner dans une attitude de neutralité bienveillante, le psychanalyste interpersonnel estime quant à lui très important pour le psychanalyste de s'engager pleinement dans sa relation avec son patient, en y participant avec des réactions sensibles spontanées, comme il importe de le faire dans toute relation interpersonnelle. Plus encore, s'il considère que son patient aborde une étape importante de sa croissance, il appartient au psychanalyste interpersonnel d'aborder les thèmes s'y référant avec une complicité active et impliquée. Car sans une telle complicité, le climat de sécurité essentiel à un mouvement thérapeutique ne pourra s'établir.

3) L'engagement actif, authentique et complice du thérapeute : Partant du principe que toute étape de croissance implique de la part du patient, qu'il s'engage à conduire en lui-même une révolution intérieure - qui l'amènera à accéder à davantage d'autonomie et de liberté - il incombe au thérapeute d'accompagner son patient de façon à l'encourager à « franchir le cap ». Ce type d'accompagnement exige du thérapeute qu'il n'hésite pas à se positionner fermement, face aux décisions difficiles auxquelles son patient sera inévitablement amené à se confronter, sans hésiter non plus à le faire d'une manière pleinement complice.

4) L'engagement mutuel d'œuvrer à explorer (et en temps voulu, interpréter) les expériences interpersonnelles du patient par le biais d'échanges et de dialogues fondés sur une collaboration active thérapeute-patient : Partant du principe qu'un travail réellement collaboratif ne pourra se faire qu'au travers d'un flot constant d'idées et de sentiments entre patient et thérapeute, la clé de la réussite passera par l'engagement du thérapeute à tout faire pour que les portes de la communication restent ouvertes.

Ainsi, si à un moment la communication devenait bloquée, il incomberait au thérapeute de se remettre en question de façon à s'assurer qu'il n'avait pas par inadvertance, au travers de ses dires et/ou comportements, contribué de façon quelconque à un tel blocage. Le patient quant à lui n'a comme seul engagement à tenir celui de participer aussi activement que possible à un processus qu'il doit comprendre comme se construisant à deux.

5) La capacité du Thérapeute d'engager la relation qu'il noue avec son patient en adoptant une position de non-savoir en certaines circonstances et de savoir en d'autres

Partant du principe que si l'analyste veut impliquer son patient dans tout travail interprétatif, et s'il juge nécessaire d'intervenir, il lui incombe d'introduire ses remarques interprétatives de préférence par quelque énoncé du genre : *Est ce que je dois entendre dans ce que vous dites que ... ?*. Partant de moments au cours desquels il communique implicitement à son patient qu'il se trouve dans une position de non-savoir relatif, le psychanalyste accorde à son patient un statut de coéquipier psychanalytique – un partenaire de la part duquel il attend une collaboration active.

Si adopter une telle position de non-savoir peut s'avérer un choix judicieux (et tout à fait authentique) par moments, il importe néanmoins que le psychanalyste ne s'y cantonne pas de façon trop systématique. Pleinement conscient de la nécessité qu'il y a à prendre toutes les précautions qui s'imposent pour éviter de tomber dans de l'arrogance, il y aura certainement d'autres moments où il incombera au psychanalyste d'intervenir avec assurance en fonction du professionnel expérimenté et bien formé qu'il représente (position de savoir). De surcroît le facteur qui déterminera son choix devra se faire par rapport à ce qu'il estime être le plus bénéfique à son patient partant de son intime conviction.

6) La capacité du Patient à affronter les expériences douloureuses de son passé de façon à récupérer une capacité à éprouver plus entière

La psychanalyse interpersonnelle repose sur la notion que, l'élément central à toute difficulté de vie, se rattache à un traumatisme douloureux survenu à la suite d'une interaction interpersonnelle très (trop) perturbée. Ce traumatisme douloureux a presque toujours comme conséquence chez le patient, l'effet de limiter ou de réduire d'une manière ou d'une autre, sa capacité à pleinement vivre ses sentiments ou émotions. Si la tâche essentielle du psychanalyste est d'aider son patient à lever le voile sur les facteurs qui ont contribué à limiter son potentiel de ressenti, la capacité du patient à résolument affronter les expériences douloureuses de son passé, sera indiscutablement l'un des éléments indispensables pour qu'il puisse finalement récupérer le potentiel de ressenti qu'il avait perdu de ce fait.

CHAPITRE IV C – Existential Therapy

Irvin D. Yalom

Au fil de plusieurs années d'une pratique analytique plutôt classique, Yalom en arrivait de plus en plus à croire que ce qu'il fournissait de plus utile à ses patients dans leur cheminement thérapeutique, ce n'était en réalité pas ce qu'il faisait en conformité avec le cadre de référence officiel sur lequel reposait sa pratique. Ce qui leur était réellement utile, c'était ces myriades de petits extras qu'il dispensait spontanément de par la relation qu'il entretenait avec eux.

Or, comme les extras qu'il dispensait ainsi n'étaient en aucune manière rattachés au cadre théorique qui était officiellement le sien, il décida de regrouper ces extras de façon à les intégrer au sein d'une structure théorique, qui aurait comme fonction principale de donner une cohérence à un système d'intervention qui, selon lui, était spontanément et largement employé par une majorité de thérapeutes, quelles que soient leurs appartenances. Ce regroupement, Yalom nous le révèle dans son ouvrage de référence *Existential Psychotherapy* (1980)¹. Au cours de l'exposé qui suit, nous verrons comment cette approche se décline autour d'une prémissse fondamentale - une prémissse qui soutient que toute personne est inévitablement confrontée à une série de préoccupations fondamentales, qui relèvent de la nature même de son existence dans le monde. Dans l'approche qu'il élucide, Yalom parle de *préoccupations ultimes*. Salathé, pour qui ces même préoccupations jouent également un rôle important dans son approche de Gestalt-thérapie Existentielle, parle, lui, de *contraintes existentielles*. Par simplicité, nous emploierons de préférence cette dernière formule pour nous référer à ces préoccupations fondamentales.

a) Sa conception de l'homme

• Le modèle existentiel du fonctionnement mental

Dans le chapitre se référant au courant de pensée Interpersonnel, nous avons examiné la structure dynamique du fonctionnement mental tel que Freud la concevait, notamment :

Pulsion → Angoisse → Mécanismes de Défense

L'approche existentielle, tout en conservant cette même structure de base, en altère radicalement son contenu. Celle ci devient :

Conscience de
Contrainte existentielle → Angoisse → Mécanismes de Défense

Au niveau de ce que ces deux formules présentent de commun, on peut dire que toutes deux presupposent que l'angoisse est le carburant de la psychopathologie ; que les structures psychiques, conscientes et inconscientes, apparaissent pour faire face à cette angoisse ; que ces structures psychiques (mécanismes de défense) constituent la psychopathologie, et que si elles procurent un sens de sécurité, invariablement elles restreignent la croissance et l'expérience.

¹ Yalom I.D. (1980), *Existential Psychotherapy*, Basic books, U.S.A.

Une différence majeure entre les deux formules consiste en ce que la séquence de Freud commence par la pulsion, alors que la séquence de Yalom commence par la conscience et la peur. Cette notion sera rendue plus explicite dans la section suivante où nous examinerons plus en détail en quoi consistent les contraintes existentielles.

Une autre différence majeure tourne autour de ce qui est considéré comme ‘profond’. Pour Freud, exploration signifiait toujours excavation. Avec la patience d’un archéologue, il dégageait les couches successives de la psyché jusqu’à ce qu’il atteigne la strate de fond, un niveau de conflits fondamentaux, qui était le résidu psychologique des événements les plus précoce de la vie d’une personne. Ainsi, de la perspective de Freud, les sources d’angoisse les plus fondamentales étaient invariablement les calamités psycho-sexuelles les plus précoce - par exemple, la séparation et la castration. La dynamique existentielle, de son côté, n’est pas fondée sur un modèle de développement par étapes. Elle ne retient pas forcément la notion selon laquelle ce qui est le plus précoce (chronologiquement premier) est plus fondamental (c'est-à-dire important, fondateur). Elle pense plutôt que ce qui est le plus fondamental est quelque chose qui transcende l’histoire personnelle de la personne. Ceci a de profondes répercussions sur la méthodologie qu’emploiera le thérapeute. La plupart du temps, le « futur devenant présent » est le temps dans lequel se déploie la psychothérapie existentielle.

- **La personne : un être confronté à des contraintes existentielles**

Pour les psychothérapeutes existentiels, les difficultés de vivre que peut éprouver une personne tiennent davantage à sa façon d’appréhender les contraintes existentielles auxquelles elle se trouve confrontée, qu’aux événements traumatisques auxquels elle aurait pu être sujette dans son histoire personnelle précoce. En insistant sur ce point, ces derniers ne cherchent nullement à minimiser l’impact dévastateur que peuvent avoir les événements traumatisques précoce sur le développement psychique de la personne. Ils chercheraient plutôt à démontrer que cet impact dévastateur se cristallise autour de la façon dont une personne appréhende ses contraintes existentielles. De leur point de vue, une thérapie axée davantage sur la prise de conscience des mécanismes de défense par lesquels la personne se protège de ses angoisses existentielles, s’avérerait plus efficace qu’une thérapie axée trop exclusivement sur la prise de conscience des mécanismes par lesquels la personne refoule son passé traumatisque précoce. Autrement dit, on pourrait dire que les psychothérapeutes existentiels considèrent qu’au centre de toute structure pathologique (névrose obsessionnelle, hystérie, etc. ...), il existe un noyau d’angoisse existentielle. Et ce serait cette angoisse-là, ainsi que le conflit existentiel qui la génère, qu’il incomberait aux thérapeutes d’entendre et de travailler en premier lieu. Salathé (1995), pour sa part, identifie cinq contraintes existentielles majeures, à savoir :

- La liberté
- La quête de sens face à l’absurde
- La mort
- L’isolement existentiel
- L’imperfection (1995 : pages 54-55) ²

² Salathé (1995), *Psychothérapie Existentielle*, Institut de Psychothérapie Gestalt-Existentielle, Genève

Voyons comment dans chaque cas, ces contraintes existentielles ont le pouvoir de nous piéger dans des impasses qui donnent naissance à des conflits intérieurs.

La liberté

À notre sens, cette première contrainte occupe bien sa place en tête de liste. C'est par ce qu'elle implique que le thérapeute existentiel intégrera dans son approche quelque chose d'essentiel souvent absent dans d'autres approches. D'ordinaire, nous nous référons à la liberté en tant que concept positif sans la moindre équivoque. Cependant, à partir d'une perspective de fond, celle-ci est terrifiante - une terreur associée à un manque de structures externes. Instinctivement, notre premier réflexe est de croire que nous vivons dans un univers bien structuré, et que notre place dans celui-ci se constitue au travers d'un cheminement facilement définissable, en fonction des ambitions qui nous traversent spontanément. C'est du moins la certitude que nous avions en tant qu'enfant. Cependant, au fur et à mesure que nous grandissons, nous commençons à entrevoir une autre réalité : l'ordre social dans lequel nous vivons n'est pas une donnée inhérente. C'est une construction humaine, à priori celle de nos parents. C'est alors que nous avons un deuxième réflexe, celui de croire que nos parents se sont en fait trompés. L'ordre social pourrait être largement différent, et s'il n'en tenait qu'à nous, nous pourrions nous débrouiller bien mieux que nos parents. De fil en aiguille, nous comprenons alors que nous ne sommes pas uniquement des êtres qui avons été projetés dans un monde déjà constitué. Nous sommes des êtres qui constituons le monde dans lequel nous vivons. De là nous en arrivons à la réalisation que la personne est entièrement responsable de son monde, de sa ligne de conduite, de ses choix et de ses actes. La liberté dans ce sens implique quelque chose d'effrayant. Elle signifie que la structure en laquelle nous avons pu croire n'existe pas en réalité. Là où nous avions cru voir de la structure, il n'y a que du vide. Le conflit existentiel découle de l'opposition entre notre confrontation au vide et notre désir de fondation et de structure.

La quête de sens face à l'absurde

Cette deuxième contrainte suit logiquement l'angoisse que provoque la première (et les trois autres). Si nous devons tous mourir, si nous constituons notre propre monde, si chacun est en fin de compte seul dans un univers indifférent, alors quel sens donner à la vie ? S'il n'existe aucune destinée qui soit pré-ordonnée, alors chacun doit construire par lui-même le sens qu'il donne à sa vie. Cependant comment un sens que l'on construit soi-même peut-il être assez fort pour soutenir sa propre vie ? Le conflit existentiel découle de la dissonance que vit la personne entre le fait qu'elle est une créature avide de sens et celui qu'elle se trouve projetée dans un univers dépourvu de sens.

La mort

La plus évidente et la plus facilement compréhensible des contraintes existentielles, c'est la mort. Nous existons dans l'instant, mais un jour nous cesserons d'être. La mort viendra et l'on ne peut y échapper, c'est une vérité terrible et nous y réagissons par une terreur mortelle ! Dans une moindre mesure, cette angoisse nous la rencontrons face à tous les deuils qui sont à faire, face à toutes les séparations, dans toutes les circonstances qui sont la marque d'une rupture, d'une mort virtuelle ou d'une mort réelle.

Le conflit existentiel découle de l'opposition qui se crée entre la conscience de l'inexorabilité de la mort et le désir de continuer à être.

L'isolement existentiel

La quatrième contrainte existentielle, c'est la solitude - non pas la solitude interpersonnelle (le fait d'être isolé par rapport à d'autres personnes), ni non plus la solitude intra-personnelle (être coupé, isolé de certaines parties de soi), mais une solitude fondamentale - une qui sous-tend les autres solitudes. C'est celle par laquelle nous nous sentons séparés de toutes les autres créatures, et coupés du monde. Aussi intimes que nous puissions devenir par rapport à d'autres personnes, il restera toujours une séparation - le fait que nous entrons dans notre existence seul et que nous ne puissions la quitter que seul. Le conflit existentiel découle de l'opposition entre la conscience de notre isolement absolu et notre désir de contact, de faire partie d'un plus large ensemble.

L'imperfection

La cinquième et dernière contrainte existentielle, c'est la limitation, l'imperfection. Quand bien même nous voudrions être parfaits (comme Superman), très vite il nous est donné de nous rendre compte que nous sommes tous imparfaits. Nous sommes limités dans ce que nous pouvons accomplir.

Nous sommes limités dans ce que nous pouvons entreprendre. Nous sommes limités dans ce que nous pouvons envisager. Nous sommes limités dans ce que nous pouvons comprendre et supporter. Et ainsi de suite ... De surcroît, nous ne sommes pas à la hauteur des attentes que les autres ont de nous, ni même à la hauteur de nos propres attentes. En définitive, si nous y réfléchissons un peu, nous ne pouvons que constater que nous sommes « poussière dans le vent ». Le conflit existentiel découle de l'opposition entre notre conscience de nos limitations multiples et notre besoin de considérer que nous devrions pouvoir combler toutes nos lacunes et tous nos manques.

Ce passage en revue de ces cinq contraintes existentielles sert à cerner quelque peu les conflits intérieurs majeurs, par rapport auxquels le psychothérapeute existentiel se montrera particulièrement sensible, étant donné leurs ramifications. Un examen plus profond de ceux-ci (par exemple, les stratégies respectives à adopter face à chacune des angoisses existentielles évoquées) dépasserait de beaucoup le cadre de ce mémoire. Nous nous contenterons donc de poursuivre notre examen du courant existentiel en nous focalisant en priorité sur les considérations résultant de la première de ces grandes données existentielles, c'est-à-dire, celles résultant de la notion selon laquelle la personne est entièrement responsable de son monde, de sa ligne de conduite, de ses choix et de ses actes.

La personne : un être responsable et libre

La notion selon laquelle la personne participe activement et constamment à créer une expérience et une réalité qui est « en devenir » et pour laquelle elle est responsable, représente pour ainsi dire le cœur du point de vue existentiel. Elle a de profondes répercussions sur la manière dont le psychothérapeute existentiel va opérer face à son patient.

Aussi insensible que cela puisse paraître au premier abord, il opérera toujours à partir du point de vue que le patient qui souffre a créé sa propre détresse. Ce n'est pas le hasard, ou la malchance ou un mauvais gène qui a conduit le patient à se retrouver seul, isolé, chroniquement abusé, ou insomniaque. Même si la souffrance que vit le patient peut être en grande partie la conséquence de facteurs qu'il a été forcé de subir, celui-ci sera toujours d'une manière ou d'une autre un participant actif à sa détresse.

La tâche du thérapeute consistera donc à amener son patient à se rendre compte du rôle qu'il joue, à créer ou à perpétuer le dilemme qui est le sien. Selon Yalom, l'aptitude à accepter sa responsabilité varie considérablement d'un patient à un autre. Pour certaines personnes, c'est extraordinairement difficile et cela constitue le gros de la tâche thérapeutique; mais une fois qu'elles acceptent leur responsabilité, le changement thérapeutique découle presque automatiquement, sans efforts. Quoi qu'il en soit, la première tâche du thérapeute est d'être attentif à ce thème et d'identifier les cas et les méthodes de fuite de responsabilité, pour amener son patient à en prendre conscience.

L'acceptation de sa responsabilité n'implique pas seulement que l'on donne un sens à son monde. Elle implique également que l'on a la liberté et la responsabilité de changer son environnement externe, quand cela est souhaitable et possible. La tâche qui importe le plus est celle qui consiste à évaluer avec lucidité son "*coefficent d'adversité*" (Yalom, (1980), pages 272 & 273, traduction libre)³. La tâche ultime du thérapeute dans ce sens consiste à aider les patients à réévaluer de façon plus juste ce qu'ils n'ont réellement pas la possibilité de changer.

Quelles que soient ses circonstances physiques (le coefficient d'adversité), on est toujours responsable de l'attitude que l'on adopte face à son fardeau. Ceci dit, prendre la responsabilité de son attitude ne signifie pas forcément prendre la responsabilité de ses sentiments, mais de la posture que l'on prend par rapport à ses sentiments. En soulignant ce genre de distinction, ce qui importe avant tout, c'est que le thérapeute puisse aider ses patients à récupérer un sens de puissance, quant aux possibilités et aux choix qui sont les siens.

b) Sa théorie de la santé

• La visée ultime des efforts du praticien

Tel que cité par Yalom (1980), dans un article bien connu publié en 1950 dans une importante revue de psychiatrie, Allen Wheelis crut nécessaire de rappeler la chose suivante aux psychiatres en général :

La thérapie ne peut amener un changement de personnalité que dans la mesure où elle amène le patient à adopter un nouveau mode de comportement. Un réel changement sans qu'il y ait une action est une impossibilité théorique et pratique
(page 287, traduction libre)⁴

^{3 et 4} Yalom I.D. (1980), *Existential Psychotherapy*, Basic books, U.S.A.

Yalom fait référence à ce texte pour affirmer son point de vue selon lequel la visée ultime des efforts du praticien est d'amener son patient à agir autrement - à agir d'une façon qui soit plus en accord avec ses réels désirs.

Selon Yalom, le thérapeute peut prétendre poursuivre d'autres buts - la prise de conscience, la réalisation de soi, le confort - mais en dernier ressort, la proie secrète de tout thérapeute, c'est le changement (c'est à dire, l'agir). Le problème c'est que nulle part en formation le thérapeute est amené à apprendre quoi que ce soit sur les mécanismes de l'agir. Au lieu de cela, le thérapeute est formé à rassembler un historique, à l'interprétation, et à la relation. Sur cette base, il accepte comme chose évidente le fait que la poursuite de ces activités va bel et bien générer un changement, à la longue. Mais qu'en sait-il en réalité ?

Quelles que soient les tactiques particulières, la stratégie, la formulation des mécanismes et les buts qui dépendent de l'appartenance idéologique du thérapeute et de son style personnel, *Yalom formule l'hypothèse que ceux-ci ne sont efficaces que dans la mesure où ils servent à dégager le vouloir du patient*. Explicitement, le thérapeute se focalisera soit sur l'interprétation et la prise de conscience, soit sur la confrontation interpersonnelle, soit sur le développement d'une relation de confiance, ou soit sur l'analyse d'un comportement interpersonnel mal adapté. Mais chacune de ces stratégies doit, selon Yalom, être perçue comme étant une entreprise dont le but est de revitaliser le vouloir de la personne.

- **Pour que le changement s'opère, il importe de désencombrer le vouloir**

Qu'est-ce donc que le vouloir ? Le vouloir est intrinsèque à tout acte de changement - telle est une autre des prémisses majeures du courant de pensée existentiel. À un moment donné, la personne doit prendre le parti de ce qu'elle désire réellement ; elle doit s'engager dans une voie donnée. Elle doit établir une posture, elle doit choisir, elle doit dire oui à quelque chose, non à autre chose.

Et pour s'engager dans une voie donnée, pour faire un choix, la personne a besoin d'un moteur qui puisse propulser ce choix. Ce moteur, c'est ce que la pensée existentielle entend par le vouloir. Yalom décortique le processus par lequel la volonté s'accomplit en précisant que le vouloir est quelque chose que l'on initie en désirant, et que l'on met en œuvre par le biais du choix. Et comme tout thérapeute qui se respecte, il signale bien sûr que pour désirer, il faut être capable de ressentir.

Désencombrer le vouloir signifie donc en premier lieu que le thérapeute fasse son possible pour aider son patient à récupérer une capacité à ressentir, qu'il a le plus souvent enterrée sous ses angoisses. Jusque là, nous sommes dans une pensée tout à fait classique. Yalom poursuit cependant en affirmant que bien qu'il soit indéniablement important que la thérapie contribue à faire émerger l'affectivité, cette émergence n'est pas en soi thérapeutique.

En s'appuyant sur un long travail de recherche entrepris avec plusieurs collègues au début des années 1970, il affirme que tant que le patient n'aura pas réussi à situer les sentiments, émotions et angoisses qu'il éprouve, dans un cadre intellectuel *productif de sens*, il restera incapable de s'extraire des engrenages dans lesquels il se trouve emprisonné.

Désencombrer le vouloir signifie donc de façon encore plus importante que le thérapeute fasse tout son possible pour aider son patient à intégrer un cadre de référence intellectuel *imbibé de sens*. Et aussi fortement que nous voudrions qu'il en soit autrement, une telle entreprise ne peut se faire qu'au travers d'un processus relativement lourd et long, au cours duquel les mêmes thèmes sont répétés inlassablement au travers de l'environnement thérapeutique, pour être testés et re-testés.

Au centre de ces thèmes qui doivent être continuellement répétés, il y en a un qui est d'une importance capitale : même si le patient ne conçoit pas ses difficultés en termes d'une crise décisionnelle, il importe qu'il prenne le temps d'examiner les choix qu'il met en acte, dans tous les aspects de sa vie. Le thérapeute sera le plus souvent amené à souligner que chaque acte (y compris celui du changement personnel) est précédé par une décision.

Yalom souligne enfin qu'il est nécessaire pour le processus thérapeutique que le patient accepte d'être responsable non seulement de ce qu'il est, mais aussi de ce qu'il va devenir. Ce n'est que de cette manière, dit-il, que le patient pourra faire l'expérience du pouvoir (et de l'espoir) nécessaire au processus de changement. Ceci dit, il souligne également l'importance de tenir compte du fait que le changement thérapeutique ne se fonde pas sur une seule et unique décision volontaire ; au lieu de cela, il se fonde sur une série progressive de petites décisions qui se construisent les unes sur les autres.

• **Prise de conscience et relation thérapeutique**

Selon Yalom, s'il y a un facteur qui plus que tous les autres catalyse le changement (désencombre le vouloir), c'est la prise de conscience, ou plus précisément ce que les psychothérapeutes anglophones nomme *Insight**. Le vouloir du patient est encombré dans la mesure où celui-ci se sent impuissant, comme emprisonné par les structures comportementales et émotionnelles dans lesquelles il s'est enlisé.

Pour pouvoir s'extraire de cet enlisement, le patient va devoir arriver à croire profondément qu'il a le droit de désirer autre chose, et la capacité d'agir sur ce désir. Afin de construire cette conviction qui lui manque, le patient a besoin de points de repères - il a besoin de forger les outils qui conviennent. C'est au travers de la prise de conscience qu'il va pouvoir construire la conviction dont il a besoin. La prise de conscience est un épiphénomène - un moyen, à un moyen, à une fin. C'est le fertilisant de la relation. La quête d'une qualité de conscience accrue procure un contexte à la mise en place de la relation thérapeute-patient. C'est la colle qui relie patient et thérapeute. C'est cette quête qui maintient thérapeute et patient occupés à une tâche mutuellement satisfaisante.

* L'expression française qui traduit le mieux le sens de ce mot anglais est 'prise de conscience'. Cependant, le mot anglais traduit littéralement donnerait 'Dedans (In) - Vue (Sight)'. Il sous-entend une soudaine capacité à mieux voir à l'intérieur des choses, lorsque tombent les œillères psychologiques. Par souci de clarté, plutôt que d'employer l'expression anglaise, nous avons systématiquement utilisé l'expression française 'prise de conscience', étant entendu que nous l'employons avec le sens quelque peu plus spécifique du mot anglais 'Insight'.

Le patient se sent gratifié par un processus qui s'attache à scruter son monde intérieur aussi profondément que possible, tandis que le thérapeute est sous le charme du défi intellectuel. Et durant tout ce temps, le réel agent de changement, la relation thérapeutique, est en train de germer silencieusement.

La prise de conscience est le puissant ennemi de l'impuissance qui découle de l'ignorance. L'interprétation et l'identification font partie d'une séquence naturelle dans le développement de la maîtrise - ou d'un sens de maîtrise - sens qui de son côté génère un comportement plus *vivant*. C'est essentiellement le processus de prise de conscience et non son contenu qui est important.

La fonction de l'interprétation est de procurer au patient un sens de maîtrise. En conséquence de quoi, la valeur d'une interprétation doit être mesurée selon le critère suivant : dans la mesure où elle offre un sens de pouvoir, la prise de conscience est valable, correcte et « vraie ».

Le thérapeute peut offrir à son patient différentes interprétations pour clarifier le même thème, selon qu'il soit analyste freudien, gestaltiste ou rogérien (écoles citées parmi d'autres à titre d'exemple). Le ça, le moi, le sur-moi, le self, le cycle d'expérience, le concept d'actualisation de soi, les conditions nécessaires et suffisantes qui soutiennent une relation de confiance - toutes ces structures sont des fictions. Elles sont toutes des constructions psychologiques qui ne justifient leur existence que par leur pouvoir interprétatif. Le concept du vouloir procure un principe organisateur central pour ces divers systèmes interprétatifs. Ils fonctionnent tous selon le même mécanisme : ils ne sont efficaces que dans la mesure où ils peuvent être employés pour procurer au patient un sens de maîtrise, afin de revitaliser son vouloir enseveli.

Cette vision des choses signifie-t-elle que les psychothérapeutes doivent abandonner leurs tentatives d'émettre des interprétations réfléchies et précises ? Absolument pas. Elle signifie cependant qu'ils reconnaissent clairement le but et la fonction de l'interprétation. Certaines interprétations peuvent être supérieures à d'autres, non pas parce qu'elles sont plus profondes, mais parce qu'elles possèdent plus de pouvoir revitalisant, parce qu'elles sont plus crédibles, parce qu'elles procurent un plus grand sens de maîtrise, et par conséquent parce qu'elles seront plus à même de désencombrer le vouloir.

c) Sa méthode d'intervention

- **L'interprétation; relation passée, relation actuelle**

De nombreux thérapeutes, particulièrement ceux ayant une appartenance freudienne, estiment que pour élucider une difficulté - c'est à dire, pour faire éclore une prise de conscience - il importe avant tout d'établir un lien entre la difficulté telle qu'elle se présente dans le présent et des événements passés. Ce point de vue sous-entend que les causes du comportement de la personne se situent toujours dans les circonstances passées de sa vie.

La psychothérapie existentielle conteste ce point de vue. Plus précisément, ce qu'elle conteste, c'est qu'il faille obligatoirement établir un lien entre l'événement présent et les circonstances précédentes de la vie d'une personne.

Elle reconnaît que le fait d'établir ce lien peut souvent se révéler utile pour mieux identifier la nature profonde de la difficulté qui s'exprime dans le présent. Elle pense également que la compréhension du développement précoce d'une posture interpersonnelle augmente la possibilité d'engagement dans la relation actuelle. Elle maintient cependant que si l'exploration du passé peut être utile, elle n'est pas forcément essentielle. Ce qui est essentiel par contre, c'est précisément l'engagement dans la relation actuelle.

La psychothérapie existentielle part du point de vue que les vraies causes du comportement de la personne se situent en fait dans le présent, plus précisément dans sa manière d'engager la relation. Pour arriver à la source de ces causes, l'exploration du passé ne représente en réalité qu'une technique adjointe à la disposition du patient et du thérapeute. La technique principale se centre autour de l'approfondissement de la relation patient-thérapeute. C'est quand la nature de celle-ci est saisie sur le vif que les vraies causes du comportement de la personne transparaissent.

Nous en revenons une fois de plus à la notion selon laquelle, la visée de la psychothérapie est de mettre en place un processus au cours duquel le réel agent du changement, la relation thérapeutique, peut progressivement s'épanouir, en révélant par ce biais les points d'achoppement contre lesquels la personne butte dans sa manière d'engager la relation. Nous parlons donc bien d'un phénomène par lequel les causes se révèlent plus par rapport au présent que par rapport au passé. Dans cette optique, le psychothérapeute existentiel focalisera ses interprétations sur les relations passées de son patient certes, mais aussi et de façon bien plus prononcée sur tout ce qui caractérise la manière dont celui-ci engage ses relations actuelles. L'exploration de la posture que son patient adopte face aux diverses contraintes existentielles sera l'un des moyens importants, parmi d'autres, par lesquels le psychothérapeute existentiel pourra chercher à accomplir cette visée.

- **La relation de transfert, la relation réelle et la transparence**

Dans son ouvrage intitulé *The Theory and practice of Group Psychotherapy* (1995)⁵, Yalom consacre tout un chapitre à la notion de transfert, telle qu'elle a cours en psychothérapie de groupe, et à la manière radicale dont elle influence la nature du discours dans le groupe. Nous ne prendrons pas le temps d'élaborer ce sujet car Yalom relate là des notions tout à fait classiques.

Mais si nous mentionnons en préambule à cette section, le fait que Yalom accorde une place importante au transfert dans son travail, c'est pour mettre en perspective les propos qui vont suivre. En effet, pris hors contexte, ceux-ci pourraient donner l'impression que la psychothérapie existentielle rejette l'utilité de l'approche de la relation patient-thérapeute sous son aspect de relation de transfert, et son analyse. Tel n'est pas le cas. Ce qui est vrai par contre, c'est que la psychothérapie existentielle estime qu'au fil de la thérapie, au-delà de la relation de transfert et avant même qu'elle ne soit vraiment résolue, il s'installe entre le thérapeute et son patient une relation réelle, et que la manière dont celle-ci évolue est intimement liée au processus de guérison. Ce sont les considérations relatives à cette notion de relation réelle que j'aborderai ici.

⁵ Yalom I.D. (1995), *The Theory and practice of Group Psychotherapy*, Basic books, U.S.A.

Aussi utile que soit la relation de transfert comme outil de travail, le psychothérapeute n'aura pas comme objectif de manœuvrer sa présence comme le font certains analystes classiques, de façon à mettre en avant ‘l’écran blanc’ sur lequel le patient pourra projeter son (ses) transfert(s). Au contraire, estimant que la relation de transfert se met déjà facilement en place sans la moindre aide extérieure, le psychothérapeute existentiel aura comme seul souci celui d’être en relation avec son patient d’une manière aussi réelle et authentique que possible.

Tel que rapporté par Yalom (1980), parmi les thérapeutes qui estiment que c'est la relation réelle patient-thérapeute qui influence le plus le processus de guérison, Kaiser se distingue en postulant que ‘*le thérapeute guérit simplement en étant avec le patient*’. Selon lui, une thérapie efficace nécessite que le patient passe un temps suffisant avec une personne ayant des caractéristiques de personnalité bien précises. Quelles caractéristiques ? Kaiser en cite quatre:

1. *Avoir un intérêt pour les gens.*
2. *Avoir des convictions théoriques sur le processus thérapeutique qui n’interfèrent pas avec son intérêt à aider le patient à communiquer librement.*
3. *Être dépourvu du type de structure névrotique qui empêcherait la mise en place d’une communication ouverte avec le patient*
4. *Avoir une disposition mentale de réceptivité - le fait d’être sensible à la duplicité et/ou aux éléments non-communicatifs dans le comportement du patient.*

(Page 405, traduction libre)⁶

Concernant le degré auquel il convient au thérapeute de se dévoiler en tant que personne privée, avec tout ce que cela implique, le plus important selon Yalom est de s’assurer que tout dévoilement du thérapeute soit fait ‘au service du développement du patient’. Il s’ensuit qu’il y a certaines choses que les thérapeutes doivent garder pour eux- mêmes. Ils doivent éviter de dire des choses qui pourraient être destructrices pour le patient. Et ils doivent avant tout respecter un principe de *timing*, réguler le rythme de la thérapie et être attentifs à ce que le patient est prêt ou non, à entendre.

• L’approche visant à favoriser l’éclosion des forces actualisantes

Tel que rapporté par Yalom (1980), Martin Buber distinguait deux approches fondamentales par lesquelles on pouvait essayer d’affectionner l’attitude d’une autre personne, face à la vie. “*Soit on essaye d’imposer son attitude et ses opinions à un autre (de manière à ce que l’autre les incorpore comme étant les siennes), soit on essaye d’aider l’autre à découvrir ses propres dispositions, et à vivre ses forces actualisantes*” (Page 408, traduction libre)⁷.

La première approche, que Buber nomme ‘*imposition*’, est celle qu’emploie le propagandiste. La deuxième, ‘*l’éclosion*’, est celle que recherchent plus volontiers les enseignants et les thérapeutes. Cet idéal d’éducation par processus d’éclosion suscite néanmoins un nombre important de divergences, portant sur la manière dont il convient de chercher à le réaliser.

^{6 et 7} Yalom I.D. (1980), *Existential Psychotherapy*, Basic books, U.S.A.

Afin de décourager le transfert de responsabilité sur les épaules du thérapeute, certains thérapeutes estiment que la thérapie doit être entièrement non-structurée, le thérapeute entièrement non-directif, le patient entièrement responsable non seulement du contenu mais aussi du processus de la thérapie. C'est le cas d'un certain nombre de Rogériens hyper-orthodoxes.

Pour Yalom, il y a des limites évidentes à opposer à une posture aussi extrême. Selon lui, aucun thérapeute ne peut aider un patient qui, à cause d'une grande confusion, d'un manque de structure ou d'un manque de confiance, met un terme prématûr à sa thérapie. Il argumente que justement parce que le thérapeute a comme visée ultime celle d'aider le patient à assumer sa responsabilité, il ne s'ensuit pas que le thérapeute doive insister pour qu'il le fasse à chaque pas, même au début de la thérapie. Au contraire, la situation thérapeutique requiert du thérapeute qu'il fasse preuve d'une grande polyvalence. Au début d'une nouvelle thérapie, il importe que le thérapeute soit actif et qu'il procure à son patient un soutien considérable. Ce n'est qu'avec le temps, une fois l'alliance thérapeutique fermement établie, que le thérapeute pourra progressivement adopter une posture plus égalitaire - par laquelle le patient engage de plus en plus sa responsabilité à tous les niveaux.

La facilitation de ce processus de partage de responsabilités confronte le thérapeute à un dilemme important. Un thérapeute trop actif prend le pouvoir à la place du patient ; un thérapeute passif transmet un sens d'impuissance au patient. Pour Yalom, le problème est particulièrement prononcé en psychanalyse classique, lorsque la gamme étroite du comportement de l'analyste et son inactivité relative peuvent engendrer une dépendance prolongée. Comment prendre un cap intermédiaire ?

Une alternative possible consiste pour le thérapeute à amener le patient à reconnaître le processus par lequel il effectue des choix. Lorsqu'un patient hésite devant une difficulté, plutôt que de l'influencer à faire ce qu'il (le thérapeute) considère être le meilleur choix, le thérapeute se focalise sur les moyens à sa disposition pour faire comprendre à son patient que, qu'il le veuille ou non, il est confronté à un choix et qu'il ne peut échapper à cette liberté.

Des suggestions actives de la part du thérapeute peuvent, selon Yalom, pour autant qu'elles soient convenablement employées, être utilisées pour élargir la conscience.

Bien entendu il ne s'agit pas pour le thérapeute de prendre les choses en main pour le patient en prenant des décisions pour son compte, en lui dictant comment vivre.

Il y a cependant des cas de figure où le thérapeute peut suggérer ce qui paraît être une option comportementale évidente, ceci lorsque le patient, à cause d'une perspective restreinte, serait incapable de la considérer. Il n'est pas important que le patient suive le conseil ; le but de la procédure est que le patient soit rendu attentif au fait qu'il a de la difficulté à envisager des options évidentes. À partir de cette constatation, la thérapie peut explorer ce qu'implique le choix, le mythe de l'absence de choix, ainsi que les sentiments évoqués par une confrontation à la liberté.

d) Ses dégagements métacognitifs

En parcourant les divers récits de cas cliniques dont nous fait part le Dr. Yalom, quelques unes de ses réflexions ont retenu notre attention plus particulièrement, dont notamment :

- **Réflexions autour du cas de Marge** (1989), pages 219 & 221, traduction libre⁸

Yalom nous confie qu'il a quelque peu hésité avant d'accepter Marge comme cliente. Il nous confie que tout la concernant : de multiples tentatives de suicide, des problèmes alimentaires, le fait qu'elle fut victime d'un abus sexuel précoce de la part de son père et qu'il lui arrivait d'avoir des épisodes de pensées psychotiques, et finalement le fait que ça faisait 23 ans qu'elle était en thérapie – tout criait « état limite », une étiquette qui en ses propres mots : sème *la terreur dans le cœur d'un psychiatre qui n'est plus tout jeune et qui aspire à plus de confort*. Il nous relate ici l'échange qu'ils ont eu suite à une séance qui s'est avérée être déterminante pour Marge.

Marge : *D'une manière ou d'une autre, notre dernière séance semble avoir changé beaucoup de choses. C'est presque miraculeux la manière dont vous avez, en un laps de temps si court, réussi à me sortir de la mouise. Je suis vraiment heureuse que vous soyez mon psychiatre.*

Yalom (ses réflexions) : *Bien que charmé par son compliment ingénue, je me sentais mal à l'aise par rapport à deux des choses évoquées par Marge : d'une part à cause du mystérieux « d'une manière ou d'une autre », et d'autre part à cause de l'étiquette de faiseur de miracles. Tant que Marge pensait en ces termes, elle ne guérirait pas – parce que la source de l'aide apportée était soit à l'extérieur d'elle-même, soit incompréhensible. Mon rôle en tant que thérapeute (pas si différent de celui d'un parent) était de me rendre obsolète – d'aider la personne à devenir sa propre mère ou son propre père. Je ne voulais pas « l'améliorer ». Je voulais l'aider à prendre la responsabilité de s'améliorer elle-même, et je voulais que le processus de changement lui soit aussi clair que possible.*

Yalom : *Précisément qu'est-ce qui dans notre dernière heure ensemble vous semble s'être avéré déterminant ?*

Marge : *La chose principale qui a fait qu'à partir de ce moment là j'ai commencé à me sentir apaisée c'est le fait que vous m'ayez dit que votre femme avait les mêmes problèmes que moi au travail. Je me sentais si mal dans ma peau et si monstrueuse et je voyais votre femme comme étant si extraordinaire que j'estimais que nous ne pouvions être mentionnées ensemble de quelque manière que ce soit. En me confiant que nous avions toutes deux les mêmes problèmes vous m'avez démontré que vous aviez quand même du respect pour moi.*

Yalom (ses réflexions) : *J'étais tout excité d'entendre ce que me disait Marge. Ce qui comptait le plus c'était ce qui se passait au-delà des mots : ce que je faisais et non pas ce que je disais. En partageant quelque chose à propos de ma femme, j'ai fait quelque chose pour Marge, je lui ai fait un cadeau – ce qui comptait vraiment, c'était l'acte thérapeutique que je posais, et non pas les mots que je prononçais.*

⁸ Yalom I.D. (1989), *Love's Executioner and other tales of Psychotherapy*, Penguin books, New York

Marge : *En fin de compte, le simple fait de me poser la question « Qu'est-ce qui a aidé ? » a été important parce que ça m'a donné confiance qu'il y avait une manière par laquelle je pouvais m'améliorer. J'ai également trouvé utile que vous ne vous êtes pas mis dans votre rôle de mage qui s'efforçait à me faire deviner les questions auxquelles vous connaissiez déjà les réponses. J'ai aimé la manière dont vous avez reconnu le fait que vous ne saviez pas. J'ai aimé le fait que vous ayez suggéré que nous explorions la chose ensemble.*

- **Réflexions autour du cas de Halston** (1999), pages 202 & 205, traduction libre)⁹

Yalom nous confie qu'il avait de la peine à s'intéresser à Halston. Halston ne le regardait jamais : *Il avait un long visage triste et endeuillé. Si Halston avait à un moment donné possédé une quelque étincelle, celle-ci s'était depuis longtemps éteinte. Il était sans lustre, une compilation de tons de gris : des cheveux grisonnantes, une barbichette en gris strié parfaitement entretenue, des yeux couleur ardoise, un complet gris, des chaussettes sombres. Son discours se déclinait en gris. Aucune trace de couleur ou d'excitation quelconque n'animaient Halston, que ce soit dans son corps ou dans son esprit.* Devant l'insistance de ce dernier à vouloir mettre un terme à sa thérapie sur la base du fait qu'il trouvait son style (celui de Yalom) trop décontracté, et sentant qu'il n'avait plus grand chose à perdre, Yalom lui tint le discours suivant :

Yalom : *Je comprends votre préférence pour des rôles plus formels, et j'apprécie le fait que vous ayez voulu me faire part de vos sentiments quand à votre expérience de travail thérapeutique avec moi. Laissez moi en faire de même – j'aimerais vous faire part de mon expérience de travail thérapeutique avec vous ?*

Halston : *Je suis tout ouïe.*

Yalom : *Ce qui prédomine en moi, c'est une certaine frustration – frustration que je pense provoquée par le fait que vous êtes quelque peu avare.*

Halston : *Avare ?*

Yalom : *J'entends avare dans le sens que vous me donnez très peu. Chaque fois que je vous pose une question, vous me répondez par un télégramme laconique. J'entends par là que vous me donnez peu de mots, peu de détails descriptifs, et peu de révélations personnelles. C'est précisément pour cette raison que j'ai essayé d'établir une relation plus intime avec vous. Mon approche thérapeutique se décline autour des sentiments profonds dont mes patients me font part. Sur ce point, mon expérience professionnelle m'a convaincu que les rôles formels ont tendance à ralentir le processus d'expression/partage des sentiments éprouvés. C'est pour cette raison - la seule raison d'ailleurs - que je m'efforce à me dévêtrir de tout rôle formel. Et c'est parce que ce sont incontestablement les émotions qui se font jour au cours du processus thérapeutique qui en sont le carburant, que je vous demande si souvent de me faire part des sentiments que vous éprouvez à mon égard.*

⁹ Yalom I.D. (1999), *Momma and the meaning of life, tales of Psychotherapy*, Penguin books, New York

- **Réflexions autour du cas de Irène** (1999), pages 95 & 146, traduction libre)¹⁰

Irène est une jeune chirurgienne d'une quarantaine d'années qui vient consulter Yalom parce que son mari, Jack, est atteint d'une maladie incurable et qu'il n'en a plus pour longtemps. Jack mourra neuf mois après le début de cette thérapie et Irène aura besoin d'encore près de quatre ans de thérapie avant de pouvoir retrouver l'élan vital qui la déserte après la mort de Jack. Dans les premiers extraits ci-dessous Yalom nous relate les conclusions qu'il tire des joutes colériques qu'il a eues avec sa patiente durant les débuts très émotionnels de leur relation. Les derniers extraits se réfèrent quant à eux aux réflexions que patient et thérapeute font ensemble à l'heure du bilan en fin de thérapie.

Yalom (ses réflexions) : *J'étais irrité, c'était indéniable. Irène savait comment cerner mes zones de sensibilité – elle se focalisait encore et encore sur les sujets qui m'irritaient le plus. Et j'ai appris à ne plus me retenir. Je laissais libre cours à mes sentiments. Irène pouvait venir dans mon cabinet tellement déprimée qu'elle pouvait à peine parler. Mais dès lors que nous nous disputions sur un quelconque sujet, inévitablement elle revenait à la vie. J'étais conscient du fait qu'en ces occasions je prenais le rôle de Jack. Il avait été le seul capable de lui tenir tête. Dans sa pratique hospitalière, Irène abordait ses élèves de façon outrageusement glaciale (les résidents chirurgiens l'avaient surnommée « la Reine »). Jack quant à lui n'avait jamais fait preuve d'une quelconque soumission. Elle me fit savoir qu'il n'essayait jamais de cacher ses sentiments, et qu'il lui était coutumier de quitter une pièce en marmonnant « je n'ai pas le temps pour ces conneries ! »*

La rage d'Irène, que j'ai rencontrée pour la première fois durant notre deuxième mois de thérapie, était profonde et omniprésente. Alors que cette rage ne faisait irruption que de temps à autre, elle grondait sans cesse sous la surface. Au début, je ne m'en souciais pas trop. Les recherches que j'avais faites me faisaient croire que cette colère n'était pas plus inquiétante qu'une culpabilité tenace, qu'un regret ou qu'un déni temporaire est que celle-ci se dissiperait bientôt. Mais en cette circonstance, comme si souvent avec Irène, la recherche m'induisait en erreur. Encore et encore, je découvrais que les vérités « statistiquement significatives » (recherches qui le plus souvent excluent de leurs conclusions les résultats extrêmes) n'étaient en fait que peu significatives lorsque je me retrouvais dans une rencontre unique face à une personne en chair et en os.

Comment faire face à l'immense colère d'Irène ? En premier lieu, je me suis appuyé sur le vieil adage thérapeutique qui nous enjoint de faire la distinction entre la personne et le rôle qu'elle joue. Le plus souvent la colère qu'un patient peut éprouver face à son thérapeute a davantage à voir avec le rôle qu'aux yeux du patient celui-ci joue, et non sa personne. Il me paru évident que la plus grande partie de la colère qu'Irène exprimait appartenait ailleurs – la vie, le destin, Dieu, l'indifférence cosmique – mais qu'elle déchargeait celle-ci sur la cible la plus proche : moi, son thérapeute.

¹⁰ Yalom I.D. (1999), *Momma and the meaning of life, tales of Psychotherapy*, Penguin books, New York

Sans doute la raison principale qui m'a permis de ne pas me retrouver réduit à néant par la rage d'Irène c'est la réalisation que celle-ci masquait une très grande tristesse, un désespoir profond et une grosse angoisse.

Quand elle exprimait de la colère envers moi, je répondais parfois avec une irritation ou une impatience réflexive, mais le plus souvent avec de la compassion. De fil en aiguille, alors que par le passé lorsque je me trouvais confronté à une colère, je tentais de l'apaiser en essayant de la comprendre et de la résoudre de façon expéditive, avec Irène je compris que ce dont Irène avait besoin c'est que je contienne sa colère, que je la débusque et que je plonge en elle.

Lorsqu'advint notre prochaine séance, la colère que j'éprouvais était égale à celle d'Irène. Cette session fut plus un match de lutte que de la thérapie. Nous eûmes la plus grosse de toutes nos disputes. Elle avait à mon égard un océan d'accusations : vous m'avez abandonnée ! Vous voulez que je fasse des compromis en tuant des parties vitales de moi-même ! Face à cette fureur, je ne fis aucun effort de compréhension empathique. J'en ai ras-le bol de vos champs de mines. J'en ai ras-le-bol que vous me fassiez passer des tests auxquels j'échoue le plus souvent. Et de tous les tests que vous m'avez adressés, celui-ci est le plus traître. Je terminais en empruntant une expression que son défunt mari employait : Nous n'avons pas le temps pour ces conneries !

Dans aucun de mes manuels ni dans aucune de mes supervisions ou formations n'aurais-je conseillé à quiconque de lutter avec tant de colère avec un patient. Invariablement cependant, de telles séances permettaient à Irène d'avancer.

En fin de compte, cherchant à démontrer une fois pour toute que sa colère ne me détruirait pas et ne me ferait pas fuir, j'émis une nouvelle règle thérapeutique : Chaque fois que vous exploserez vraiment face à moi, nous inscrirons une séance supplémentaire dans notre agenda hebdomadaire. Cet acte s'avéra être d'une grande efficacité ; en rétrospective, je le considère ayant été réellement inspiré. Ce faisant, je commettais un acte thérapeutique : Je lui démontrais non seulement que sa colère ne me ferait pas fuir, mais qu'au contraire elle aurait pour effet de nous rapprocher encore d'avantage.

++++++

Irène (*disant à Yalom ce qui lui avait paru le plus aidant dans sa façon de faire avec elle*) : *Ce que j'ai le plus apprécié, c'est votre implication. Vous avez eu face à moi une très grande endurance. Vous êtes non seulement resté proche de moi, vous m'avez constamment encouragée à parler de tout, aussi macabre que ça puisse être. Et si je ne le faisais pas, vous étiez le plus souvent à même de deviner, généralement de façon perspicace – je dois vous le concéder – ce que je ressentais.*

Vos actions étaient importantes – les mots tous seuls n'auraient pas suffit. C'est pourquoi l'une des meilleures choses que vous ayez faites a été de me dire que je devais vous voir pour une séance supplémentaire chaque fois que je me montrais vraiment enragée à votre égard.

Souvent, je sentais que vous procédiez sans aucun script, sans règles, sans procédure planifiée. C'est comme si vous improvisiez sur place.

Yalom : *Et que ressentiez vous face à cette improvisation ?*

Irène : *J'avais parfois très peur. Je voulais que vous soyez le magicien d'OZ. J'étais perdue et je voulais que vous me disiez comment rentrer chez moi au Kansas. J'étais suspicieuse de votre incertitude. De fil en aiguille, je me suis néanmoins rendue compte que je ne me suis jamais sentie ordinaire ou insignifiante lorsque vous improvisiez. C'étaient des moments durant lesquels je me sentais unique et importante. Nous cheminions ensemble.*

Yalom : *D'autres choses ?*

Irène : *J'ai particulièrement apprécié les moments durant lesquels vous renonciez à réparer ou à analyser et me disiez des choses toutes simples comme : Irène, vous vivez un cauchemar, le pire que je puisse imaginer. Et la meilleure chose de toutes était quand vous ajoutiez – pas suffisamment souvent – que vous m'admiriez et me respectiez pour mon courage et ma persévérance.*

e) Notre appréciation des facteurs considérés par Yalom comme étant déterminants pour que se produise un changement psychothérapeutique

En nous appuyant sur le triptyque conceptuel des praticiens de Thérapie Existentielle tel que résumé en 1ère partie de cette section (par Yalom), et en analysant les métacognitions qu'il nous livre en rapport avec les études de cas référencées ci-dessus, nous dégageons 6 facteurs qui à notre avis, sont à leurs yeux déterminants, pour que se produise un changement psychothérapeutique, soit :

1) L'aptitude duelle du Thérapeute en tant qu'artisan / participant d'une rencontre

Thérapeute-Patient : la rencontre Thérapeute-Patient, le cœur même de la psychothérapie, est une aventure de découverte mutuelle, profondément humaine et caractérisée par un égard réciproque. C'est une rencontre entre deux personnes, l'une (généralement mais pas toujours, le patient) plus troublée que l'autre. Les thérapeutes ont un rôle duel : ils doivent à la fois observer et participer dans la vie de leurs patients. En tant qu'observateur, le thérapeute doit être suffisamment objectif pour pouvoir guider son patient de façon rudimentaire. En tant que participant, le thérapeute doit pouvoir pénétrer dans la vie de son patient de façon à s'en retrouver affecté, parfois même changé par sa rencontre avec lui.

2) L'engagement authentique du thérapeute : l'axiome central à la psychothérapie est le suivant : c'est l'implication relationnelle qui guérit. Le changement psychothérapeutique découle d'un engagement sincère et authentique, et cela implique une mutualité. Les thérapeutes s'attachent à faciliter un changement chez le patient, et dans ce processus se retrouvent eux-mêmes changés. Un bon thérapeute est un étudiant engagé sur un perpétuel chemin de découverte de soi.

Plus il se sent bien dans sa peau, plus il devient capable de renoncer à un habit d'autorité et à accueillir ses patients dans leur pleine intelligence et sensibilité.

Un thérapeute aide son patient, non pas en décortiquant son passé, mais en étant profondément présent à lui en tant que personne. Il importe plus que tout que le thérapeute soit digne de confiance, intéressé et convaincu qu'au travers d'une action commune il sera possible d'engendrer une guérison. Le drame lié au processus de régression et de récapitulation d'inceste (ou de quelque autre entreprise intellectuelle et/ou cathartique) est qu'ils ne favorisent la guérison que si ces exercices procurent au patient et au thérapeute une activité en commun intéressante ; pendant ce temps, la vraie force curative, la relation thérapeutique, est en train d'agir.

- 3) **L'engagement mutuel dans un processus de co-construction** : Pour être efficace, le thérapeute doit être capable de vider son esprit des attentes et des conceptions stéréotypées qui obstruent sa vision, et qui l'empêcheraient de permettre au discours original et spécifique à son patient, de naître et de s'épanouir dans la relation. L'entreprise psychothérapeutique se doit d'être organique : le thérapeute et son patient doivent ensemble façonner le cours de la thérapie – le processus thérapeutique s'accomplit nécessairement dans un travail de co-construction.

Etant donné que les thérapeutes doivent, tout comme leurs patients, faire face aux contraintes de leur existence, toute attitude de professionnalisme désintéressée, si nécessaire à la méthode scientifique, est inappropriée en thérapie. Nous thérapeutes ne pouvons en aucun cas, même avec la plus grande sympathie, suggérer à nos patients qu'ils doivent se battre avec leurs problèmes. Nous ne pouvons leur dire *vous* et *vos* problèmes. Au lieu de cela, il nous incombe de parler de *nous* et de *nos* problèmes, car nos vies, nos existences, sont toutes interpellées par les mêmes contraintes existentielles.

- 4) **La capacité du Thérapeute à engager la relation qu'il va nouer avec son patient en acceptant d'une part de faire face à ses inévitables incertitudes, et d'autre part d'aider son patient à prendre acte du sens qu'il attribue à la vie** : Le sens de la vie que nous menons découle du sens que nous attribuons aux activités dans lesquelles nous nous engageons.

En thérapie comme dans la vie, le sens est le bénéfice secondaire que nous tirons des engagements que nous prenons - voilà ce sur quoi les thérapeutes doivent diriger leurs efforts.

Non pas que l'engagement nous procure une explication rationnelle aux interrogations sur le sens – c'est plutôt qu'il fait en sorte que cela n'a plus d'importance. Dans leur travail quotidien, les thérapeutes, s'ils veulent pouvoir être en relation avec leurs patients de manière authentique, doivent inévitablement faire face à une grande incertitude.

L'inévitable confrontation du patient, avec des questions sans réponses, amène le thérapeute non seulement à devoir se confronter aux mêmes questions, mais aussi à reconnaître que l'expérience de l'autre est en définitive irrémédiablement privée et méconnaissable.

Cette capacité à endurer un degré élevé d'incertitude est un pré-requis pour la profession. Alors que le grand public pourrait croire que les thérapeutes guident leurs patients systématiquement et de façon assurée, d'un stade thérapeutique à un autre jusqu'à un but anticipé, ce n'est en fait que rarement le cas. En réalité, les thérapeutes sont souvent décontenancés, ce qui les amène à improviser et tâtonner pour trouver leur chemin. Ceci étant, ils peuvent être fortement tentés d'intégrer des certitudes en adoptant une façon de penser rigide liée aux concepts d'une école donnée, choisissant en même temps de suivre un protocole thérapeutique pré-déterminé. Cette façon de procéder est perfide : elle empêchera très certainement que se noue la rencontre incertaine et spontanée, indispensable pour qu'advienne une thérapie efficace.

5) **La capacité du Patient à exprimer et partager ses sentiments les plus profonds avec son Thérapeute est une aptitude qui ancre profondément la relation thérapeutique. C'est également une aptitude qui influe de façon décisive, sur sa capacité à accepter qui il est et à assumer la responsabilité pour la situation dans laquelle il se trouve :**

Etre vivant implique que nous éprouvions des émotions, des sentiments. Face à un événement donné, nous nous trouvons rarement indifférents. En fonction des significations qu'évoque l'événement, et de par les besoins qui sont les nôtres, nous pouvons éprouver du plaisir (à la perspective de la satisfaction d'un besoin important), de la peur ou de la colère (si nous nous sentons en danger ou contrecarrés dans nos espoirs), etc. Le fait d'éprouver des sentiments signifie que nous sommes en vie. C'est par les émotions que nous éprouvons que nous nous déployons dans la vie. Nos émotions sont les ressorts de notre motivation.

Ceci étant, avant même d'aborder avec nos patients les différents facteurs qui influent sur leurs difficultés, nous devons prêter attention aux ressentis qui sont les leurs, ceux qu'ils arrivent à exprimer, ceux qu'ils retiennent ou s'interdisent de même éprouver. Nous devons être attentifs aux ressentis de nos patients et nous employer à encourager leur expression.

En ce sens, notre meilleur outil est le plus souvent notre propre personne. Notre humanité fait que nous sommes rarement indifférents devant qui que ce soit. Face à nos patients nous éprouvons immanquablement quantité d'émotions. C'est sur celles-ci que nous pouvons nous appuyer pour initier/instaurer l'implication relationnelle, qui sera le fondement du processus de changement qui pourra ensuite se déployer.

- 6) **La capacité du Patient à changer (le degré de liberté qu'il pourra s'approprier) dépend d'une part de son aptitude à assumer la responsabilité de ses actes, et d'autre part de son aptitude à éprouver des envies qui l'inciteront à prendre des décisions pour agir** : Le 1^{er} pas en thérapie, sans aucun doute le plus crucial, est celui par lequel le patient assume la responsabilité de la situation dans laquelle il se trouve. Tant que l'on estime que ses problèmes sont causés par une force ou par un agent extérieur, la thérapie n'aura pas de levier. Etant donné que les patients ont tendance à résister à cette prise de responsabilité, le thérapeute doit développer des techniques pour amener leurs patients à se rendre compte de la manière dont ils s'y prennent pour créer leurs problèmes.

S'il est vrai que le fait d'assumer la responsabilité de leurs actes dirige les patients dans le vestibule du changement, cela n'équivaut pas au changement. Le thérapeute doit se souvenir, qu'au-delà de ses efforts pour amener son patient à des prises de conscience, à comprendre par quelle voie il peut mieux assumer sa responsabilité et s'actualiser, sa vraie proie c'est le changement.

Etre libre présuppose non seulement que nous prenions la responsabilité pour les choix que nous faisons, mais également que nous posons des actes de *vouloir*. Bien que le concept de *vouloir* soit un concept que les thérapeutes utilisent rarement de façon explicite, ils déploient néanmoins des efforts considérables à tenter d'influencer le *vouloir* d'un patient. En tant que thérapeutes, en nous appuyant sur le présupposé qu'une meilleure compréhension des choses élicitera un changement, nous nous employons encore et encore à clarifier et à interpréter. Cependant, lorsque nous constatons que des années d'interprétations n'ont pas réussi à engendrer de changements, nous en arrivons parfois à exhorter nos patients directement : *L'effort est nécessaire. Vous devez essayer* ... Et quand ces exhortations ne suffisent pas non plus, nous sommes parfois réduits à employer quelque moyen que ce soit par lequel une personne peut éventuellement en influencer une autre. Nous pouvons ainsi faire des recommandations, argumenter, harceler, implorer ou simplement endurer, toujours dans l'espoir que le monde névrotique de notre patient va s'écrouler tant nos efforts l'auront exténué. Quoi que nous fassions (ou ne fassions pas) nous ne pouvons échapper au fait que **c'est par le *vouloir*, le ressort de l'action, que notre liberté s'acquiert.**

CHAPITRE IV D – Collaborative Therapy

Harlène Anderson

(Peggy Penn et Susan Levin commentant les études de cas)

Harlène Anderson est une psychologue américaine. Avec le Dr Harold A. Goolishian (1924–1991), elle a développé une approche de thérapie dite *collaborative* et *postmoderne*. Elle est reconnue comme chef de file dans le domaine du mariage et de la thérapie familiale pour ses contributions théoriques, ainsi que pour ses pratiques novatrices en formation. L'approche collaborative, d'abord développée pour une utilisation en thérapie familiale, s'est avérée être utile dans une variété d'autres domaines dits systémiques, dont l'organisation des entreprises, l'enseignement supérieur et la recherche. Le triptyque décrit ci-dessous reprend de façon condensée les idées clés exprimées dans son ouvrage de référence *Collaborative Therapy - Relationships and conversations that make a difference* (Anderson & Gehart (Dir.), (2007)¹

a) Sa conception de l'homme

- Un regard Postmoderne sur la connaissance, le langage et la construction sociale**

Le qualificatif *Postmoderne* se réfère d'une part à une mouvance d'art et d'architecture qui prit son essor à la fin du 20^{ème} siècle, et d'autre part à une branche de la philosophie contemporaine française. Harlène Andersson quant à elle se réfère au Postmodernisme en y englobant une famille de concepts (développés au sein de communautés de chercheurs en sciences sociales et naturelles) qui remettent en question la pertinence de concepts tels que « fondement de connaissance » et « certitude épistémologique ». Le Postmodernisme remet en cause la notion de Vérité avec un V majuscule. Il remet en cause la place centrale accordée à une connaissance individuelle, à un monde pouvant être objectivement connu, ainsi que l'idée que le langage soit capable de transmettre une vérité.

La connaissance

Le Postmodernisme conçoit la connaissance d'un point de vue différent : la connaissance est socialement construite ; la connaissance et le connaisseur sont interdépendant ; toute connaissance ou acte visant à connaître s'inscrit dans une histoire, un contexte, une culture, un langage, une expérience et une compréhension. Le Postmodernisme s'intéresse davantage à la connaissance locale – cette connaissance développée au sein d'une communauté composée de membres qui sont activement engagés à la développer. La connaissance locale peut être considérée comme étant une connaissance participative ou relationnelle, par opposition à une connaissance objective et/ou une connaissance qui serait indépendante de celui qui observe. En tant que telle, cette connaissance sera utile à ses participants. Selon le Postmodernisme, nous ne pouvons connaître le monde qu'à travers notre expérience, nous ne pouvons en avoir une connaissance directe. De surcroît, nous continuons sans cesse à interpréter nos expériences et à interpréter nos interprétations.

¹ Anderson & Gehart (Dir.) (2007), *Collaborative Therapy - Relationships and conversations that make a difference*, Taylor & Francis Group, New York

Il s'ensuit donc que la connaissance que nous acquérons ainsi, est fluide, évolutive, changeante. Il n'y a par conséquent aucune finalité à notre connaissance, aux significations que nous attribuons aux choses, à nos compréhensions ou à nos réalités.

Les réalités que nous créons ainsi, nous les élaborons les uns avec les autres. La connaissance n'est pas une activité individuelle ni un processus passif ; la connaissance ne peut ni être transmise ni être reçue par un autre, en isolation.

Le langage

Du point de vue Postmoderne, le langage (le moyen par lequel nous communiquons ou nous nous exprimons les uns envers les autres – verbalement ou non verbalement) est le véhicule principal par lequel nous construisons et attribuons un sens à notre monde. Plus exactement, le langage est ce qui permet la description et le sens que nous attribuons à ce qui se passe – le véhicule du processus par lequel nous cherchons à comprendre et à créer du sens – se rapportant à la connaissance de notre monde et de nous-mêmes. Le langage est par conséquent l'instance qui limite et donne forme à nos expressions.

En résumé, l'on peut dire que la réalité que nous attribuons aux événements, aux expériences et aux personnes qui peuplent nos vies n'existe pas à l'intérieur d'une chose ou d'une personne ; au lieu de cela, elle est créée socialement à l'intérieur d'une culture donnée et est continuellement modelée et remodelée par le langage.

Le constructionnisme social

Dans le cadre de référence Postmoderne, la discipline qui s'intéresse à la manière dont les hommes s'y prennent pour arrêter leurs descriptions des choses, leurs explications, et leur compréhension d'eux-mêmes et de leur monde, s'appelle le constructionnisme social. C'est une discipline qui adopte un regard sceptique face aux vérités établies, en s'interrogeant de façon marquée sur le pouvoir et l'autorité que ces « vérités » confèrent.

Parfois le terme *constructionnisme social* est apparenté à la notion de *constructivisme*. Cependant le constructionnisme social se différencie du constructivisme en ce que ce dernier s'est avant tout intéressé à un individu autonome et à la manière dont celui-ci construit sa vision du monde. Même si les deux notions promeuvent l'idée selon laquelle la connaissance serait une construction, le constructionnisme social prolonge la vision de paternité individuelle élaborée par le constructivisme en évoquant pour sa part une paternité plurielle et socialement construite. Les constructionnistes se sont entre autres intéressé à la manière dont les personnes coordonnent leurs activités quotidiennes, les unes avec les autres. De leurs recherches découle la notion de *réalité conversationnelle* sur laquelle la thérapie collaborative s'appuie de façon importante, comme nous le verrons plus loin.

- **L'Herméneutique Relationnelle**

Au début des années 1980 Harry Goolishian et Harlene Anderson, inspirés par les théoriciens constructivistes du *Mental Research Institute* de *Palo-Alto*, se sont intéressés au langage et à son impact en thérapie. Rapidement ils se sont trouvés confrontés au concept de l'herméneutique.

Cette notion, née de l'art d'interpréter des textes se rapportant aux sciences humaines, s'est peu à peu transformée en une véritable philosophie de l'interprétation. Ce concept a permis à Goolishian et Anderson d'élaborer une vision de l'interprétation comme représentant un processus, à travers lequel les hommes participent activement à la construction d'une vision du monde qui leur est propre.

Cette élaboration a amené Goolishian et Anderson à considérer que la signification accordée à un événement et la compréhension qui en résulte, sont des choses qui sont élaborées par des individus en conversation les uns avec les autres, dans un effort réciproque pour se comprendre ainsi que l'environnement qui est le leur. La signification ainsi accordée et la compréhension qui en résulte est alors intersubjective. A partir de là, Goolishian et Anderson en arrivent à considérer que la quintessence de l'homme est dialogique – le processus de compréhension étant lui-même fondamentalement relationnel et dialogique – c'est une activité conjointe à deux – un dialogue entre soi et les autres –chaque personne est ouverte à l'autre et essaye de saisir ce qui fait sens pour l'autre.

L'herméneutique relationnelle représente ainsi la notion selon laquelle nous participons à créer ce que nous pensons, ou croyons comprendre, ou connaître sur les autres et nous-mêmes. Il s'ensuit qu'une véritable compréhension et une interprétation définitive d'un événement ou d'une personne ne peut jamais être arrêtée. Chacun ne peut qu'apporter sa version de la vérité. De surcroît, dans l'acte de communiquer cette version qui lui est propre, il est influencé par ce qu'amène dans la rencontre, celui qui l'écoute (l'interprète).

- **La Personne-En-Relation**

Sur la base des notions précitées les thérapeutes collaboratifs s'accordent pour dire que les patients qu'ils reçoivent dans leurs cabinets sont avant tout des *Personnes-en-relation*. Ils perçoivent leurs patients comme étant des individus engagés encore et toujours dans un devenir conversationnel, c'est-à-dire, dans une réalité qu'ils sont occupés à sans cesse construire et reconstruire, toujours affairés à modifier leur identité en fonction des interactions qu'ils entretiennent avec les autres.

- **b) Sa théorie de la santé**

- **Le but de la Thérapie Collaborative et son présupposé fondamental**

En réponse à la question « A quoi peut servir la thérapie collaborative ? », Harlène Anderson (2001) répond : *"Mon but est simple : offrir l'aide que je suis capable de donner à un client en ce qui concerne son désir, son besoin, son agenda – se rapportant à sa difficulté de vivre, quelle qu'elle soit. J'accepte le fait qu'il y a d'habitude plus d'une réalité sur le sujet, la manière dont on peut imaginer sa résolution, et la relation que je peux prendre par rapport à celle-ci. Je n'ai jamais la prétention de prédire avant le début de la thérapie quoi que ce soit par rapport à cette aide – à quoi elle pourrait ressembler durant ou à la fin de la thérapie. Ce que j'ai à offrir n'est rien de plus qu'une certaine manière d'être – en relation avec l'autre"* (paragraphe en page 7 de l'article publié dans le Journal of Family Therapy, traduction libre)²

² Anderson, H. (2001), *Postmodern Collaborative and Person-Centered Therapies: What Would Carl Rogers Say?* Journal of Family Therapy

- **La conversation dialogique et son intention**

Lorsque Harlène Anderson affirme que ce qu'elle a à offrir en tant que thérapeute c'est surtout une certaine manière d'être, à quoi se réfère-t-elle ? Elle se réfère avant tout à une manière d'être en relation avec l'autre **par le dialogue**.

Dans l'ancienne civilisation Grecque, le mot dialogue se référait à *dia* (« à travers ») et *logos* (« mot »). Il se référait à l'échange social et à la génération de sens. Harlène Anderson quant à elle utilise le mot « dialogue » dans un sens similaire en se référant à un type de conversation : le fait de parler à ou converser avec quelqu'un (ou soi-même) en recherchant un sens ou une compréhension. Elle insiste sur le fait qu'il s'agit d'une action qui se **fait avec**. Les participants d'un dialogue s'engagent dans un processus mutuel de recherche partagée : ils réfléchissent ensemble, ils examinent ensemble, ils se questionnent ensemble, ils reflètent ensemble ... A travers cette démarche dialogique, les significations et les compréhensions sont sans cesse réinterprétées et clarifiées, revisitées et recréées. Il en résulte une construction nouvelle : un nouveau sens, une nouvelle compréhension. Il en découle surtout de nouvelles possibilités de pensée, de sentiments, d'émotions, d'expression et d'action.

Cette recherche de sens n'implique pas la nécessité de partir à la recherche de ce qui serait caché ou encore à découvrir. Elle implique surtout l'acte de scruter le familier dans le but de voir avec de nouveaux yeux, d'entendre avec de nouvelles oreilles, voir et entendre différemment, comprendre différemment, articuler différemment ...

Il en ressort que la conversation dialogique est une activité relationnelle et collaborative. L'essentiel c'est que les participants d'un dialogue se considèrent les uns et les autres comme étant des partenaires conversationnels. L'acte de dialoguer requiert de la part des participants un sens de mutualité, d'authenticité et un intérêt sincère envers tout ce qui concerne l'autre.

Celui ou celle qui participe à une conversation dialogique doit pouvoir faire appel à deux aptitudes complémentaires : il doit en 1^{er} lieu savoir écouter (pour comprendre ce que l'autre exprime et montrer un intérêt profond pour ce qui est exprimé), et il doit en 2^{ème} lieu savoir réagir à ce qui est dit (dans le but d'éventuellement pouvoir inciter l'autre à prolonger sa pensée ou son sentiment).

Selon Harlène Anderson, la meilleure manière de mettre en œuvre cette double aptitude c'est d'apprendre à écouter l'autre comme s'il nous racontait une histoire. Elle nous fait remarquer que lorsqu'on écoute une histoire, c'est sa trame qui nous intéresse et pas nécessairement les détails ni les faits concrets. Elle nous confie que paradoxalement c'est souvent lorsque l'on renonce à se focaliser sur les détails et les faits, que ceux-ci nous restent plus facilement en mémoire.

La conversation dialogique est une conversation à deux. C'est un processus d'aller-retour, de donner-prendre, de « nous-y-sommes-ensemble ».

C'est un processus dans lequel les personnes parlent ensemble plus qu'envers les uns les autres. Pour qu'un thérapeute puisse inviter son client dans un tel partenariat, il doit faire en sorte que l'histoire de celui-ci prenne toute la place « sur scène ». Cela implique que le thérapeute soit constamment en train d'apprendre, d'écouter et d'essayer de comprendre l'histoire que lui raconte son client. Le thérapeute écoute pour comprendre ce que le client comprend, et non pour sa propre compréhension. Ecouter pour entendre est un acte actif – **le thérapeute offre ses commentaires, pose des questions, vérifie s'il a bien compris – quoi qu'il entreprenne, il le fait pour entretenir le processus de dialogue.**

La thérapeute collaboratif n'a pas d'autre intention que celui de promouvoir le dialogue. Dans son rôle de thérapeute, l'intention du praticien est d'inviter à, de faciliter et d'entretenir le dialogue. Cette intention repose sur la notion que, **pour mieux faire face aux difficultés qui sont les siennes, le client a besoin d'apprendre quelque chose. Ce que précisément le client a besoin d'apprendre, le thérapeute ne le sait pas et il ne s'en préoccupe pas outre mesure. La tâche du thérapeute consiste simplement à engager son patient pour qu'il se mette dans une position de co-apprentissage** – au travers d'un travail de recherche mutuelle, en conversation dialogique.

La recherche mutuelle ainsi engagée est un processus interactif et fluide dans lequel thérapeute et client co-explorent ensemble le connu en vue de co-développer l'inconnu (le nouveau). Par cette recherche en commun, l'histoire du client se clarifie, s'élargit et prend spontanément une nouvelle dimension. Ce qui est ainsi créé (le nouveau contenu) découle de quelque chose qui s'est co-construit par la conversation dialogique.

Un partenariat conversationnel requiert de la part du thérapeute qu'il s'ouvre à et honore des voix multiples. Il est important que le thérapeute puisse apprécier la richesse des différentes possibilités qui s'expriment à travers ces voix. C'est en réussissant à accueillir ces multiples voix que le thérapeute pourra inviter l'autre à devenir un partenaire à part entière dans une conversation collaborative. Et c'est à partir du moment où cet autre commence à se sentir réellement partie prenante dans un vrai partenariat, que son élan de participation et de responsabilité partagée se décuple. Avant tout, **c'est cet élan de participation et de prise de responsabilité partagée, que le processus de dialogue collaboratif vise à nourrir.**

- **La narratif et son agencement auto-référent**

Le narratif (en thérapie, l'histoire que nous raconte une personne en difficulté de vivre) occupe une place centrale dans la thérapie collaborative. Historiquement, le narratif est une forme de discours – c'est la manière discursive que nous employons tous pour organiser, donner du sens à, donner une structure à, et rassembler en un ensemble cohérent les circonstances, événements et expériences de nos vies. A travers le narratif qui est le nôtre (dans lequel sont inclus nos descriptions et le vocabulaire que nous utilisons) nous exprimons notre compréhension de la nature humaine et des comportements humains. Le narratif, loin d'être une matrice figée, représente ce discours que nous élaborons et entretenons en communauté, par nos conversations avec les autres (et avec nous-mêmes).

En thérapie, nous rencontrons des personnes dont les problèmes peuvent être perçus comme émanant de narratifs sociaux et de définitions de soi qui ne se prêtent pas à des choix probants, ou qui limitent la personne à des choix restreints. Dans ce contexte, le but de la thérapie devient celui d'aider la personne à participer, à raconter et re-raconter son histoire (son narratif personnel).

Au cours de ce processus, le thérapeute ne dicte en rien la manière dont le client aurait à raconter son histoire. Il ne privilégie aucune version et jamais ne laisse sous-entendre qu'une version serait plus juste, plus utile, ou préférable de quelque manière que ce soit. Autrement dit, le thérapeute ne se positionne pas comme un expert de narratif ou un éditeur de narratif. **Son rôle consiste plutôt à faciliter l'accès à un espace de dialogue et à promouvoir celui-ci en processus**, tout en restant ouvert à l'imprévu qui en émergera inévitablement. Il cherche à faire participer son client à la co-construction d'un narratif alternatif, qui serait à même d'ouvrir à ce dernier l'accès à d'autres choix – des choix dont la mise en œuvre éventuelle resterait cependant toujours du ressort du client.

c) Sa méthode d'intervention

- **La posture du thérapeute en ce qui concerne le début d'une thérapie collaborative**

Pour Harlène Anderson, inviter un client à s'impliquer dans une relation thérapeutique dite collaborative requiert de la part du thérapeute qu'il puisse :

- Rencontrer et accueillir son client de manière à lui communiquer qu'il est le bienvenu et qu'il est reçu avec respect ;
- Montrer que l'on est intéressé à s'engager avec lui et à apprendre à le connaître de la manière dont il choisira de se présenter ;
- Engager la relation à partir d'un désir d'apprendre, d'écouter et de répondre à son client en essayant de le comprendre.

En engageant ainsi le processus thérapeutique, le thérapeute accueille son client de manière à ce que ce soit l'agenda du client et son histoire qui s'installent au centre de la scène thérapeutique. **Il se préoccupe par exemple de ce que le client souhaite que le thérapeute sache de lui, de ce dont le client souhaite parler, de l'histoire que le client souhaite raconter et comment il souhaite la raconter.** Selon Anderson, pour mettre en œuvre une thérapie collaborative, il convient de procéder sur la base d'un rapport hôte-invité : le thérapeute fait en sorte qu'il (le thérapeute) soit l'hôte qui rencontre un client-invité, en faisant simultanément en sorte que le thérapeute soit reçu en tant qu'invité dans la vie du client.

- **La posture du thérapeute en ce qui concerne la connaissance – comment il s'y prend pour inviter son patient à envisager et à construire du nouveau.**

Selon Harlène Anderson (2007), ce qui se situe au cœur de l'approche collaborative et qui met mieux en évidence sa spécificité, découle de la posture qu'adopte le thérapeute en ce qui concerne la connaissance. Celle-ci se décline en une série de propositions dont l'essentiel se résume tel qu'indiqué ci-dessous (Pages 45-55, chapitre 4) ³ :

³ Anderson & Gehart (Dir.) (2007), *Collaborative Therapy - Relationships and conversations that make a difference*, Taylor & Francis Group, New York

Le Client comme expert et le Thérapeute comme expert

En Thérapie Collaborative, la connaissance du client occupe une place prépondérante. Le client est considéré comme l'expert de sa vie et face à son thérapeute, c'est davantage lui qui adopte un rôle de précepteur. Le thérapeute quant à lui respecte, privilégie et honore la réalité du client - réalité qu'il prend très au sérieux. Il s'intéresse à l'histoire de son client, à comment celui-ci choisit de la raconter, à comment celui-ci préfère la raconter – à comment celui-ci choisit d'exprimer la connaissance qui est sienne. Le thérapeute s'appuie de façon très marquée sur l'expertise de son client. Cela ne signifie pas pour autant que la connaissance du thérapeute n'est pas valorisée. Le thérapeute ne se considère pas comme étant un expert en ce qui concerne la vie de son client ; c'est son client qui l'est. Au lieu de prétendre être un expert de la vie de son client (par rapport aux problèmes qui sont les siens, ses ressources, ses solutions préférées, etc.), **le thérapeute estime que sa compétence ou son expertise se situe bien davantage au niveau de ce qu'il peut faire pour établir et promouvoir un environnement et des conditions qui favorisent une relation collaborative et qui génèrent un processus collaboratif.**

Client et Thérapeute joignent leurs efforts pour entamer une recherche en commun

Il s'agit pour le thérapeute d'adopter une posture qui invite son client à effectuer avec lui une recherche en commun. Cette recherche est d'abord initiée par l'attitude intéressée du thérapeute qui demande au client de l'enseigner sur qui il est, ce qu'il souhaite, etc. Rapidement cependant, cette *position basse* qu'adopte le thérapeute incite le client à devenir un « co-apprenti » ; c'est comme si la curiosité du thérapeute était contagieuse. Autrement dit, **ce qui débute comme un apprentissage allant dans un sens se transforme peu à peu en un apprentissage en commun**, dans lequel client et thérapeute co-explorent le familier et co-développent le nouveau, passant ainsi à une recherche conjointe. Dans cette recherche commune, ils se mettent ainsi à examiner ensemble, à se questionner ensemble, et à partager réciproquement les réflexions qui sont les leurs.

La posture de Non-Savoir que le thérapeute adopte à l'égard de la connaissance

Le Non-Savoir se réfère à la posture qu'adopte le thérapeute à l'égard de la connaissance (c'est-à-dire, à l'égard de la vérité, de la réalité, de la sagesse, de l'expertise, etc.). Il se positionne de manière résolument agnostique, voire sceptique, par rapport à ce qui est communément accepté. Selon Harlène Anderson, cette posture s'exprime au travers de 4 caractéristiques qui favorisent une relation collaborative, soit :

1) « Connaitre avec » par opposition à présupposer

Les thérapeutes collaboratifs partent du principe qu'ils sont bien mal armés pour prétendre connaître quoi que ce soit de significatif par rapport à une personne avant d'avoir établi une relation étroite avec elle. Ce n'est que dans un rapport de personne à personne qu'une connaissance significative de l'autre peut s'acquérir.

2) La manière dont le thérapeute considère la connaissance

La connaissance que chaque participant amène à la conversation est valorisée de manière égale. « Valoriser » ne signifie pas pour autant « être d'accord avec ».

Cela signifie simplement avoir du respect pour, et avoir envie d'en savoir plus. Cela signifie que l'une ou l'autre des parties donnera de la considération pour, et essayera de comprendre ce qu'amène l'autre.

3) *L'intention avec laquelle le thérapeute utilise la connaissance*

Si le thérapeute met en avant une connaissance, c'est avant tout dans le but de promouvoir une conversation dialogique. **Cette connaissance**, quelle que soit sa forme – des questions, des commentaires, des opinions ou des suggestions – **est offerte sous forme de carburant au dialogue**. C'est une manière de participer à la conversation. Elle n'est pas offerte avec une intention autoritaire, objective ou instructive.

4) *La manière par laquelle le thérapeute offre ses connaissances*

Le thérapeute honore les voix de son client et n'essaie d'aucune manière de les contrôler ou de les asservir en donnant une plus grande importance à ses propres jugements. **La connaissance que le thérapeute met en avant, de manière hypothétique et provisoire – est encore une fois, bien davantage pour prolonger le dialogue que pour quoi que ce soit d'autre.**

Cette attitude de Non-Savoir est parfois considérée comme contribuant à un appauvrissement de ce que le thérapeute aurait à offrir. Du point de vue de Harlene Anderson, c'est tout le contraire. Cette attitude, permet au contraire à ce que la voix du thérapeute puisse se faire davantage entendre. Dans ce contexte, il n'y a aucun sous-entendu comme quoi il conviendrait d'accorder un poids plus marqué à la voix du thérapeute.

La manière dont le thérapeute s'autorise à rendre publiques (à partager) ses pensées privées

L'approche collaboratrice invite ses thérapeutes à être ouverts et, autant que faire se peut, à rendre visibles leurs pensées intimes. Le thérapeute peut partager avec son client quelque idée que ce soit, ou une interrogation, ou une suggestion. Si le thérapeute collaboratif s'autorise à partager avec son client une partie importante de son dialogue intérieur c'est bien évidemment pour alimenter l'échange dialogique. Le contenu spécifique de ce qu'un thérapeute en arrive à partager avec son client n'a que peu d'importance à côté de l'effet catalyseur produit par le partage de pensées privées, quelles qu'elles soient. Tel que nous le rapporte Anderson (2007), pour Bakhtin (1981), le fait de rendre publiques ses pensées privées mène à ce qu'il appelle une *compréhension répondante* (Page 50, traduction libre) ⁴. **La prémissse ici est qu'une compréhension réciproque ne peut prendre place que si l'écouteur-orateur et l'orateur-écouteur font preuve de répondant tous les deux.**

Le thérapeute collaboratif part du principe que le fait de mettre ses pensées en mots produit quelque chose d'autre que la pensée elle-même ou sa compréhension. En s'exprimant, la pensée s'organise et se réforme ; elle s'altère dans le processus d'articulation.

⁴ Anderson & Gehart (Dir.) (2007), *Collaborative Therapy - Relationships and conversations that make a difference*, Taylor & Francis Group, New York

Harlène Anderson ne suggère pas pour autant que toutes les pensées privées doivent être articulées. Ce serait impossible. Elle signale simplement que **le thérapeute collaboratif doit se rendre conscient du risque qu'il court à se cantonner dans un monologue si ce qu'il entend est trop souvent « archivé » au sein de son dialogue intérieur.**

Thérapeute et Client, en joignant leurs efforts, se transforment mutuellement

Lorsque Thérapeute et Client se trouvent impliqués dans une activité conjointe et dynamique telle qu'une conversation dialogique. Thérapeute et client se trouvent tous deux modelés et remodelés. Le fait d'évoquer de nouvelles ou de différentes possibilités dans une conversation dialogique les amène tous deux à construire de nouvelles configurations sociales. L'expérience est altérée et tous deux sont susceptibles de découvrir des connections à leurs expériences qu'ils n'avaient jamais remarquées auparavant.

En joignant leurs efforts, Thérapeute et Client construisent quelque chose de nouveau entre eux. Ce quelque chose de nouveau n'est pas un résultat ou un produit que l'on découvre à la fin d'une rencontre. C'est quelque chose qui émerge constamment à travers toute la durée de la rencontre, alors qu'en même temps il la prépare pour l'avenir. Chaque conversation se présente comme un tremplin pour la prochaine, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du cabinet de thérapie, ceci tant pour le client que pour le thérapeute.

Une posture de confiance face à une inévitable incertitude

Le fait d'être un thérapeute collaboratif qui devient un partenaire conversationnel, qui valorise l'expertise de l'autre, qui se joint à l'autre pour conduire avec lui une recherche en commun, et qui ainsi renonce à la sécurité soi-disant procurée par un recours à des protocoles préétablis statistiquement comme produisant des résultats probants – tout ceci va inévitablement générer une incertitude non-négligeable.

Lorsqu'un thérapeute accompagne ses clients en les emmenant se promener à ses côtés, la nouveauté qui en résulte (les solutions, les résolutions, les résultats, les futurs imaginés) est générée par une conversation locale. Elle est conjointement créée et elle s'adresse aux seules personnes concernées. La manière par laquelle la transformation prendra place, de quoi elle aura l'air est imprévisible. Elle variera de client à client, de thérapeute à thérapeute, de situation à situation. Il n'y a aucune manière de savoir avec certitude comment le narratif se déroulera et quel sera le résultat de la thérapie. Le thérapeute collaboratif n'a d'autre recours que de faire confiance à l'incertitude qui se présente à lui et se montrer ouvert à tout changement non-anticipé.

L'approche collaborative ne préconise pas une improvisation à tout va. Il s'agit bel et bien pour le thérapeute de faire preuve de répondant, encore et toujours, face à ce que lui adresse son client, et de la façon précisée ci-dessus. Mais quoi qu'il en soit, il aura besoin d'avoir confiance en lui-même et en son client. **Face à l'incertitude, le thérapeute aura à se montrer confiant – confiant surtout en la manière qu'il lui importe de se positionner face à son client, de lui répondre et de l'inviter à se joindre à lui pour qu'en fin de compte ce dernier puisse trouver le moyen de décupler son autonomie.**

La thérapie en tant qu'acte de la vie quotidienne

Du point de vue de la thérapie collaborative, ce que Client et Thérapeute ont à partager au cours du processus thérapeutique est quelque chose qui relève de la vie quotidienne. Ce qu'ils s'attachent à comprendre ensemble est fondé dans l'histoire humaine, dans sa culture.

Le point essentiel, c'est que le thérapeute s'intéresse davantage à ce que son client comprend, qu'à sa propre compréhension professionnelle.

Ce qui est en jeu en thérapie collaborative, c'est la rencontre entre deux êtres humains et comment cette rencontre peut s'avérer être source de nouvelles interactions humaines. Il ne s'agit bien entendu pas de transformer la thérapie en un lieu de bavardage sans direction, comme ce qui peut prendre place entre des amis occasionnels. Les conversations et les relations thérapeutiques sont bien entendu particulières, ayant un agenda et se placant dans un contexte défini. La thérapie n'est pas pour autant un lieu où l'on ne fait que parler de problèmes psychologiques – c'est simplement un lieu dans lequel client et thérapeute peuvent ensemble aborder des situations de la vie quotidienne, que nous abordons tous par ailleurs.

Ce qui accorde le caractère distinct de la situation thérapeutique c'est avant tout et surtout une série de valeurs visant à promouvoir un dialogue entrepris dans un climat de confiance.

- **Traits distinctifs émanant de recherches faites sur la Thérapie Collaborative**

La thérapie collaborative possède plusieurs traits distinctifs, qui lorsqu'on les considère ensemble, font d'elle une thérapie davantage non-limitée dans le temps. Elle permet en outre davantage d'improvisation de la part du thérapeute. Ces principaux traits sont les suivants :

La thérapie collaborative est une approche dynamique, sans protocole prédéterminé

Elle se focalise non pas sur l'individu, mais plutôt sur une personne en relation

Ses applications vont au-delà du cabinet thérapeutique

L'évaluation des résultats fait partie de la pratique quotidienne

Le praticien et son client évaluent leur travail ensemble, au fur et à mesure qu'ils avancent. Ce qu'ils apprennent est employé pour informer leur progression, leur permettant d'apprécier et de construire sur ce qui est apparu comme utile, et de remettre en question ce qui n'a pas paru utile.

Ses praticiens sont bien moins sujets au burnout

Les thérapeutes collaboratifs font état du fait que leur travail leur permet de porter un regard sur leurs patients qui leur donne de l'enthousiasme. Plus que ça même, ils font état du fait que leur travail leur permet de se connecter avec des sources de créativité dont ils ne soupçonnaient pas l'existence.

Les clients qui en bénéficient et les thérapeutes qui la pratiquent développent un sens de liberté et d'espoir

Les clients ont un sens d'appartenance ; ils sont conscients de participer à l'avancement de leur bien-être, voire même qu'il leur appartient d'en diriger le cours parce que c'est dans leurs cordes. C'est à partir de là que se développe peu à peu le sens de liberté et d'espoir qui leur permet de dire : *vous et moi, nous sommes capables d'aller plus loin*. Ces sentiments, parce qu'ils résultent d'un travail en collaboration, affectent tout autant les thérapeutes.

d) Ses dégagements métacognitifs

En parcourant les cas cliniques dont nous font part les praticiens de Thérapie Collaborative que nous avons retenus les récits (Peggy Penn et Sue Levin), quelques-unes de leurs réflexions ont retenu notre attention plus particulièrement, dont notamment :

- **Réflexions autour du cas de Ben** – cité dans Anderson & Gehardt (Dir.) (2007), Chapitre. 7
Ben, adolescent de 13 ans, vient consulter (dans le cadre d'une thérapie familiale avec ses parents, Gloria et David) parce qu'il a de grosses migraines. Un mois auparavant, Sylvia, une amie de la mère et très proche de toute la famille, est morte suite à un cancer foudroyant. Durant les semaines précédant sa mort, Sylvia passait une bonne heure par jour à discuter avec Ben sitôt qu'il rentrait de l'école. Après les funérailles, sans explication aucune à quiconque, Ben rentre tout seul à la maison, s'enferme dans le garage, et met le moteur de la voiture en marche. Comme tous ses proches, Ben reste perplexe par rapport à ce qui a motivé ce passage à l'acte. Malgré le fait qu'il aimait beaucoup Sylvia, son geste lui paraît incompréhensible. Ca lui fait peur parce qu'il se sent envahi par des sentiments de malaise persistants, ses notes à l'école sont en chute libre et il ne se sent pas bien (Textes de **Peggy Penn**, pages. 99-105, traduction libre)⁵

Penn : *Montre-moi dans ton corps où se trouvent tes sentiments de malaise.*

Ben fait un signe en pointant sa tête

Penn : *Avais-tu très mal à la tête et ressentais-tu ces sentiments de malaise dont tu nous parles après les funérailles et lorsque tu te trouvais dans le garage ?*

Ben : *Oui – je pense que oui*

Penn : *Que diraient ces sentiments s'ils décidaient de parler ... de s'exprimer très directement ?*

Ben : (me regardant de façon étrange pendant un moment, puis murmurant). *Ils pleurerait.*

Il y a une longue pause tandis que Ben et moi prenons le temps de nous installer dans un nouvel espace ensemble.

Penn : *Est-ce qu'il t'arrive de pleurer ?*

Ben : (me regardant) *Parfois. Le plus souvent j'ai mal.*

⁵ Anderson & Gehart (Dir.) (2007), *Collaborative Therapy - Relationships and conversations that make a difference*, Taylor & Francis Group, New York

Gloria : (tenant tendrement la main de son fils, alors que Ben se relève quelque peu) *Nous avons tant de médecins dans nos vies - nous espérons que vous saurez nous aider à organiser tout ceci.*

Penn : (ses réflexions) *J'ai de plus en plus le sentiment que les membres de cette famille étaient venus me voir pour trouver un chemin qu'ils pourraient fréquenter ensemble, restant en compagnie les uns des autres et partageant leurs informations.*

Je leur dit que je serais ravie de les aider à collaborer – et que ça faisait sens pour moi aussi.

Ben, de toute évidence, souffre du fait d'avoir plus de sentiments qu'il ne se sent à même de gérer.

L'une après l'autre, j'ai pris le temps d'écouter attentivement chaque voix familiale. Il y a des questions que je me pose toujours alors que j'écoute une famille – interpellée par les voix que j'entends. Je me demande s'il n'y aurait pas des voix du passé qui auraient quelque chose d'important à dire ici – et je prends le temps de vérifier si à l'instant il n'y aurait pas des voix internes qui auraient quelque chose à dire, la mienne incluse.

Penn : *Y-a-t-il une phrase qui se répète dans ta tête ?*

Ben : (me regardant comme si j'avais réussi à lire ses pensées) *Oui – je n'arrête pas de penser qu'il n'y a rien que je puisse faire – ou que j'aurais pu faire.*

Penn : *Penses-tu que quelqu'un d'autre aurait pu faire quelque chose pour Sylvia ?*

Ben : *Peut-être les médecins – peut-être pas ...*

Penn : (la question suivante s'imposa comme un éclair dans mon esprit) *N'as-tu jamais pensé qui si tu avais été un médecin tu aurais peut-être pu la sauver grâce à ton amour pour elle, grâce à ton expertise ?*

Ben : (ouvrant grand les yeux et en se relevant) *Récemment, je voulais me porter volontaire dans les urgences de l'hôpital de Bellevue. Mon père pense qu'il pourrait m'aider à trouver un travail en tant que bénévole – mais ma mère ne veut pas – elle a peur du sang que je pourrais voir.*

Penn : (ses réflexions) *Je me rends compte par son basculement corporel que cette voix « **voulant aider** » était très importante. Jusqu'alors, celle-ci était demeurée un souhait non exprimé dans la vie interne de Ben. Dans ce petit échange se trouvait la solution que Ben avait envisagée pour faire face à des sentiments extrêmement douloureux et bouleversants. Je demande à chaque personne individuellement ce qu'il ou elle pensait du souhait de Ben, d'expérimenter au travers de cette expérience de bénévolat ce que ça pourrait signifier d'être médecin. Tout le monde était surpris d'apprendre que Ben s'intéressait peut-être à la médecine – personne n'avait deviné.*

Une part importante de l'écoute inclut pour moi, d'écouter ma voix interne – autrement dit, prendre contact avec les sentiments qui m'habitent alors qu'elle me parle. Je me pose activement des questions tout en écoutant. J'essaie d'atteindre un équilibre entre suivre mes clients émotionnellement et évaluer mes propres sentiments – ce qui m'arrive – et écouter mes propres questions en même temps. Je me demandais par exemple si pour Ben je représentais quelque chose ressemblant à un médecin.

De plus en plus, j'en arrive à considérer que le fait d'écouter est sans doute la plus importante source de guérison que nous (en tant que thérapeutes) avons à offrir – écouter attentivement et de façon réactive les voix de la famille, leurs tons aussi bien que leurs contenus, sans oublier de conjointement écouter ses propres voix internes pour s'y abandonner alors que nous suivons les voix de la famille.

Pour moi, écouter est un art qui se pratique sur plusieurs fronts à la fois : en 1^{er} lieu, je suis toujours alerte au fait de savoir si je ressens de l'empathie ou de la compassion pour la famille ou pour certains de ses membres. Ensuite, j'écoute les mots qui leurs sont importants pour qu'à partir de là nous puissions enchaîner sur d'autres mots importants (que je pourrais suggérer de mon côté). Ceci, je le fais sous forme d'associations, restant attentive à offrir des mots susceptibles de permettre à la famille de se sentir moralement validée. Nos voix d'écoute sont nos 1^{ers} outils de soins – elles y participent et en témoignent. Ces voix sont là pour apprécier toute l'histoire de la souffrance qui se raconte – une histoire qui la plupart du temps doit se raconter encore et encore.

- **Réflexions autour du cas de Nan** – cité dans Anderson & Gehardt (Dir.) (2007), Chapitre. 8

Nan est une jeune femme confrontée aux comportements violents de son mari qui la bat. Avant d'atterrir dans la clinique de Sue, elle a entrepris, sans succès, de nombreuses démarches pour trouver l'aide dont elle avait si désespérément besoin (Textes de **Sue Levin**, pages. 120-123, traduction libre)⁶

Levin : *Tu m'as parlé du fait que tu as cherché de l'aide en t'adressant à de nombreuses personnes : famille, amis, anciens thérapeutes, l'église. As-tu jamais eu le sentiment d'avoir été comprise ?*

Nan : *Je n'ai jamais vraiment eu cette impression.*

Levin : *Jamais ?*

Nan : *Je n'ai jamais rencontré quelqu'un qui avait traversé ce que j'ai dû traverser. Le pire c'était les thérapeutes, parce que chaque fois que nous en sélectionnons un nouveau, je me sentais remplie d'espoir. Et quand nous y allions, la plupart du temps les choses empiraient. D'habitude les choses empiraient parce que mon mari était incapable de faire face à la réalité. Il ne pouvait simplement pas... Je veux dire que l'homme en question était un être très malade.*

⁶ Anderson & Gehart (Dir.) (2007), *Collaborative Therapy - Relationships and conversations that make a difference*, Taylor & Francis Group, New York

Nous allions donc voir des thérapeutes qui travaillaient à partir d'un modèle type – du genre qui consistait à repérer ce qui avait causé la dispute, puis de retirer cette chose du système. Mais en fait, la dispute était là avant la chose qui l'avait causée. En réalité – et c'est quelque chose que je ne commence à comprendre que maintenant – quand la tension commençait à monter en lui, il se focalisait sur un prétexte quelconque, peu importe lequel, de façon à justifier une dispute. En vérité les causes n'étaient pas du genre sur lesquelles l'on pourrait écrire une dissertation ou travailler en cabinet thérapeutique.

Levin : *Et pourtant, c'est comme cela que les thérapeutes choisissaient de vous en parler à vous et à lui. Et vous en parliez sans prêter la moindre attention à la violence, Comment en parliez vous entre vous à l'époque ?*

Nan : *Le problème n'était pas directement adressé. Il l'a peut-être été avec le 1^{er} ou le 2^{ème} thérapeute, lorsque nous avons mentionné que nos disputes devenaient très physiques. Mais celui que j'ai trouvé le plus décourageant pour moi fut le pasteur presbytérien en Floride, qui est venu nous voir avec un CV particulièrement étouffé. Il avait une licence en travail social en plus de ses études en théologie.*

Je me souviens que ça faisait environ cinq mois que nous le consultions, et je venais d'être soignée avec 69 points de suture résultant du fait que j'avais été projetée au travers d'une fenêtre. J'étais assise là avec mon bras tout bandé, avec deux yeux au beurre noir. De toute évidence, l'horreur que je traversais n'était en rien invisible. Bud (mon mari) a commencé à dire quelque chose du genre « Oubliions les vieilles oranges et focalisons-nous sur du jus d'orange frais ». Ce à quoi je répondis « Et moi alors ? Ce que nous traversons me coûte beaucoup trop ». Sur ce, Bud devint furieux, se leva et s'en alla. Le pasteur me regarda alors et me dit « Pourquoi le provoquez-vous ainsi ? Vous savez qu'il est soupe au lait. Pourquoi n'essayez-vous pas de composer avec lui ? »

Levin : *En fait, il vous faisait un reproche.*

Nan : *C'est comme cela que je l'entendis. La plupart des thérapeutes étaient des hommes, et la plupart m'attribuaient la faute. Et, au point où j'en étais arrivée, je devais sûrement passer pour être quelqu'un d'incroyablement inepte. C'était difficile pour moi d'accomplir quoi que ce soit.*

Levin : *(ses réflexions) Ce qui me frappe le plus c'est que, malheureusement, il est rare que la psychothérapie ordinaire permette aux personnes qui consultent d'être entendues dans l'entièreté et dans la spécificité des situations dans lesquelles elles doivent se débattre. Les gens veulent être connus pour qui ils sont, pour ce en quoi ils croient, et pour les luttes qui sont les leurs. La thérapie est un endroit où les gens s'attendent à ce que cela se passe. La plupart des gens qui viennent en thérapie disent, d'une manière ou d'une autre, qu'ils n'ont pas été entendus ou respectés par les autres, chose qui le plus souvent fait partie de la problématique pour laquelle ils consultent.*

Les thérapeutes, lorsqu'ils essaient de les comprendre avec leurs problèmes de manière trop concrète (en ce focalisant sur des faits, des statistiques ou des représentations diagnostiques) ceci de façon trop enthousiaste, trop rapide et avec trop d'expertise, n'arrivent pas à réellement entendre leurs clients.

Lorsqu'en tant que thérapeutes nous n'entendons pas, nous commençons à faire partie du problème plutôt que de la solution. Nous limitons nos options en matière relationnelle et nous augmentons les problèmes de nos clients. En tant que thérapeutes, notre tâche essentielle est d'entendre nos clients, leurs souffrances, leurs rêves, leurs histoires, et leurs vies.

Je suis convaincue que le fait d'entendre les histoires de nos clients, aptitude qui requiert de la curiosité, du respect, une position d'apprentissage, et une grande flexibilité d'être, est essentiel au processus de changement.

e) Notre appréciation des facteurs considérés par les praticiens de Thérapie Collaborative comme étant déterminants pour que se produise un changement psychothérapeutique

En nous appuyant sur le triptyque conceptuel des praticiens de Thérapie Collaborative tel que résumé en 1^{ère} partie de cette section par Harlene Anderson, et en analysant les métacognitions que Peggy Penn et Sue Levin nous livrent en rapport avec les études de cas référencées ci-dessus, nous dégageons 6 facteurs qui à notre avis, sont à leurs yeux déterminants pour que se produise un changement psychothérapeutique, soit :

- 1) **La capacité du Thérapeute à découvrir son Patient en écoutant/entendant les multiples voix qui le constituent en tant que personne, façon d'établir le climat de sécurité nécessaire et propice à un début d'échange** : La priorité première du thérapeute collaboratif consiste à écouter son patient dans sa globalité : ce qu'il raconte ostensiblement, ce qu'il cherche à dire bon gré mal gré, ce qu'il a des difficultés à exprimer, la part de lui qui se trouve en forte souffrance, etc. Aucun échange dialogique ne peut être envisagé avant que ne soit d'abord établi chez le patient, le sentiment d'avoir été un tant soit peu entendu pour ce qu'il est, pour ce qu'il est en train de vivre, pour ce à quoi il se trouve confronté au moment où il vient consulter.
- 2) **La capacité du Thérapeute à écouter son Patient avec intérêt, curiosité, et l'envie d'amorcer une conversation avec lui** :

Partant du principe qu'il aura réussi à écouter son patient de façon à ce que ce dernier se sente suffisamment bien entendu dans ce qui le pousse à venir consulter, le thérapeute collaboratif aura à cœur d'approfondir la relation qu'il est en train d'établir avec son patient, en lui témoignant un intérêt pour tout ce qui touche à sa vie. C'est surtout par l'envie d'en savoir plus (curiosité sincère et spontanée) qu'il pourra progressivement mettre en place l'espace dans lequel thérapeute et patient pourront commencer à converser ensemble.

3) **La capacité du Thérapeute à amorcer des conversations avec son Patient avec comme seule intention de départ l'envie de promouvoir un dialogue, un échange :**

Pour le thérapeute collaboratif, c'est dans le dialogue que tout se joue. Partant du principe que c'est au travers de nos façons d'interagir réciproquement les uns avec les autres que nous (tous les être humains) co-construisons ensemble notre expérience de vie (bien-être et mal-être), il s'en suit que quelle que soit la transformation, aussi infime soit-elle, que le patient souhaite porter à l'expérience qui est sienne, celle-ci ne pourra se faire qu'au travers de nouvelles façons d'interagir avec son entourage. Le thérapeute souhaite donc donner à son patient, à l'aide des conversations qu'ils engagent ensemble, l'occasion de commencer à amorcer des échanges « susceptibles de faire une différence ».

4) **L'engagement mutuel Thérapeute-Patient de joindre leurs efforts pour voir ensemble, sentir ensemble, comprendre ensemble, apprendre ensemble et travailler ensemble :**

En conformité avec les notions de constructionnisme social et d'herméneutique relationnelle qui fondent l'approche collaborative, le thérapeute collaboratif s'emploiera à ne s'investir dans un processus dit thérapeutique qu'en fonction d'une participation très significative et active de la part de son patient. Il s'emploiera à inclure son patient dans un processus entrepris en commun, en lui attribuant de façon très explicite un statut de partenaire à part entière jouant un rôle déterminant dans un cheminement à faire en collaboration étroite. Et même s'il s'agit pour les deux partenaires de travailler ensemble au service du patient, il n'en reste pas moins que tous les deux vont se retrouver mutuellement influencés et transformés par le cheminement qu'ils auront ainsi choisi d'entreprendre ensemble.

5) **L'engagement mutuel Thérapeute-Patient de promouvoir les conversations qu'ils engagent l'un avec l'autre, avec comme seule intention de départ, celle de multiplier les façons d'apprécier l'expérience partagée « d'être en relation » l'un avec l'autre :**

Comme Freud qui considérait que le travail psychanalytique consistait avant tout à faire un travail d'introspection ayant sa raison d'être en soi, une guérison telle que pouvait se l'imaginer l'analysant n'advenant « que de surcroît », le thérapeute collaboratif part du principe que les conversations entreprises dans le cadre de consultations thérapeutiques consistent à amorcer des échanges dialogiques ayant leur raison d'être en soi, la résolution d'un problème donné telle que peut se l'imaginer le patient n'advenant « que de surcroît ». L'essentiel sur les conversations que thérapeute et patient cherchent mutuellement à promouvoir est que celles-ci aient comme conséquence de nourrir la pensée, le ressenti et l'expérience globale des deux protagonistes, afin de faire émerger de nouvelles possibilités là où elles n'étaient pas envisagées auparavant. Sur cette base, la collaboration entreprise aura de bonnes chances d'amener l'ouverture nécessaire pour que le patient puisse surmonter les difficultés auxquelles il se trouvait confronté, et qui l'ont incité à venir consulter.

- 6) **L'engagement du Thérapeute de participer aux conversations qu'il engage avec son Patient en fonction d'un positionnement de non-savoir quant à ce que pourrait être la « bonne direction » à suivre par son Patient** : Si thérapeute et patient conversent ensemble, chacun à partir de l'expertise qui lui est propre, et qu'ils se sentent légitimement en droit de contribuer au processus dialogique, le thérapeute aura toutefois à cœur de ne pas prétendre être un expert dans ce qui pourrait être les bons choix de vie pour son patient. Le thérapeute collaboratif aura à cœur de contribuer au processus qui consistera à promouvoir un dialogue génératrice d'ouvertures sur de nouvelles possibilités. En résumé, si les deux protagonistes acceptent de participer par leur présence et de toutes les manières possibles, ils conserveront néanmoins l'engagement de déterminer chacun pour lui même, les choix qui les définissent en tant que personnes désireuses d'être pleinement elles-mêmes.

CHAPITRE IV E – Person Centered Therapy

Carl Rogers

(Dave Mearns et Brian Thorne commentant l'étude du cas de Joan)

Réflexions autour du thème « Dynamique du pouvoir » inspirées de façon importante par l'élaboration de Godfrey T. Barrett-Lennard sur le sujet

Plus que quiconque, Carl Rogers (1902-1987) a dédié sa vie à véhiculer la prémissse fondamentale de la pensée des psychologues humanistes (dont font également partie Abraham Maslow et Alexander Sutherland Neill (1883-1973)). Cette prémissse est que toute personne possède en elle-même une tendance actualisante. Celle-ci, pour autant que soient réunies certaines conditions, la pousse vers un épanouissement toujours plus grand. C'est cette prémissse qui constitue le cœur de l'approche développée par Carl Rogers, soit l'Approche Centrée sur la Personne (ACP en abréviation).

a) Sa conception de l'homme

- La solitude de l'homme moderne**

Rogers était un homme qui, face à toutes les personnes qui venaient le consulter, s'est laissé impressionner non pas tellement par les difficultés que ces personnes rapportaient, mais avant tout par la richesse de leur monde intérieur. À tel point qu'il en est arrivé à se demander si le problème primordial de l'homme moderne, ne reposait tout simplement pas sur le fait que celui-ci ne se sentait la plupart du temps pas la liberté d'exprimer son vrai *Self*.

La théorie de l'ACP se déclinant très largement autour d'une notion bien spécifique de ce que représente le *Self*, il est important d'en livrer une définition avant de poursuivre :

"Le Self inclut toutes les perceptions individuelles de l'organisme, de son expérience, et de la façon dont ces perceptions sont apparentées et reliées à d'autres perceptions et objets, dans son environnement et en provenance de la globalité du monde extérieur" (Evans, 1975, traduction libre)¹.

Pour Rogers, l'homme moderne est un être qui se sent contraint d'affronter la vie au travers d'un Self divisé : d'un moi social d'une part, et d'un moi refoulant d'autre part. L'homme moderne vit au travers d'un moi refoulant car la société dans laquelle il vit ne peut entendre la foule de sentiments qui le traverse. Celui qui est trop transparent est souvent exploité, humilié et manipulé. Pour cette raison, il vit au travers d'un moi social - une façade - mais qui reste tout de même une réalité première dans le sens où c'est au travers de celle-ci en premier lieu, qu'il engage et entretient ses relations avec les autres. Ce que Rogers constate, c'est que même si en surface les hommes semblent s'être mis d'accord sur le jeu qu'il convient de jouer, à un niveau plus profond, l'homme moderne souffre énormément du fait de ne pouvoir que très rarement communiquer à quelqu'un d'autre toute l'étendue de son Self.

¹ Evans R.I. (1975), *Carl Rogers : The Man and his ideas*, Dutton, New York

*"L'autre élément de notre solitude provient du manque de toute relation à travers laquelle nous communiquons notre vrai « experiencing » - autrement dit, notre vrai Self - à quelqu'un d'autre. Quand il n'y a pas de relation par laquelle nous sommes capables de communiquer les deux aspects de notre self divisé - notre façade consciente d'une part, notre niveau d'experience plus profond d'autre part - alors nous ressentons la solitude de ne pas être en vraie relation avec un autre être humain."*² (Rogers (1980), p. 166, traduction libre)

- **La Personne : elle est d'une valeur intrinsèque inestimable**

Pour Rogers, la plus grande richesse que puisse posséder un être humain, c'est la richesse qu'il dégage du fait qu'il est une personne. Être une personne, c'est le fait d'être tout autre chose qu'une entité anonyme, un robot parmi tant d'autres. Être une personne signifie être unique en son genre. C'est le fait d'avoir une vision des choses, de la vie, des autres et du monde dans lequel on vit, qui se distingue de toutes les autres visions.

Être une personne, c'est ressentir les choses d'une manière unique, et par ce fait être en relation avec les autres comme nul autre ne peut l'être. C'est avoir une valeur inestimable par le seul fait d'être soi, vraiment soi. Pour Rogers, le plus grand obstacle à l'épanouissement de l'homme moderne, c'est son incapacité à se reconnaître, être la personne qu'il est en réalité. C'est à partir du moment où interviennent des facteurs qui lui font douter de son immense valeur intrinsèque, que l'homme se perd, souffre et arrive même à sombrer dans une pathologie.

Une fois le doute installé, il est parfois difficile de redresser la situation, Rogers le reconnaît. Mais quelles que soient les difficultés qu'une personne puisse vivre, ce que Rogers croit avant toute chose, c'est que tant qu'il existe une personne capable d'en écouter une autre, vraiment l'écouter, une lueur d'espoir subsiste. C'est autour de cette conviction que Rogers élaborera cette pratique dite « *rogérienne* » mais que lui-même préférera appeler « *Approche centrée sur la Personne* ».

- **La Personne : elle est dotée d'une tendance actualisante**

Pour Rogers, chaque personne possède en elle-même des ressources considérables lui permettant, moyennant un environnement suffisamment favorable, de se développer et de s'accomplir en tant que personne. Il attribue à la personne une tendance actualisante appartenant à sa nature intrinsèque. Celle-ci, dans des conditions favorables, amène la personne à tendre vers un niveau de développement, toujours plus complet et évolué.

Carl Rogers promulguait l'idée que toute personne qui cherchait à en aider une autre en lui montrant un tant soit peu le chemin à suivre, se fourvoyait complètement. Pour Rogers, une personne ne progresse effectivement que lorsqu'elle trouve son propre chemin, par ses propres moyens.

Selon lui, le but de la psychothérapie est de créer une relation thérapeute - client au travers de laquelle le client prend confiance en lui-même, et de ce fait prend conscience du fait qu'il détient à sa disposition, quantité de ressources dont il ignorait jusqu'alors l'existence.

² Rogers (1980), *A way of being- Ellen West and loneliness*, Editions Houghton Mifflin Company, Boston, 1980

C'est un processus entièrement fondé sur l'idée que la tâche du thérapeute est d'aider son client à se prendre en charge complètement, en premier lieu durant la séance psychothérapeutique, puis peu à peu dans toutes les différentes dimensions de sa vie.

L'ACP se décline autour de l'idée que c'est en prenant conscience de la richesse de sa vie intérieure que la personne se développera, pour devenir progressivement la personne qu'elle peut réellement devenir, avec tout l'accroissement de vie qu'un tel développement présuppose.

b) Sa théorie de la santé

Tout comme bon nombre de « connaissances » orientales (par exemple, le Vedanta, selon l'enseignement qu'en a fait Shankara et depuis lors tous les descendants/gardiens dans cette tradition de connaissance védique), Rogers part du principe que la tendance naturelle de l'homme, ainsi qu'il en est pour tout organisme vivant, est de tendre vers un niveau de développement toujours plus complexe, complet et évolué.

Rogers estime que si cette tendance n'est pas manifestement apparente dans la vie d'une personne, c'est qu'elle est inhibée par un ou plusieurs facteurs externes. Il estime en outre que le facteur inhibant fondamental, est celui qui fait qu'une personne « perde » une certaine conscience de sa grande valeur propre et des ressources considérables qui sont les siennes. Le travail psychothérapeutique consistera donc à faciliter / « refaire vivre » un certain type d'expérience intérieure, afin de restaurer chez le client autant que faire se peut une conscience de lui-même comme étant une Personne, avec tout ce que cette notion implique.

Pour Rogers (1970), un des plus grands obstacles au type d'expérience qu'il cherche à 'refaire vivre' par sa méthode, provient de la vision que notre société porte à priori sur la nature profonde de l'homme.

Dans l'éducation, le gouvernement, les affaires, une bonne partie de la vie de famille, de la psychothérapie, tout est pratiquement basé sur une méfiance en la personne. L'individu est vécu comme incapable de choisir des buts qui lui conviennent, aussi doit-on les lui fixer. Et on doit le guider vers ces buts, car autrement il pourrait s'écartier du chemin choisi. Les enseignants, les parents, les superviseurs développent des procédures pour s'assurer que l'individu progresse vers le but choisi : examens, contrôle, interrogations sont quelques-unes des méthodes utilisées. La personne est vécue comme un être foncièrement pécheur, destructeur, paresseux, ou les trois à la fois. Et cette personne doit constamment être surveillée (Chapitre intitulé : La relation d'aide et la psychothérapie, page 3).³

La méthode rogérienne sera donc, par opposition, une façon d'aborder et de considérer la personne, en cherchant à faire passer le message qu'il y a au contraire toutes les raisons de considérer que l'on peut lui faire confiance, et ce parce qu'elle est habitée par une très forte tendance directionnelle, qu'il s'agit de reconnaître et actualiser.

³ Rogers (1970), Une Approche Centrée Sur Le Client, Centrée Sur La Personne, ESF, Paris

- **La psychothérapie considérée comme un processus**

Rogers s'est beaucoup attaché à comprendre le processus par lequel une personne pouvait changer grâce à la psychothérapie. Ce qu'il a pu constater en observant ses clients, c'est que ceux-ci n'évoluaient pas d'un point fixe « homéostatique » vers un nouveau point fixe.

Il constata au contraire que le processus évolutif que pouvait entamer une personne, impliquait que celle-ci « chemine » sur un continuum, dont le point de départ se caractérise par une structure comportementale plus ou moins rigide, pour progressivement devenir plus fluide. Sur cette base, Rogers émit l'hypothèse que les qualités de l'expression du client pourraient rendre compte de sa « position » sur ce continuum, c'est-à-dire au point où il en était arrivé dans le processus de changement. Pour conceptualiser cette notion de progression, Rogers (1968), dans un chapitre intitulé Les sept stades du processus⁴, décomposa ce continuum comme suit :

- 1er stade : C'est le stade de rigidité maximum. À ce stade, la personne communique uniquement sur des sujets extérieurs. Les sentiments et opinions personnels ne sont ni perçus ni reconnus comme tels. Il n'y a aucun désir de changement.
- 2ème stade : Quand au cours du premier stade, l'individu a éprouvé qu'il était totalement accepté, il passe alors au second. L'expression concernant des personnes autres que lui-même devient moins superficielle. Les sentiments sont décrits comme des objets que l'on ne possède pas ou parfois comme appartenant au passé. Les schèmes personnels sont rigides, non reconnus en tant que tels, mais conçus comme des faits.
- 3ème stade : Au fur et à mesure que l'assouplissement de l'expression se poursuit, le discours ayant le « moi » pour objet devient plus facile. Et si le client parle encore de ses expériences personnelles comme s'il s'agissait d'objets, il le fait plus volontiers. Les choix personnels sont souvent reconnus comme inefficaces. Le client « choisit » de faire une chose mais découvre que sa conduite n'est pas dans la lignée de son choix. Pour Rogers, c'est au point représenté par ce troisième stade que se situe le plus grand nombre de ceux qui viennent chercher une aide psychologique. Ils peuvent y rester pendant longtemps, décrivant des sentiments qu'ils n'éprouvent pas réellement et explorant leur moi comme objet, avant d'être prêts à passer au stade suivant.
- 4ème stade : À partir de ce stade, l'expression des sentiments se fait plus librement. Ceux-ci sont toujours décrits comme des objets, mais dans le présent. Une certaine tendance à éprouver des sentiments « sur le tas » apparaît, mais assortie de méfiance et de peur devant cette possibilité. Le sujet prend conscience de sa responsabilité concernant ses problèmes personnels mais avec quelque hésitation. Bien qu'une relation étroite avec le thérapeute lui paraisse encore dangereuse, le client en prend le risque jusqu'à un certain degré d'affectivité.
- 5ème stade : À ce stade, les sentiments sont sur le point d'être pleinement éprouvés. Ils commencent à remonter à la surface, en dépit de la peur et de la méfiance que le client éprouve à les vivre pleinement et dans l'immédiat. Néanmoins, il revendique ses propres sentiments et désire les vivre, être son « vrai moi ». Le sujet accepte de plus en plus facilement, sa propre responsabilité devant les problèmes qu'il doit affronter, et se sent de plus en plus concerné par le comportement qu'il a eu.

⁴ Rogers (1968), Le développement de la personne, pages 94-114, Dunod, Paris

- **6ème stade** : C'est le stade dans lequel le client commence à pleinement éprouver ses sentiments. Un sentiment présent est directement ressenti dans toute sa spontanéité et sa richesse. Le caractère spontané et immédiat de l'expérience et le sentiment qu'elle contient sont acceptés.
C'est devenu quelque chose de réel, et qui n'a plus à être refusé, craint ou combattu. À ce stade, il n'y a plus de « problèmes » extérieurs ou intérieurs. Le client vit subjectivement une phase de son problème. Ce n'est pas un objet.
- **7ème stade** : Le client paraît souvent accéder au septième et dernier stade sans avoir tellement besoin de l'aide du thérapeute. Ce stade survient aussi bien à l'extérieur de la relation thérapeutique qu'à l'intérieur de celle-ci. Le degré d'acceptation de soi, de ses sentiments changeants, croît de manière continue ; une confiance solide dans sa propre évolution se manifeste. L'expérience immédiate a presque complètement perdu ses aspects schématiques et abstraits, et devient réellement l'expérience du processus lui-même ; c'est-à-dire que la situation est vécue et interprétée dans toute sa nouveauté, non en tant que passé. Le sujet aménage son expérience d'une façon continuellement changeante, et ses schèmes personnels se modifient sous l'effet des événements successifs de sa vie quotidienne. La nature de son expérience vécue est celle d'un processus. Il ressent la nouveauté de chaque situation et l'interprète de façon nouvelle.

c) Sa méthode d'intervention

- **Les conditions qu'il incombe au thérapeute d'instaurer pour que son client puisse bénéficier d'un climat d'attitudes facilitatrices**

Rogers (1970) résume l'hypothèse centrale de son approche comme suit :

Chaque individu a en lui des capacités considérables de se comprendre, de changer l'idée qu'il a de lui-même, ses attitudes et sa manière de se conduire; il peut puiser dans ces ressources pourvu que lui soit assuré un climat d'attitudes psychologiques « facilitatrices » que l'on peut déterminer (Chapitre intitulé : La relation d'aide et la psychothérapie, page 3).⁵

Parmi les 6 conditions ‘nécessaires et suffisantes’ que Rogers considère déterminantes pour que se produise un changement de personnalité thérapeute (se référer au chapitre II), il y a 3 attitudes psychologiques qui, au degré auquel le thérapeute réussit à les manifester, constituent les plus à même de contribuer à instaurer ce climat de facilitation que Rogers évoque. Prenons donc le temps de les examiner d'un peu plus près, chacune à tour de rôle :

La Congruence

Etre congruent, c'est la capacité pour le thérapeute de faire ‘coller’ sa manière d'être avec son client, avec les sentiments qu'il éprouve réellement à son égard (plutôt que d'adopter une attitude professionnelle / diagnostiquante). De surcroît, s'il est capital pour le thérapeute de considérer son client avant tout comme étant une personne (plutôt que comme étant un patient atteint d'une pathologie quelconque), il est également essentiel que le thérapeute agisse et réagisse avant tout en tant que personne. Le thérapeute est avant toute chose une personne désireuse d'être en relation avec une autre personne de manière aussi authentique que possible. Le fait que la visée de cette relation se veut être thérapeutique, ne doit en aucun cas induire le thérapeute à se cacher derrière une façade de professionnalisme.

⁵ Rogers (1970), Une Approche Centrée Sur Le Client, Centrée Sur La Personne, ESF, Paris

Cela ne veut pas dire que le thérapeute ait intérêt à faire preuve d'une transparence débridée, en se délestant sans retenue de tous les sentiments et points de vue qui le traversent. Cependant, le thérapeute ne cherchera pas à nier les sentiments qu'il éprouve, et dans la mesure où ceux-ci trouvent leur place dans la relation d'accompagnement thérapeute / client, ce qui est à partager dans la mesure du possible, c'est le vrai ressenti, pas autre chose, la vraie personne, pas l'image que l'on serait tenté de vouloir projeter.

Ainsi il pourrait arriver un jour, alors que la relation est bien établie et l'assise profonde, que le thérapeute puisse dire à son client 'Mais quelle bêtise vous faites là !', si c'est ce qu'il ressent par rapport à un projet insensé que lui rapporte son client.

La considération positive inconditionnelle

La considération positive inconditionnelle est une variante de la *neutralité bienveillante*, à laquelle se référait Freud pour décrire l'attitude du psychanalyste face à ce que lui rapportait son patient. C'est une attitude à travers laquelle, au lieu de se focaliser sur les jugements, sentiments d'approbations ou de désapprobations, de sympathie ou d'antipathie qu'il serait enclin à éprouver par rapport à son client, le thérapeute cherche à adopter une attitude d'acceptation aussi large que possible.

Le but du thérapeute est d'écouter et d'accepter la réalité de ce qui est dit sans y rattacher le jugement qu'il pourrait avoir si son rôle était celui d'évaluer. Il n'est pas dans la relation thérapeutique pour évaluer. Il y est pour accueillir le vécu de son patient et le discours par lequel ce patient exprime et s'approprie son vécu. C'est sur ce « droit au discours et au vécu » qu'il s'agit pour le thérapeute de jeter un regard positif inconditionnel. Ce discours / vécu « mérite » d'être entendu, inconditionnellement. La considération positive inconditionnelle, c'est ce que vit le thérapeute lorsqu'il est capable d'entendre son client en acceptant que celui-ci soit sur le moment exactement ce qu'il est en train de vivre, quoi que ce soit. Par cette attitude, le thérapeute « permet » à son client d'être pleinement le sentiment qu'il est en train de vivre : confusion, ressentiment, peur, colère, courage, amour, orgueil. Dans cette attitude, le thérapeute ne juge pas (attitude de neutralité). Il accueille tout ce que son patient peut vouloir dire (attitude bienveillante), et entend ce qui est dit dans ce cadre, comme étant la représentation dans l'instant de la réalité profonde de la personne, toujours en devenir. C'est sur ce dernier point que la considération positive inconditionnelle se démarque comme étant quelque chose d'un peu plus que la neutralité bienveillante.

L'empathie

L'empathie, c'est la capacité pour le thérapeute d'entendre les sentiments qu'éprouve son patient en mettant ses propres sentiments en résonance avec ceux-ci.

C'est un processus par lequel le thérapeute s'immerge dans le monde de son patient pour ressentir des sentiments et significations personnels semblables, comme s'il prenait la place de celui-ci, de façon à ce que, quand il lui parle, il puisse le faire sur une base d'expérience commune.

Nous dirons que ce qui est primordial dans l'attitude du thérapeute pour la qualifier d'empathique, c'est qu'il fasse ce qui est en son pouvoir pour être aussi proche que possible émotionnellement de son patient. Sur ce point, Olga Kaufmann (1990) nous fait part d'une réflexion dont la portée mérite d'être relevée :

*"On a souvent insisté sur l'exactitude de la compréhension empathique, mais ce qui me semble important, c'est l'intérêt porté par le thérapeute pour apprécier le monde du client, et son ouverture à accepter une rectification de la part de celui-ci, s'il ne se trouve pas exactement au même endroit que lui"*⁶

La place que cette attitude occupe dans le contexte global de la posture thérapeutique rogérienne, est souvent interprétée de manière tout à fait inexacte par une grande partie de la communauté « psy ». Les propos que tient Fritz Perls (1970), cité par Salathé (1995) par rapport à celle-ci, mettent en relief cette erreur d'interprétation :

"Deux voies se présentent au thérapeute quelle que soit l'école ou l'orientation dont il se réclame. L'une est la sympathie ou engagement dans le champ total, celui de la connaissance de soi et du patient ; l'autre est l'empathie ou sorte d'identification au sujet qui exclut la moitié du champ car, dans l'ensemble, l'intérêt du thérapeute est centré exclusivement sur le patient et ses réactions. Des écoles aussi diverses que la freudienne ou la rogérienne sont en faveur de l'adoption d'une posture empathique"
(page 42) ⁷

L'erreur que commet Perls (et il est loin d'avoir été le seul à la commettre) consiste à percevoir la posture rogérienne comme une posture qui préconise durant l'heure thérapeutique, l'adoption par le thérapeute d'une attitude particulière, qui consisterait pour celui-ci avant tout et surtout à faire preuve d'une écoute empathique.

Parce qu'elle est approximative, cette perception est pernicieuse. Elle est pernicieuse parce qu'elle présente les priorités du psychothérapeute Rogérien dans un faux rapport. Elle présente l'empathie comme représentant l'axe prioritaire par rapport auquel le psychothérapeute rogérien chercherait à adopter l'attitude souhaitable pour la thérapie.

Dans la section suivante, nous verrons que l'axe prioritaire de l'approche rogérienne n'est pas celui-ci. Nous verrons pourquoi il importe que l'attitude empathique, même si celle-ci est effectivement fortement valorisée en thérapie rogérienne, reste une priorité périphérique par rapport à une chose beaucoup plus importante. Pour l'heure, contentons-nous de situer l'attitude empathique à sa vraie place. Elle ne représente ni plus ni moins qu'une attitude qui peut s'avérer d'une très grande utilité au psychothérapeute rogérien, dans l'accomplissement de son objectif.

⁶ Kaufmann, O., (Printemps 1990), L'approche centre sur la personne, *Regards d'écoles Revue ACTUA PSY, Paris*

⁷ Salathé (1995), *Psychothérapie Existentielle*, Institut de Psychothérapie Gestalt-Existentielle, Genève

- **La posture ‘Centrée sur la Personne’**

Si l’axe prioritaire de l’approche rogérienne n’est pas l’adoption d’une attitude empathique, quel est-il ? En réalité, le thérapeute rogérien considère que ce qui est le plus important dans une relation quelle qu’elle soit, c’est qu’il y ait une vraie rencontre entre deux personnes. C’est bien pour cela que les Rogériens qualifient leur posture d’approche centrée sur la personne, et non pas d’approche centrée sur l’empathie.

Dans la relation thérapeutique, le premier objectif du thérapeute rogérien sera de communiquer à son patient, dans toute sa façon d’être, que le fait qu’il soit *patient* est secondaire par rapport au fait qu’il est une personne - une personne dotée de richesses intérieures inestimables, richesses que lui, le thérapeute, est prêt à découvrir avec lui, le patient, par le biais d’un parcours d’accompagnement, dont les modalités sont à déterminer ensemble, mais dont la responsabilité première incombe au patient, maître de son propre parcours thérapeutique.

Ce premier devoir implique une réciproque dans le sens où il incombera également au thérapeute de faire transparaître que son identité de thérapeute est en fin de compte elle aussi secondaire par rapport à qui il est, également une personne - quelqu’un emprunt d’une sensibilité et d’une âme - qui sera à tout moment affecté par tout ce que lui dévoilera son patient.

Tant que la relation de personne à personne ne sera pas fermement engagée, le thérapeute rogérien n’aura pas l’atout principal nécessaire pour approfondir ce climat de confiance qu’il estime essentiel, afin que son client en vienne à mieux apprécier les ressources qui sont les siennes, pour parfaire son développement. La posture Centrée sur la Personne est donc une posture qui tente de réunir un ensemble d’attitudes qui permettront au thérapeute d’accompagner son client, sur la base d’un climat de confiance aussi fort que possible. Ces différentes attitudes telles l’empathie et la considération positive inconditionnelle, n’ont de légitimité que dans la mesure où elles servent à renforcer ce climat de confiance. Si dans une situation particulière elles n’ont pas cet objectif, autant en adopter d’autres !

Le thérapeute rogérien sait que la relation de personne à personne est une chose précieuse et délicate, quelque chose qui ne peut être cultivé en appliquant un système. C’est quelque chose qui s’invente au fur et à mesure, et qui passe par des contacts tantôt profonds, tantôt superficiels.

Le thérapeute rogérien sait que dans la relation qui le lie à son client, il y a des multitudes de paramètres qu’il ne contrôle pas. Ce qu’il est par contre en mesure de s’approprier, c’est sa propre humanité.

C’est avant tout sur cela qu’il peut s’appuyer pour être une vraie personne qui en rencontre une autre. C’est donc au sein de cette humanité fondamentale que viennent se greffer ses efforts pour faire preuve d’empathie, de congruence et d’acceptation.

Ces trois attitudes, le thérapeute rogérien les cultive comme des valeurs vers lesquelles il essaye de tendre avec simplicité et humilité. Il sait qu'il n'arrivera qu'exceptionnellement à être profondément en phase avec celles-ci. Et quand il ne les assume que partiellement, il n'en fait pas une histoire. Il porte simplement en lui la conviction, basée sur l'évaluation que Rogers porta sur sa longue et illustre pratique, que c'est quand ces trois attitudes se trouvent réunies qu'il y aura le plus de chance que se produise un changement constructif chez son client. Réussir à les assumer n'est donc pas un devoir, pas une injonction, mais une visée, tout simplement. La seule chose que le thérapeute rogérien considère être un devoir, c'est le fait d'être fermement une personne, avec toute l'humanité que cela suppose.

- **Une posture bien plus subtile qu'une posture dite 'empathique'**

Pour en revenir à la critique de Perls citée plus haut et au vu de ce que nous venons d'exposer ci-dessus, il importe de souligner que si d'une part, il est exact de dire que l'aptitude à faire preuve d'empathie implique la capacité pour le thérapeute à s'identifier au ressenti du patient, il est par contre inexact d'affirmer que le fait d'accorder, en conjonction avec deux autres attitudes cruciales, une grande importance à l'empathie dans l'écoute (que préconisent les Rogériens), implique automatiquement les exclusions que Perls perçoit comme lui étant associées.

A notre avis, ce qui a échappé à Perls c'est le fait que la capacité d'être véritablement empathique, implique obligatoirement un engagement dans le champ total. Le thérapeute pourra difficilement soutenir une écoute empathique, s'il n'a pas au préalable acquis la capacité de se montrer sympathique envers son client (Sympathique dans le sens de présence entière dans le champ auquel Perls fait référence).

La notion qu'avance Perls selon laquelle il serait possible de faire preuve d'empathie en portant son intérêt exclusivement sur le patient et ses réactions me paraît bien improbable. Et ce genre d'empathie, même en admettant sa possibilité, n'aurait à notre sens pas grand chose à voir avec l'Approche Centrée sur la Personne, telle que nous la concevons. Il convient de souligner une fois de plus, que le psychothérapeute rogérien a comme vocation principale, celle de s'intéresser à une personne en tant que personne. S'il compte réussir dans cette entreprise, il ne peut absolument pas s'effacer de quelque manière que ce soit. Et même s'il donne temporairement une importance secondaire à ses besoins et désirs spécifiques (ce que fait tout psychothérapeute quelle que soit son appartenance), il ne peut, ni n'a intérêt à exclure ce qui existe en lui et qui joue dans sa relation à l'autre. Dans sa recherche d'empathie à l'égard de l'autre, il lui incombera de continuer à rester à l'écoute de lui-même. L'empathie qu'il cherchera à communiquer devra toujours être subordonnée à la nécessité de privilégier avant tout l'engagement total, le contact avec l'autre en tant que personne à part entière.

• La non-directivité

Nous avons déjà évoqué cette prémissse fondamentale de l'ACP selon laquelle il existerait dans chaque être humain une force directionnelle constructive vers la réalisation de tout son potentiel. Dans le contexte de la pratique rogérienne, ce point de vue définit un cadre de travail tout à fait particulier - un cadre qui se différencie assez radicalement d'un cadre plus classique.

Une fois encore, Olga Kauffmann(1990) résume en quelques mots les caractéristiques essentielles de ce cadre bien particulier :

"L'Approche centrée sur la Personne fait confiance aux clients pour choisir leur propre thérapeute, pour choisir la fréquence et la longueur de leur thérapie, pour parler ou rester silencieux, pour décider des besoins à explorer, pour réaliser leurs prises de conscience et pour être les architectes de leur propre vie"⁸

C'est donc sur ces prémisses que s'est développée cette façon particulière pour le thérapeute de « présider » une séance - qui avec le temps a été désignée comme étant « non-directive ». Lemble (1992) nous relate comment Kinget (1965) parle de cette non-directivité en évoquant le rôle du thérapeute comme suit :

"Le rôle du thérapeute semble clair; c'est celui 'd'un catalyseur, d'un agent qui facilite un processus donné mais qui ne le détermine pas'. Le thérapeute est certes 'intimement engagé dans le processus de redressement' mais 'il se garde soigneusement d'en déranger le développement inhérent, tout en s'efforçant de le faciliter'⁹

Le thérapeute Rogérien se gardera bien de formuler des hypothèses sur ce qui conviendrait ou ne conviendrait pas à son client de travailler. Au contraire, il tentera d'apprécier au plus près l'orientation que son client aura lui-même choisie, et son but consistera à aider son client à prolonger cette orientation aussi loin que celui-ci se sentira l'envie de le faire. Il participe dans un processus avec son client, à partir du point de vue que le choix de l'orientation d'une séance, est une prérogative qui appartient au client et au client exclusivement.

Ainsi, à aucun moment ne tentera-t-il d'influencer son client à emprunter un cheminement autre que celui qu'il, son client, se sentira lui-même vouloir emprunter. Il considère qu'une personne se développe en fonction d'une tendance directionnelle innée, à un rythme qu'il serait contre-productif d'essayer de manipuler. Plutôt que d'essayer d'agir sur ce rythme par quelque suggestion que ce soit, le thérapeute rogérien s'efforcera simplement de nourrir son client en établissant, par sa manière d'être en relation avec lui, le climat le plus à même de libérer cette tendance directionnelle innée, seule capable de l'orienter selon ses véritables besoins.

⁸ Kaufmann, O., (Printemps 1990), L'approche centre sur la personne, *Regards d'écoles Revue ACTUA PSY, Paris*

⁹ Lemble (1992), Thérapie Centrée sur le Client : Techniques, Attitudes et Processus de changement, *Thèse de doctorat Université Claude Bernard Lyon 1*, Paragraphe 3 page 122

- **Faciliter l'expérience du vécu intérieur avant toute chose**

Pour Rogers, le thérapeute se présente devant son client bien plus comme un facilitateur de vécu intérieur que comme un expert en quoi que ce soit. Selon lui, il est même essentiel que le thérapeute refuse le statut d'expert et qu'il fasse bien comprendre à son client qu'il le rencontre d'égal à égal, une personne comme une autre, avec comme seule différence, celle d'avoir à accomplir un accompagnement bien spécifique.

Le facilitateur c'est celui qui pendant le laps de temps que dure la séance existe pour le client. Il est là pour faciliter le processus que le client se sentira vouloir enclencher. Son expertise, car il faut bien qu'il en ait une quand même, ne se situe pas au niveau d'une grande connaissance théorique ou d'un grand savoir faire interprétatif. Elle se situe ailleurs. Elle implique une disposition, une profonde aspiration à trouver le moyen d'entrer en contact avec le client, ceci en tant qu'une personne face à une autre personne. Pour ce faire, elle dispose d'un certain entraînement et d'une série de points de repères (l'application des trois attitudes psychologiques nécessaires et suffisantes). Mais pour l'essentiel, son outil, c'est sa personne - avec tout ce qu'elle a d'authentique à offrir, en y rattachant le désir incessant d'écouter et d'interagir, de façon à ce que le client puisse se sentir entendu, accompagné et épaulé.

d) Dégagements métacognitifs

Dans l'ouvrage qu'ils ont rédigé en commun, *Person-Centred Counseling in Action*, Dave Mearns et Brian Thorne (1988) nous livrent une série de réflexions se rapportant à un cas clinique (celui de Joan) qui met particulièrement bien en relief, tant le dialogue intérieur vécu par le thérapeute durant des séances données, que celui vécu par le client durant ces mêmes séances. Nous en retrouvons ci-dessous 2 extraits particulièrement saillants, celui se rapportant à la 1^{ère} session ainsi que celui se rapportant à la 5^{ème} session. Nous rapportons pour finir quelques commentaires portant sur l'attitude adoptée par le thérapeute durant les deux dernières séances (sessions 16 et 17) car ceux-ci abordent un thème qui nous a toujours très fortement interpellés – la dynamique de pouvoir thérapeute-client. Celle-ci, loin d'être uniforme et statique, a plutôt tendance à fluctuer au cours de la thérapie, le plus souvent en fonction des différentes phases de celle-ci. En outre, les réflexions abordées dans la sous-section (e) ci-dessous chercheront à rendre compte aussi finement que possible de la manière dont ce thème a été élaboré par les successeurs de Rogers durant les deux dernières décennies :

- **Réflexions autour du cas de Joan** – cité dans Mearns D. & Thorne B. (1988)¹⁰

Au moment où Joan vient consulter, elle est une jeune femme de 27 ans. Elle est mariée à Roger, n'a pas d'enfants et travaille en tant qu'assistante sociale bénévole

Séance # 1 (1988 : Traduction libre, pages 128-130)

Joan (son compte-rendu 2 ans plus tard) : *Juste au moment où je passais le pas de la porte, il m'a approchée en clignant des yeux comme s'il était nerveux. Je me suis dit « Mon Dieu, il ne sera jamais assez fort pour moi ! ».*

¹⁰ Mearns D. & Thorne B. (1988), *Person-Centred Counselling in Action*, Sage Publications LTD, London, 2nd edit.

Durant les cinq premières minutes, je voulais prendre mes jambes à mon cou – mais je ne le pouvais absolument pas – alors j'ai juste continué à parler. Je ne pensais pas que je manifestais beaucoup d'émotion. Mais ça a changé quant il a dit « Vous avez l'air très tendue – avez-vous peur ? Est-ce que ceci est angoissant ? » J'entends sur la bande d'enregistrement que je laisse échapper un soupir de soulagement, et je me souviens que c'est à ce moment là que je l'ai regardé pour la première fois.

Counselor (décrivant la tonalité de son intervention) : *Vers la fin de la séance, je décide d'interrompre Joan dans son flot de paroles. Je prends le temps de manifester de façon très délibérée et précautionneuse tout l'intérêt que je lui porte. Je lui profère chaleureusement ma compréhension de ce qu'elle me témoigne, de façon très affirmée.*

Counselor : *Vous m'avez dit vraiment beaucoup à propos de vous-même aujourd'hui. J'ai pu voir à quel point vous étiez appréhensive de faire cela. Mais j'ai également vu à quel point c'était important pour vous de faire cela. Et j'ai été très impressionné par votre courage – pas question pour vous de laisser tomber sans que vous vous bagarriez.*

Le narrateur : Dans la première partie du compte rendu de cette première séance, nous avons porté notre attention en priorité sur le client et le matériel qu'il adressait. Cependant, il est important de réaliser que le Counselor est également soucieux de passer en revue ce qui l'anime en tant que personne ainsi que la manière dont sa relation avec son client s'installe.

Nous avons donc jugé utile de rendre compte également des réflexions que le Counselor s'adresse à lui-même par rapport à sa façon d'être en séance.

Counselor (décrivant ce qui l'animait au niveau de son expérience interne) : *Au fur et à mesure que je me penche sur ma façon d'être face à mon client durant cette première séance, je me rends compte que je suis en fait très nerveux au départ. Au premier abord, elle semblait être très intense et sévère, comme si elle possédait des yeux qui pouvaient voir à travers moi. Je me suis trouvé quelque peu désarçonné par son intensité, et ça m'a pris plusieurs minutes pour que je commence à me calmer. Son long monologue du départ m'a donné l'espace me permettant de devenir davantage centré sur elle et de mettre mon attention sur elle. C'était comme si au début je ressentais de la peur envers elle, et c'est seulement au moment où je me mis à porter mon attention sur elle que cela a commencé à passer en arrière plan, et que je me suis mis à réellement l'apprécier en fonction du combat qu'elle menait.*

Counselor (décrivant la manière dont il ressentait la relation en train de s'installer) : *J'estime que le moment le plus important fut celui où en fin de séance j'ai si fermement arrêté son flot de paroles de façon à lui faire savoir à quel point j'admirais son courage. Cette façon de m'exprimer avec autant de fermeté a sûrement été importante pour elle par rapport à son combat, mais sans doute l'a-t-elle également été pour qu'elle puisse commencer à se sentir plus en confiance - et pour que notre relation puisse vraiment commencer à se tisser. Je me sens très confiant par rapport au potentiel de notre relation mais j'ai le sentiment qu'elle est sûrement très hésitante à s'engager réellement.*

Il sera par conséquent important que je fasse des efforts soutenus pour lui communiquer mon respect et le fait que je la comprends. J'ai le sentiment qu'à moins que je ne manifeste cela avec la plus grande fermeté elle ne me croira pas.

Séance # 5 (1988 : Traduction libre, pages 136-137)

Counselor : *Que se passe-t-il pour vous cette semaine ?*

Joan : *Pas grand chose.*

Le narrateur : Joan est restée très silencieuse et en retrait durant le premier tiers de la séance. De fil en aiguille, le Counselor décida de confronter ce silence et le fait que Joan évitait de le regarder, en exprimant ouvertement son vécu intérieur par rapport à cela.

Counselor : *Il semblerait qu'aujourd'hui vous avez jusqu'ici évité de me regarder ... et vous êtes beaucoup plus silencieuse ... comment vous sentez-vous ?*

Joan (en éclatant en sanglots) : *C'est désespérant – je suis désespérée – Je n'arrive pas à le faire – je n'arrive pas à le quitter* (Roger)

Counselor : *Y-a-t-il un quelqu'autre sentiment également présent ?*

Joan : *Je suis irrécupérable ... (pause) ... Je sens que je suis en train de vous laisser tomber.*

Counselor : *En train de me laisser tomber parce que vous n'êtes pas aussi forte que vous l'avez été ?*

Joan : *Oui, je suis tellement embarrassée.*

Counselor : *Comme si je n'allais pas beaucoup vous aimer lorsque vous êtes ainsi ?*

Joan (en continuant d'éviter le contact avec les yeux) : *Non – comment pourrait qui que ce soit aimer une petite fille qui pleure ?* (Elle se recroqueville sur le siège et tient ses jambes avec ses bras en enfouissant sa tête entre ses genoux. Ses pleurs se transforment en sanglots profonds)

Counselor (en se levant de son siège pour s'asseoir à coté de Joan sur le canapé et en mettant tendrement son bras autour d'elle. Ils s'assoient ainsi pendant presque cinq minutes, Joan continuant à sangloter de façon continue).

Le narrateur : Durant le reste de la séance, le Counselor resta assis à coté de Joan, qui, une fois qu'elle avait arrêté de pleurer, commença à parler de la tristesse qu'elle avait ressentie de façon continue durant sa vie de jeune fille. Le Counselor dans cet extrait s'est comporté de manière pleinement centrée sur la personne. Il s'est montré empathique en rapport avec la tristesse grandissante (voir l'isolement profond) de Joan, mais pas uniquement. Il a également exprimé un haut degré d'estime/acceptation pour Joan, ceci en dépit du fait qu'elle se comportait d'une manière qu'elle considérait pour sa part comme étant inacceptable.

Durant toute cette séquence, le Counselor s'est montré parfaitement congruent en rapport avec la qualité et l'intensité de ses propres sentiments et sensations ; il s'est même montré disposé à manifester toute l'étendue de ce qu'il ressentait face à Joan, en se rapprochant d'elle et en la tenant dans ses bras pendant qu'elle pleurait.

Il est peut-être difficile de juger l'importance d'une interaction telle que celle-ci, sans être soi-même dans la situation. Joan quant à elle, dans ses réflexions ultérieures, fut très claire quant à son appréciation du comportement du Counselor dans cette situation :

Joan : *Je sentais qu'il était disposé à simplement être avec moi au milieu de ma dépression. Il n'a pas essayé de m'en extraire. Je ressentais cela comme étant d'une importance cruciale même s'il m'était difficile d'expliquer pourquoi c'était important. Ca avait quelque chose à voir avec le fait que chaque fois que je m'attendais à ce qu'il me rejette, il est en fait venu vers moi pour s'asseoir à coté de moi – cela signifiait qu'il était avec moi de façon réellement authentique, Ca m'a permis de faire face à toute l'intensité de mon isolement et de trouver le moyen de la traverser.*

Le narrateur : Le Counselor, à partir de ses notes, nous donne un récit semblable de cette interaction

Counselor : *La séance d'aujourd'hui fut aussi critique pour Joan que pour notre relation. J'ai pu la rencontrer sur un terrain de grande désolation, et partager cela avec elle. Il est certain qu'elle se trouvait en proie à des sentiments très puissants, parce que les sensations que je vivais étaient incroyablement chargées : je débordais de sensations de désespoir et de tristesse. Je la sentais de tout mon corps, et à la fin de la session je me sentais à la fois exténué et énervé.*

- **Réflexions sur la finalité du processus thérapeutique et la posture altérée que le thérapeute aura tendance à adopter alors que le processus touche à sa fin** (1988 : Traduction libre, pages 161-2)

L'étude du cas de Joan et de son Counselor illustre bien le fait que le processus thérapeutique se caractérise en fin de compte par de l'action. Cette action est la résultante de trois développements importants : l'avènement d'un mouvement thérapeutique précipitant une rapide augmentation du regard d'acceptation que le client porte sur lui-même, le fait d'avoir pu réduire les divers facteurs émotionnels qui entraînaient une manière de vivre plus active, le développement progressif d'une capacité à goûter à une liberté de faire des choix et des changements, qui auparavant paraissaient impossibles. Durant les séances 16 & 17 de notre étude le Counselor s'est montré plus actif en ce sens qu'il a initié des activités telles que le passage en revue du processus accompli, l'effort de repérer d'éventuelles zones de travail encore en suspens, et le fait d'inciter Joan à examiner chaque détail de sa vie, telle qu'elle se présenterait une fois la thérapie terminée. Le type d'action initié par le Counselor peut inclure pour ce dernier, suggérer à son client un certain nombre de stratégies à envisager, ou aider son client à recueillir des informations concernant des choses telles que le travail, des considérations légales, des allocations familiales, etc.

Cette façon de faire plus intervenante est une réponse au fait que le client commence lui-même à se prendre davantage en charge. Elle provient également du plus grand niveau de mutualité qui progressivement se développe entre le Counselor et son client. Lorsqu'un certain degré de mutualité s'installe, le Counselor peut faire de plus en plus confiance à son client pour exercer le pouvoir qui est le sien au sein de la relation. Ceci libère le Counselor afin qu'il puisse offrir de l'information, faire des suggestions, voire même donner des conseils, sachant que son client n'est pas exagérément impressionné par sa présence, et qu'il sera capable de prendre ce qui lui est utile tout en rejetant ce qui ne lui paraît pas l'être.

e) Réflexions des successeurs de Rogers autour de la notion de la dynamique de pouvoir Thérapeute-Client

- **La non-directivité**

Au fur et à mesure que la pensée de Rogers a commencé à se faire connaître, il est devenu tout à fait évident que, par rapport à ce qui se faisait par ailleurs à l'époque (les années 50), Rogers préconisait une orientation nouvelle de la part du thérapeute, en particulier en ce qui concernait sa manière de se positionner à l'égard de son patient. Il s'agissait pour le thérapeute d'abandonner le positionnement communément adopté, impliquant des attitudes de jugement, d'enquête, d'investigation, de diagnostic, de soutien condescendant, etc. Au lieu de cela, le thérapeute devait adopter un positionnement à même de donner toute la place à la personne, à son originalité et son épanouissement, en prenant le parti de se focaliser avant tout sur son vécu et son ressenti (de la personne).

Très vite, plutôt que de se référer à la personne venant le consulter comme étant son *patient*, Rogers opta d'utiliser la dénomination *client*. Ce faisant, Rogers cherchait surtout à souligner l'indépendance de la personne et son pouvoir de se déterminer elle-même – précisément parce qu'il en était arrivé à être intimement convaincu du fait que c'était le client qui savait mieux que quiconque comment aller de l'avant par rapport à ce qui le concernait au niveau de son expérience intime.

Une affirmation faite par Rogers (1961), très souvent citée, rend explicite le positionnement implicite du thérapeute face à son client :

*"C'est bien le client qui sait où ça fait mal, quelles directions prendre, quels problèmes sont cruciaux, et quelles expériences ont été profondément enfouies"*¹¹
(Pages 11-12, traduction libre)

Rogers était à tel point convaincu de ce qu'il avançait en ce sens que lorsqu'il commença à pratiquer selon l'orientation nouvelle qu'il préconisait, il définit celle-ci comme représentant une *approche non-directive*. Il soulignait par là que la tâche du thérapeute consistait bien davantage à créer un climat de confiance - susceptible de favoriser la possibilité pour son client à prendre contact avec ses ressources internes – plutôt que de le guider, lui donner des conseils ou l'influencer de quelque autre manière que ce soit, afin qu'il prenne une direction donnée.

¹¹ Rogers (1961), *On Becoming a Person*, Constable, London

Même si Rogers choisit assez rapidement d'abandonner l'adjectif *non-directif* au profit de celui *centré-sur-la-personne* pour qualifier son approche, il n'en reste pas moins que la méthode d'intervention dite *centrée-sur-la-personne*, se décline de façon essentielle autour de ce concept de *non-directivité*. De surcroît, la manière de concevoir ce que signifie être non-directif reste encore et toujours un sujet chaudement débattu. Il vaut la peine par conséquent que l'on prenne le temps d'examiner cette notion d'un peu plus près. Parce qu'à notre sens elle représente bien la manière classique et orthodoxe de la considérer, commençons par rendre compte, au travers de 3 citations particulièrement révélatrices, de la manière dont Sheila Haugh (2008) explicite cette notion dans son article *A person-centred perspective* ¹²:

Dans ce modèle, le praticien n'est pas intéressé à et n'entrevoit aucun sens à diriger le contenu des délibérations du client, ni le processus thérapeutique par lequel il conviendrait que celui aborde celles-ci. A aucun moment le thérapeute ne présume en savoir davantage que son client sur un processus qui appartient à ce dernier. Il ne fait aucune présupposition non plus quant à la manière dont le cheminement thérapeutique pourrait/devrait se développer. Le thérapeute ne présume que d'une seule chose, à savoir que s'il arrive à fournir un environnement psychologique empreint de sécurité, il en résultera un changement de personnalité thérapeutique. (2008 : Traduction libre, Page 41)

Partant du principe que c'est le client et non le thérapeute qui est l'expert dans la relation, il devrait être évident, du moins théoriquement, que le pouvoir dans la relation appartient au client.

La seule intention du thérapeute est de comprendre et de faire l'expérience, aussi profondément que possible, du monde de l'autre tel qu'il le vit. Cette intention amène très naturellement à un positionnement de non-directivité. La non-directivité n'est (cependant) pas pratiquée parce que c'est une manière Centrée-sur-la-Personne de travailler. (En réalité), une posture non-directive découle naturellement du fait de s'employer à instaurer les conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique. (2008 : Traduction libre, Page 43)

L'approche Centrée-sur-la-Personne est peut-être bien l'approche qui place le plus d'exigence sur les thérapeutes – ils n'ont qu'eux-mêmes à offrir dans la relation. Il n'y a pas de techniques, pas d'interventions qui puissent être planifiées d'avance en supervision ; il n'y a ni outils, ni stratégies qui peuvent être amenés dans l'arène si les choses se compliquent. Les seules aptitudes dont doit disposer le thérapeute Centré-sur-la-Personne sont celles impliquant la capacité de communiquer l'empathie et la considération positive inconditionnelle, et l'aptitude consistant à savoir discriminer quand il peut être opportun de partager son propre vécu (la congruence (2008 : Traduction libre, Page 45)

¹² Haugh & Paul (2008), *The Therapeutic Relationship, Perspectives and Themes*, PCCS books Ltd, Ross-on-Wye

- **S'employer à se montrer responsable *envers* son client**

Godfrey T. Barrett-Lennard* estime quant à lui que la notion de non-directivité ne doit pas à elle seule déterminer cette façon de se positionner dite Centrée-sur-la-Personne. Selon lui, il importe que le thérapeute se positionne autant dans ce qu'il s'emploie à faire, que dans ce qu'expressément il choisit de ne pas faire.

Tout en reconnaissant la place incontournable du positionnement non-directif du thérapeute Centré-sur-la-Personne, Barrett-Lennard tire la sonnette d'alarme quant aux dérives dans lesquelles même le thérapeute le mieux intentionné cours le risque de se perdre. **Il s'agit pour le thérapeute d'être particulièrement attentif au danger qu'il y aurait, sous prétexte de non-directivité, à se laisser entraîner dans un *non-faire*, alors que la tâche première du thérapeute consiste à servir son client en tant que puissant allié, cherchant à l'accompagner dans sa quête et son besoin.** Le thérapeute doit savoir situer la frontière, très fine, entre non-directivité et irresponsabilité. Cherchant à cerner au mieux comment il incombe au thérapeute de se montrer responsable envers son client, Barrett-Lennard (1998)¹³ pose les questions rhétoriques suivantes :

Question : (*Sommes-nous au service de notre client si nous prenons le parti de ne jamais manifester de réaction sauf pour faire état de ou de vérifier notre compréhension ?*

Réponse : *Une telle contrainte extrême représenterait une caricature de « non-directivité » ; ce faisant, l'accompagnant se montrerait immanquablement non-congruent.*

Question : (*Sommes-nous au service de notre client si nous prenons le parti de ne jamais mettre en avant une quelconque opinion par rapport à un plan d'action à suivre, alors que notre client nous le demande ?*

Réponse : « Jamais » est trop fort bien entendu ; car si l'accompagnant prête attention à la signification du ressenti qui motive la requête d'opinion, il lui devient possible de répondre d'une manière qui lui permet de n'être que très peu interventionniste – il s'agit de trouver une façon de répondre qui invite le client à s'exprimer ou à aller plus loin dans l'exploration qu'il mène – cette façon de faire à tendance à produire un effet plus puissant que celui qui se produit quand l'accompagnant se contente de répondre directement.

Question : (*Sommes-nous au service de notre client si nous prenons le parti de ne jamais directement inviter l'autre à essayer quelque chose au cours d'un processus, alors que notre intuition ou notre expérience nous suggère que cela pourrait s'avérer aidant ?* (Page 361)

¹³ Godfrey T. Barrett-Lennard (1998), *Carl Rogers' Helping System*, Sage Publications Ltd, London

Réponse : *Les thérapeutes Centrés-sur-le-Client seraient de nos jours divisés quant à la réponse qu'ils apporteraient à cette question. Toutefois ils seraient tous d'accord de dire que si jamais un thérapeute prenait le parti de suggérer une expérimentation de ce genre, il conviendrait qu'il le fasse sous forme d'invitation sincère associée à une écoute en profondeur.*

Les questions rhétoriques citées par Barrett-Lennard ci-dessus sont loin d'être exhaustives et elles ne sont pas uniquement posées par lui. Tout comme Barrett-Lennard, Dave Mearns et Brian Thorne se sont eux aussi longuement questionnés autour de cette question de dynamique de pouvoir Thérapeute-Client.

De toutes les idées suscitées par ce type de questionnement, celles qui nous interpellent le plus sont celles qui mettent en avant l'intérêt, parfois très marqué, à ce qu'il y ait entre le thérapeute et son client **un dialogue véritablement symétrique** – un dialogue très spontané et soutenu d'échanges en aller-retour, où les protagonistes ne se soucient guère plus de savoir qui doit ou ne doit pas prendre la main, ou à qui des deux échoit le rôle d'expert.

Nous déduisons de tout ceci que selon les caractéristiques spécifiques du thérapeute, certains adopteront **un style plus collaboratif**, un style où les concepts de **mutualité** et **d'alliance de travail** occuperont une place plus importante. Il est même possible que pour quelques-uns, cette façon de faire davantage orientée « travail en équipe » sera indispensable – le moyen auquel ils auront recours s'ils veulent pouvoir se montrer suffisamment congruents.

CHAPITRE V

Convergences (l'analyse des appréciations recueillies)

Dans cet avant dernier chapitre, nous faisons le point, à savoir si les données que nous avons recueillies valident ou non l'hypothèse de Rogers selon laquelle, de façon discernable au sein d'approches thérapeutiques diverses et variées, les praticiens relèveraient les même six conditions nécessaires et suffisantes au changement psychothérapeutique.

Ce point, nous le faisons en premier lieu en examinant à tour de rôle chacune des six conditions, en indiquant chaque fois la fréquence à laquelle chaque condition aura ou non été citée par les praticiens des 4 approches, autres que l'ACP, sur lesquelles nous nous sommes penchés dans cette étude.

En deuxième lieu, nous rendrons compte de toutes autres conditions qui aux yeux de l'un ou l'autre des praticiens des diverses approches sur lesquelles nous nous sommes penchés dans cette étude (les successeurs de Rogers inclus), représentent aussi des conditions déterminantes au changement psychothérapeutique (en sus des six postulées par Rogers).

Nous poursuivrons en évaluant la nature des diverses conditions ainsi examinées : lesquelles peuvent être perçues comme représentant des facteurs curatifs communs « non-spécifiques » à l'école d'appartenance, et lesquelles seraient à contrario spécifiques à l'école d'appartenance ? Nous essayerons également d'évaluer le degré auquel chacune de ces conditions se rapportent ou non, à la qualité de la relation thérapeutique.

Nous terminerons enfin en développant la notion, selon laquelle l'hypothèse de Rogers concernant les six conditions nécessaires et suffisantes au changement psychothérapeutique, se situerait au sein d'une métapsychologie constructiviste, unique en son genre.

a) Etat des lieux des six conditions de Carl Rogers

- **La # 1 : Le contact psychologique Thérapeute-Client** : une relation entre le client et le thérapeute existe ; dans cette relation, chacun des protagonistes (client et thérapeute) perçoit l'autre comme étant un être important à ses yeux.

Cette 1^{ère} condition est largement reconnue par tous les praticiens, comme étant essentielle au changement psychothérapeutique. Tous insistent de façon très appuyée sur ce point. Et même s'ils utilisent un vocabulaire différent de celui de Rogers, il ne fait aucun doute que cette condition est effectivement retenue par tous, comme étant essentielle.

- **La # 2 : L'état d'incongruence ou la vulnérabilité du client** : le client est dans un état d'incongruence par rapport à ce qu'il vit ; il y a divergence entre son expérience (ce qu'il vit réellement) et ce qu'il peut en percevoir consciemment et en faire part à d'autres. De surcroît, cette incongruence l'angoisse et le motive à rester en relation

Cette 2^{ème} condition est moins reconnue que la 1^{ère}. Par contre, William Glasser y fait expressément référence dans le cadre de sa théorie de la santé, en évoquant *l'état d'irresponsabilité* du Patient. Harry Stack Sullivan y fait également référence en évoquant le penchant d'un patient à déformer sa perception des autres (*distorsion parataxique*). William Glasser, de son côté, considère que les patients qui viennent le consulter, font état d'une forte divergence entre leur manière de se confronter à la réalité et leur manière d'essayer de satisfaire leurs besoins essentiels, et que la mise en relief de cet état de fait est une étape essentielle dans le processus de changement psychothérapeutique. Harry Stack Sullivan quant à lui, même s'il considère qu'aider un patient à réduire les distorsions parataxiques qui l'accablent fait partie des tâches du praticien, ne pose pas explicitement que l'état du patient dans ce sens représente une condition déterminante à un changement psychothérapeutique. Il nous paraît raisonnable cependant de considérer que cette condition est néanmoins implicitement reconnue de sa part.

En ce qui concerne les autres praticiens, même s'il est plausible que l'un ou l'autre reconnaisse implicitement le côté essentiel de cette condition, ils laissent assez peu d'indices à ce sujet.

- **La # 3 : L'état de congruence ou l'authenticité du thérapeute** : le thérapeute est congruent à l'intérieur de la relation thérapeutique. Le thérapeute est lui-même profondément impliqué dans la relation qu'il entretient avec son client. Il ne joue pas la comédie. Il communique ce qu'il vit réellement (il fait preuve de transparence); il s'évertue à adopter une manière d'être en relation avec son client qui soit pleinement authentique.

Cette 3^{ème} condition fait partie elle aussi des conditions largement reconnues par tous les praticiens comme étant essentielle au changement psychothérapeutique. Tous insistent de façon très appuyée sur ce point. Et même s'ils utilisent un vocabulaire un peu différent de celui de Rogers, il ne fait aucun doute que cette condition est effectivement retenue par tous comme étant essentielle.

- **La # 4 : La considération positive inconditionnelle du thérapeute** : le thérapeute accepte le patient (dans ce qu'il vit) inconditionnellement, sans jugements, approbation ou désapprobation. Cela permet au client de développer une meilleure estime de soi au fur et à mesure qu'il prend conscience d'expériences qui l'ont jusqu'à là conduit, à cause de jugements biaisés portés sur lui par d'autres, à développer une vision déformée de sa propre valeur intrinsèque.

Cette 4^{ème} condition fait partie des plus difficiles à situer. D'un côté, il ne fait aucun doute que tous les praticiens insistent sur l'importance qu'il y a pour eux d'avoir à l'égard de leurs patients une attitude d'acceptation, une attitude respectueuse et susceptible de promouvoir un climat de sécurité durable sur lequel patient et thérapeute peuvent conjointement prendre appui.

D'un autre côté, on peut légitimement se poser la question, à savoir, si dans tous les cas cela correspond à quelque chose de tout à fait équivalent à ce que Rogers entend par considération positive inconditionnelle ? C'est avec quelques réserves que nous concluons néanmoins que cette condition est très probablement (au moins implicitement) reconnue par tous.

- **La # 5 : La compréhension empathique du thérapeute** : le thérapeute fait preuve d'une compréhension empathique du cadre de référence interne du client ; de surcroît, il parvient à lui communiquer cette compréhension. Plus le thérapeute réussit avec justesse à éprouver et à communiquer avec empathie ce qu'il perçoit de ce que vit son client, plus ce dernier devient capable d'apprécier à sa juste mesure la considération positive inconditionnelle que lui accorde son thérapeute.

Paradoxalement, cette 5^{ème} condition fait partie de celles qui, de la part des divers praticiens que nous avons examinés, s'avèrent les moins souvent explicitement relevées comme étant déterminantes. Nous disons « paradoxalement » car il semble assez largement acquis dans le monde de la psychothérapie qu'il est « politiquement correct » de considérer que la capacité de faire preuve d'empathie est une aptitude essentielle à tout psychothérapeute digne de ce nom. Toujours est-il que ni William Glasser ni Harry Stack Sullivan ne l'évoque explicitement, et il n'est même pas évident qu'ils y font référence un tant soit peu implicitement. Irvin Yalom quant à lui, même s'il en fait référence dans certains de ses ouvrages, ne nous paraît pas l'avoir explicitement évoquée comme représentant pour lui, une condition essentielle au changement psychothérapeutique.

Ceci dit, nous pensons qu'il y a là une omission qu'il s'agit de qualifier tant en référence au concept d'empathie qu'à celui de considération positive inconditionnelle. En analysant la situation d'un peu plus près, il y a tout lieu de croire que si de nombreux thérapeutes ne mettent pas forcément l'accent sur les concepts d'empathie et de regard positif inconditionnel, c'est qu'ils se réfèrent à l'espace thérapeutique que ces attitudes sont censées favoriser avec un autre vocabulaire. Frieda Fromm-Reichmann par exemple parle d'engagement actif, authentique et complice du thérapeute. William Glasser parle d'implication relationnelle. Irvin Yalom parle de l'aptitude du thérapeute en tant qu'artisan/participant d'une rencontre Thérapeute-Patient. Harlene Anderson quant à elle parle de la capacité du Thérapeute à découvrir son Patient en écoutant/entendant les multiples voix qui le constituent en tant que personne. Même si les mots ne sont pas les mêmes, et les attitudes soulignées ne sont pas exactement identiques, il n'en reste pas moins qu'il ne nous paraît pas faux d'estimer, qu'elles peuvent toutes être regroupées en fonction d'une **aptitude et/ou engagement d'implication relationnelle profonde et sincère**.

Pour finir, nous aimerions rappeler la manière dont Peggy Penn (approche collaborative) définit l'écoute : "Pour moi, écouter est un art qui se pratique sur plusieurs fronts à la fois : en 1^{er} lieu, je suis toujours alerte au fait de savoir si je ressens de l'empathie ou de la compassion pour la famille ou pour certains de ses membres" (Citée dans Anderson (2007), pages 104-105, Chapitre 7, traduction libre) ¹.

¹ Anderson & Gehart (Dir., 2007), *Collaborative Therapy*, Taylor & Francis Group, New York

- **La # 6 : La perception du client** : le client perçoit, au moins à un degré minimal, l'empathie et la considération positive inconditionnelle que lui communique son thérapeute.

Partant de ce que nous évoquons sous le point 5 immédiatement ci-dessus, dans la mesure où l'on considère acceptable de remplacer dans ce descriptif « l'empathie et la considération positive inconditionnelle » par « aptitude et/ou engagement d'implication relationnelle profonde et sincère », il ne fait non plus aucun doute que cette condition est également retenue par tous comme étant essentielle, du moins de façon implicite. Sans doute est-ce William Glasser qui souligne l'importance de cette condition le plus explicitement.

b) Les conditions additionnelles, également communément considérées comme étant déterminantes au changement psychothérapeutique (en sus des 6 postulées par Rogers)

Notre étude nous a permis de repérer au moins 5 conditions additionnelles auxquelles les praticiens attribuent de façon récurrente une importance déterminante, pour que se produise un changement psychothérapeutique constructif. Quatre (4) de celles-ci, toutes citées entre autres par Irvin Yalom, représentent également 4 des 6 conditions énumérées par J. D. Frank (1971) cité par Chambon et Michel Marie-Cardine (2010)² comme étant des facteurs curatifs communs non-spécifiques (non-rattachés à une mouvance psychothérapeutique spécifique). Elles sont :

- Les attitudes ou méthodes contribuant à accroître la motivation du patient.
- Les attitudes ou méthodes contribuant à accroître le sentiment de maîtrise et d'efficacité personnelle.
- L'opportunité de pratiquer de nouveaux comportements.
- Les attitudes ou méthodes contribuant à stimuler ou à faire émerger le ressenti et les émotions.

La 5^{ème} condition à laquelle les praticiens contemporains semblent accorder une importance en forte croissante a trait à :

- L'opportunité pour thérapeute et patient, sous forme de partenariat « collaboratif » et au travers de conversations dialogiques symétriques, de construire ensemble un cheminement vers de nouvelles possibilités, de nouvelles directions, de nouveaux objectifs et de nouveaux comportements.

En ce qui concerne les 3 premières des conditions additionnelles énumérées ci-dessus, alors que Yalom les évoque assez explicitement comme étant déterminantes au changement, c'est un peu moins évident en ce qui concerne les autres praticiens. Tout au plus, et particulièrement du point de vue des praticiens Centrés-sur-la Personne, il ne serait pas faux de considérer que celles-ci sont assez généralement implicitement reconnues, comme représentant plutôt des effets secondaires qui se mettent en place « naturellement » et « automatiquement », à partir du moment où les conditions déterminantes de bases de Rogers se trouvent activées en amont.

² Chambon et Cardine, (2010), *Les Bases de la Psychothérapie*, 3^{ème} édition, Dunod, Paris

Pour la 4^{ème} condition additionnelle (celle concernant la stimulation émotionnelle), son importance est soulignée tant par Yalom que par Fromm-Reichmann. Rogers, bien qu'il ne l'inclue pas parmi les conditions qu'il estime être nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique, lui accorde implicitement une importance considérable. L'objet de son approche consiste bel et bien à faciliter chez son client l'accès au champ complet de son potentiel d'experience (étant entendu que la capacité d'éprouver des sentiments constitue une part primordiale du potentiel d'experience de la personne).

Pour la 5^{ème} condition additionnelle, comme l'on peut s'y attendre, son importance est particulièrement explicitement reconnue par les thérapeutes collaboratifs. Elle est cependant également soulignée de façon importante par les psychanalystes interpersonnels et les thérapeutes existentiels. De surcroît, son importance est également soulignée par quelques-uns des successeurs de Rogers les plus renommés, dont Dave Mearns, Brian Thorne et Godfrey Barrett-Léonard.

Comme nous pouvons le constater, **à une seule exception notoire, toutes les conditions considérées « déterminantes à un changement psychothérapeutique constructif »** que notre étude à pu relever, que se soit celles « de base » telles qu'énoncées par Rogers, ou celles auxquelles nous nous référons en tant que conditions « additionnelles » telles qu'énoncées par Frank J.D. **tombent dans la catégorie des « facteurs curatifs communs non-spécifiques »**. Avant de poursuivre, il convient donc que nous examinions cette exception d'un peu plus près.

L'exception à laquelle nous nous référons concerne le point # 6 énoncé dans la sous-section (e) de la section du chapitre IV se référant à la Psychanalyse Interpersonnelle, soit :

- **La capacité du Patient à affronter les expériences douloureuses de son passé de façon à récupérer une capacité à éprouver plus entière** : La psychanalyse Interpersonnelle repose sur la notion que, l'élément central à toute difficulté de vie se rattache à un traumatisme douloureux survenu à la suite d'une interaction interpersonnelle très (trop) perturbée. Ce traumatisme douloureux a presque toujours comme conséquence chez le patient, de limiter ou de réduire d'une manière ou d'une autre, sa capacité à pleinement vivre ses sentiments ou émotions. Si la tâche essentielle du psychanalyste sera d'aider son patient à lever le voile sur les facteurs qui ont contribué à limiter son potentiel de ressenti (**en s'appuyant sur l'interprétation**), la capacité du patient à résolument affronter les expériences douloureuses de son passé sera indiscutablement l'un des éléments indispensables pour qu'il puisse finalement récupérer le potentiel de ressenti qu'il avait perdu de ce fait.

Cette condition, qui à priori sous-entend que nous acceptons cette notion chère à la psychanalyse selon laquelle l'élément central à toute difficulté de vie se rattache à un traumatisme douloureux survenu à la suite d'une interaction interpersonnelle très (trop) perturbée, nous apparaît comme représentant plutôt un facteur curatif spécifique à la Psychanalyse Interpersonnelle, de surcroît impliquant un recours à l'interprétation.

Certaines personnes considéreront que cette condition se caractérise irrémédiablement comme étant un facteur « spécifique à la psychanalyse ». En ce qui nous concerne, nous pensons qu'il y a moyen de l'envisager sous un angle un peu différent. Afin d'expliciter cet angle, nous allons commencer par citer (en deux temps) Pam Howard, citée par Haugh (2008) psychanalyste contemporaine, dont les propos reflètent bien le point de vue de la psychanalyse Interpersonnelle, tel que nous l'avons évoqué jusqu'ici :

*Dans l'approche qui est la nôtre, « l'interprétation » acquiert un sens nouveau : le thérapeute oriente l'attention de son client envers ce qu'il suppose être un matériel inconscient se manifestant soit dans sa narration, soit dans la relation entre eux. Ce faisant, il cherche à soutenir son client dans les efforts que ce dernier déploie pour vaincre les résistances qui l'empêchent de se « connaître soi-même » - c'est-à-dire de ce qui l'empêche d'être en prise avec ce qu'il souhaite oublier. L'attention du praticien est par conséquent centrée sur un processus qui cherche à faciliter le dépassement d'une résistance, plutôt que de chercher à interpréter (par exemple) « la signification véritable » d'un lapsus. La valeur première d'une interprétation se situe bien davantage dans sa capacité à stimuler de nouvelles connections, à créer une ouverture sur de nouvelles pensées, de nouvelles idées et/ou de nouvelles associations. Il ne s'agit en aucun cas de croire que l'on peut circonscrire de façon lapidaire ce que l'on croit être la « signification juste » (Chapitre 3, page 31, traduction libre)*³

Les critiques adressées à la psychanalyse se sont largement focalisées autour du concept de l'inconscient et la manière dont l'usage de celui-ci vient, selon ces critiques, créer une tension qui grève l'autonomie d'une personne. Les critiques de ce genre suggèrent qu'en entreprenant un travail qui se focalise prioritairement sur les communications inconscientes, le client s'expose aux interprétations arbitrairement subjectives de son psychanalyste. Selon cet argument, s'il advient qu'un client conteste la véracité de ce que lui suggère son psychanalyste, ce désaccord se trouve invariablement interprété par le psychanalyste comme représentant une résistance à l'encontre d'une compréhension nouvelle.

L'on peut aisément voir comment ce type d'approche se prête à un abus de pouvoir de la part du praticien. Cependant, en dépit du fait qu'il est certain que ce type de mauvaise pratique a effectivement lieu dans certains endroits, il n'en reste pas moins que la critique telle que formulée ci-dessus se fonde sur une méconnaissance du réel projet que se fixe la psychanalyse contemporaine.

³ Haugh & Paul (Dir), (2008), *The Therapeutic Relationship*, PCCS BOOKS Ltd, Ross-on-Wye

En réalité, ce que l'on vit en engageant et en vivant une relation thérapeutique psychanalytique réussie, c'est que les manifestations que l'on observe sont en fait explorées avec beaucoup de subtilité et de circonspection. L'on participe conjointement et de façon collaborative à une démarche animée par une curiosité se portant sur les processus inconscients qui se jouent entre patient et thérapeute. Le psychanalyste, tout en n'étant nullement troublé par l'asymétrie évidente de la relation, s'emploie à amener au centre de cette enquête conjointe toutes les aptitudes thérapeutiques qui sont les siennes, et de façon plus importante encore, sa personne toute entière. (Chapitre 3, Page 32, traduction libre)⁴.

Ce qui nous interpelle dans ce que nous dit Pam Howard, c'est à quel point le processus décrit, s'inscrit dans un processus fortement animé par deux des conditions additionnelles mentionnées plus haut, comme représentant des conditions déterminantes au changement psychothérapeutique, soit :

- Les attitudes ou méthodes contribuant à accroître le sentiment de maîtrise et d'efficacité personnelle.
- L'opportunité pour thérapeute et patient, sous forme de partenariat « collaboratif » et au travers de conversations dialogiques symétriques, de construire ensemble un cheminement vers de nouvelles possibilités, de nouvelles directions, de nouveaux objectifs et de nouveaux comportements.

En tenant compte de la manière dont le Psychanalyste Interpersonnel contemporain s'emploie à conduire le processus qu'il cherche à mener, l'on s'aperçoit que dans ce contexte particulier, la condition # 6 citée plus haut, n'est réellement spécifique à la psychanalyse qu'au niveau du contenu examiné (les expériences douloureuses du passé). A contrario, en ce qui concerne la démarche elle-même (conduite en fonction d'un processus collaboratif tel que le décrit Pam Howard ci-dessus), nous nous trouvons en fait engagés dans une démarche bien davantage déterminée par les deux conditions non-spécifiques susmentionnées. Conduite avec succès, le but recherché d'une telle démarche consiste de surcroît à faciliter la survenue d'une 3^{ème} condition additionnelle non-spécifique, soit :

- Les attitudes ou méthodes contribuant à stimuler ou à faire émerger le ressenti et les émotions.

Nous en resterons là pour l'instant concernant les conditions additionnelles qui ont émergé de notre étude. Ce qui nous paraît être le plus important, c'est que même si nos lecteurs contestent certaines des conclusions qui découlent de notre analyse, le fait demeure qu'il y un nombre très considérable de convergences entre les écoles en ce qui concerne les conditions déterminantes pour que se produise un changement psychothérapeutique, et que très peu de facteurs spécifiques à une école donnée sont retenus (même par l'école en question), comme représentant l'une des conditions déterminantes à un changement psychothérapeutique.

⁴ Haugh & Paul (Dir), (2008), *The Therapeutic Relationship*, PCCS BOOKS Ltd, Ross-on-Wye

c) Parmi les divers facteurs généraux souvent cités comme contribuant à un résultat thérapeutique satisfaisant, quelle place la recherche accorde-t-elle à la qualité de la relation thérapeutique ?

Alors que notre étude démontre très clairement que de toutes les conditions relevées, ce sont celles ayant trait aux caractéristiques d'une relation thérapeutique de qualité qui sont le plus souvent citées par les thérapeutes comme étant déterminantes au changement thérapeutique, il nous paraît utile de brièvement nous pencher sur ce que la recherche laisse entrevoir à ce propos, au travers des conclusions de 4 études scientifiques particulièrement pertinentes à nos yeux.*

- **L'étude de Orlinsky, Grawe et Parks (1974)** (Citée dans Haugh (2008) p. 111, traduction libre) **5a**

Dans cette étude les auteurs nous enjoignent à ne pas sous-estimer l'importance de la relation thérapeutique. Ils notent que l'impact de la qualité de la relation thérapeutique peut être perçu au travers de plus de 1000 études. En entreprenant une méta-analyse de toutes ces études, ils en arrivent à identifier les 4 facteurs suivants comme étant les plus déterminants à un résultat thérapeutique satisfaisant :

- **La participation du patient** à un niveau qualitatif élevé.
- **Le lien thérapeutique**, en particulier tel qu'il peut être cultivé par le patient.
- La contribution du thérapeute, particulièrement au travers d'un **engagement authentique, empathique, affirmé et collaboratif**.
- L'application talentueuse de puissantes interventions thérapeutiques.

- **L'étude de Wampold (2001)** (Citée dans Haugh (2008) p. 10, traduction libre) **5b**

Dans cette étude l'auteur ayant conduit une méta-analyse sur des décennies de pratique en arrive à conclure qu'il n'y a pas de mesure de différence significative portant sur les résultats obtenus par une approche plutôt que par une autre. Il identifie cependant 3 facteurs qui influent sur le résultat, facteurs auxquels il attribue un degré d'importance comme suit :

- Les effets généraux : **les facteurs communs non spécifiques inhérents à toutes les approches psychothérapeutiques** **70%**
- Les effets spécifiques : les aspects liés un modèle spécifique. **08%**
- Une variance inexplicable : très probablement liée à des différences entre clients. **22%**

- **L'étude de Asayet Lambert (1999)** (Citée dans Haugh (2008) p. 10, traduction libre) **5c**

Dans cette étude, les auteurs en arrivent à considérer qu'une amélioration par la thérapie peut être approximativement attribuée à 4 facteurs de la manière suivante :

- Les variances liées à des différences clients et à des influences extra-thérapeutiques **40%**
- **La qualité de la relation thérapeutique** **30%**
- Les attentes et les effets placebos **15%**
- Les techniques liées à des méthodes spécifiques **15%**

- **L'étude de Bozarth et de Motomasa (2005)** (Citée dans Haugh (2008) p. 140, traduction libre) ⁶

Dans cette étude, les auteurs en arrivent à considérer qu'une relation thérapeutique de qualité influe de façon considérable sur un résultat thérapeutique satisfaisant, quel que soit le paradigme thérapeutique de l'approche employée (réactif ou actualisant). Si d'une part, les thérapeutes employant des approches appartenant au paradigme réactif se focalisent davantage sur des variables déterminées par eux-mêmes, et que d'autre part les thérapeutes employant des approches appartenant au paradigme actualisant se focalisent davantage sur des facteurs qui contribuent à ce que le client en arrive à se sentir davantage libre de contraintes sociales, les données suggèrent que quel que soit le paradigme de référence **la relation thérapeutique contribue bien davantage au succès de la thérapie que les techniques employées ou les stratégies adoptées.**

Nous sommes donc heureux de constater que les résultats mis en évidence par ces études, viennent largement corroborer nos propres conclusions.

d) Rogers, auteur d'une métapsychologie constructiviste unique en son genre

Partant des résultats que nous avons recueillis, analysés et interprétés au travers de notre étude, nous pourrions nous satisfaire de penser que Rogers, en postulant six conditions nécessaires et suffisantes au changement psychothérapeutique, avait conçu une théorie bien avisée et quelque peu avant-gardiste, portant sur les convergences reliant entre elles la plupart des différentes approches psychothérapeutiques. En analysant cette question d'un peu plus près, il apparaît que l'hypothèse de Rogers est en réalité bien davantage le fruit d'une élaboration métapsychologique, unique en son genre.

Nous terminerons donc cette section par un survol de ce que l'on entend par métapsychologie. Nous commencerons par un résumé très succinct de la célèbre métapsychologie élaborée par Freud en son temps. Nous examinerons ensuite, de façon tout aussi succincte, la métapsychologie élaborée par Rogers environ 40 ans plus tard, tout ceci afin d'affirmer la notion que quoi qu'elle n'ait jamais atteint la célébrité de celle de Freud, la métapsychologie de Rogers a eu un retentissement très profond sur les conceptions psychothérapeutiques modernes, introduisant peu ou prou un nouveau paradigme qui commence à peine à être apprécié à sa juste valeur.

- **Les principes de métapsychologie selon Freud (1915)** ⁷

Jusqu'au 18^{ème} siècle, l'esprit était raison. La grande révolution de la psychanalyse dans l'étude du fonctionnement de l'esprit est donc liée à la notion d'inconscient. C'est parce qu'il voulait s'opposer à la psychologie de l'époque (qui ne s'intéressait qu'aux seuls phénomènes conscients) que Freud créa le mot **métapsychologie**. Il créa ce mot en référence au terme *méta*physique, celui-ci représentant l'étude des éléments non-pris en compte par la science officielle (*méta* = au-delà de, après). Ce faisant, l'idée de Freud était d'élaborer une théorie portant sur la manière dont il considérait ce qu'il nomma la **réalité psychique** (par opposition à la réalité extérieure).

⁶ Haugh & Paul (Dir), (2008), *The Therapeutic Relationship*, PCCS BOOKS Ltd, Ross-on-Wye

⁷ Freud S. (1968), *Métapsychologie*, traduit de l'allemand par Jean Laplanche et J.B. Pontalis, Galimard, Paris,

Par sa métapsychologie, Freud nous décrit une conception de la réalité psychique s'articulant au travers de trois principes. C'est avant tout une vision de l'organisation d'une **vie psychique inconsciente** que ces trois principes nous révèlent, comme suit :

- **Le principe économique** qui porte un regard sur la notion de désir et renvoie au concept de Libido.
- **Le principe dynamique** qui porte un regard sur la notion de personnalité en mouvement et renvoie au concept de Pulsion.
- **Le principe topique** qui porte un regard sur la notion d'instances psychiques et renvoie (entre autres) aux concepts du Ca, du Moi et du Sur-moi.

Selon Freud, ces trois principes mettent en relief le biais par lequel un conflit psychique peut être généré, et comment il peut évoluer. Ils révèlent que le désir se manifeste par des contradictions, et que l'individu est en fait un être divisé et secoué entre différentes volontés, le plus souvent inavouables.

- **Les principes de métapsychologie selon Rogers*** Psychothérapie et relations Humaines, ESF (2009)

Depuis l'avènement de Freud, et ce jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle environ, la psychologie s'est focalisée essentiellement sur les comportements, les psychopathologies et les processus inconscients. Rogers quant à lui s'est très vite davantage intéressé au monde interne de la personne, telle que celle-ci pouvait le vivre à un instant donné, soit à une **vie psychique expérientielle** (par opposition à celle, inconsciente, à laquelle Freud s'est intéressé).

Par sa métapsychologie, Rogers nous décrit une conception de l'expérience subjective de la personne s'articulant au travers de trois principes. C'est avant tout une vision de l'organisation de la personne par rapport à son identité, ses relations interpersonnelles et la manière dont elle se situe dans le monde que ces trois principes nous révèlent, comme suit :

- **La tendance actualisante** qui porte un regard sur la manière dont l'organisme cherche à se développer dans le sens d'une autonomie et d'une unité en croissance constante.
- **La notion d'expérience interne (Experiencing)** qui porte un regard sur la manière dont l'organisme organise son vécu et son ressenti, tant celui qui est conscient que celui inconscient.
- **La notion du Moi (Self)** qui porte un regard sur la manière dont l'organisme, sur la base de son expérience interne, se construit une vision du monde personnalisée et une conception de lui-même en tant que personne unique.

Selon Rogers, ces trois principes mettent en relief le biais par lequel l'expérience subjective d'une personne la propulse à se construire une identité, une vision du monde et une manière de se positionner en relation avec les autres.

En faisant ce petit détour par cette notion de métapsychologie, nous avons cherché à démontrer, **qu'étant donné l'aspect radicalement constructiviste de la métapsychologie que Rogers a élaboré**, il était inéluctable en réalité que celui-ci veuille à un moment donné élaborer une hypothèse portant sur les conditions les plus essentielles au changement psychothérapeutique.

Schémas illustrant le degré de convergence entre écoles en ce qui concerne les différentes conditions considérées comme étant déterminantes pour que se produise un changement psychothérapeutique

Conditions nécessaires et suffisantes selon Carl Rogers	Reality Therapy	Interpers.	Existential	Collaborat.	Person-Centered
1) Le contact psychologique Thérapeute-Client	1	1	1	1	1
2) L'état d'incongruence ou la vulnérabilité du Client	1	1	-	-	1
3) L'état de congruence ou l'authenticité du Thérapeute	1	1	1	1	1
4) La considération positive inconditionnelle du Thérapeute	1/2	1/2	1/2	1/2	1
5) La compréhension empathique du thérapeute	1/2	1/2	1/2	1	1
6) La perception du Client	1	1/2	1/2	1/2	1
Score maximum possible = 30				Score total	23

Facteurs non-spécifiques communs selon J. D. Frank	Reality Therapy	Interpers.	Existential	Collaborat.	Person-Centered
1) Les attitudes ou méthodes contribuant à accroître la motivation du Client	1/2	1/2	1	1	1/2
2) Les attitudes ou méthodes contribuant à accroître le sentiment de maîtrise chez le Client	1/2	1/2	1	1/2	1/2
3) L'opportunité de donner au Client l'occasion d'expérimenter de nouveaux comportements	1	1/2	1	1/2	1/2
4) Les attitudes ou méthodes contribuant à faire émerger le ressenti et les émotions du Client	-	1	1	1/2	1/2
5) L'opportunité pour Thérapeute et Client de travailler en partenariat collaboratif	-	1	1	1	1
Score maximum possible = 25				Score total	17

Légende des scores : 1 = convergence explicite, 1/2 = convergence implicitement posée

CHAPITRE VI

Pour m'approprier une approche pleinement personnalisée, j'ai choisi d'élaborer un modèle complexe s'articulant par rapprochement épistémologique sur des éléments issus de plusieurs mouvances

Arrivés au terme de notre étude, il nous paraît capital d'aborder une dernière question avant de conclure : *les conclusions que nous avons tirées de notre étude vont-elles influencer notre pratique personnelle ? Si oui, comment ?*

Pour répondre à cette question de nature plus personnelle que toutes celles abordées jusqu'ici, il nous paraît approprié de continuer « à la première personne » en employant le « **Je** ».

Alors que je m'apprête à répondre à ces questions, je me rends compte à quel point mon mémoire s'est imposé à moi pour me donner l'occasion de rendre de multiples hommages. Par ce mémoire, j'ai voulu rendre hommage à **Carl Rogers** bien sûr, mais aussi à **William Glasser**, à **Harry Stack Sullivan**, à **Irvin Yalom**, à **Harlène Anderson**, soit à tous ces penseurs humanistes dont les travaux m'ont passionné tout particulièrement. J'ai voulu leur rendre hommage pour beaucoup de raisons, la plus importante étant que leurs contributions m'ont parues déterminantes à l'avancée d'une vision plurielle de la psychothérapie. Dans ce sens, je tiens également à rendre hommage à tous ces autres penseurs moins connus que j'ai également cités et dont les contributions m'ont également paru déterminantes. Parmi ceux-ci, **Ernst Von Glasersfeld** mérite une mention spéciale car par son élaboration de la notion de constructivisme, il a mis à ma disposition un outil que je considère particulièrement indispensable à tout praticien qui souhaite mettre sa pratique en perspective.

Qu'est-ce qu'une posture multiréférentielle ? C'est une posture fondée sur la construction, par le biais d'un triptyque personnalisé, d'un modèle complexe s'articulant en fonction de dimensions émanant de plusieurs écoles psychothérapeutiques différentes.

- **Un modèle complexe construit en fonction de dimensions provenant de cadres théoriques multiples s'articulant entre elles par rapprochement épistémologique**

Dans son analyse des différents positionnements que peuvent adopter les psychothérapeutes contemporains par rapport à une posture multiréférentielle, Nicholas Duruz (1994) identifie trois alternatives possibles (page 183) ¹ :

1. La psychothérapie inspirée par la pensée d'école

C'est un choix qui consiste à se montrer plutôt puriste par rapport à un modèle que l'on considère plus pertinent que les autres. C'est la tendance à exclure les modèles autres que le modèle sur lequel s'est porté son choix. La posture multiréférentielle est essentiellement rejetée.

¹ Duruz, N. (1994), *Psychothérapie ou psychothérapies ?*, Delachaux & Niestlé, Paris

2. La psychothérapie inspirée par le client

C'est un choix qui consiste à employer une multitude de différents modèles, ceci essentiellement en fonction de ce que l'on considère être le besoin du client. C'est la tendance à s'intéresser au client et à son changement en ne retenant comme modèles à employer que ceux que l'on considère comme étant les plus à même de lui procurer ce qui lui est immédiatement nécessaire. La posture multiréférentielle est retenue mais essentiellement en fonction de ce qui paraît le mieux marcher pour le client.

3. La psychothérapie réunissant des dimensions provenant de mouvances diverses et reliées entre elles par rapprochement épistémologique

C'est le choix qui consiste à s'intéresser aux présupposés, prémisses ou croyances du psychothérapeute qui sous-tendent son activité. C'est la tendance à ne retenir comme modèles à employer que ceux dont les prémisses propres à chaque modèle envisagé sont à même de se rejoindre ou de se complémer. L'approche multiréférentielle est retenue mais seulement dans la mesure où les divers modèles que le psychothérapeute envisage de combiner puisse coexister de façon cohérente à l'intérieur d'un nouveau cadre théorique (**modèle complexe**) élaboré sur la base d'une pluralité de « savoirs d'action ».

De ces trois alternatives possibles, c'est résolument à cette troisième alternative que je me sens vouloir adhérer. Le présent mémoire m'a permis de valider ce choix de deux manières. Premièrement, il m'a permis de mettre en relief de façon précise et détaillée les caractéristiques du rapprochement épistémologique qui relie entre eux les éléments clés (issus de différentes mouvances) que je souhaite rassembler dans un cadre théorique personnalisé. Deuxièmement, il m'a permis d'identifier le fait que ces éléments se réfèrent presque toujours à des facteurs consensuellement reconnus comme étant déterminant à un changement psychothérapeutique.

Le modèle personnalisé que j'expose ici construit son fondement sur la base de l'articulation cohérente d'éléments provenant tantôt de l'une tantôt d'une autre des 5 écoles examinées dans le cadre du présent mémoire. Le triptyque multiréférentiel qui le fonde tire sa légitimité du fait que le rapprochement épistémologique qui lie entre eux les éléments qu'il articule se fonde sur une posture résolument Centrée-sur-la-Personne.

a) **Une posture Centrée-sur-la-Personne**

(Sa conception quant à la nature du processus thérapeutique)

En affirmant adhérer à une posture Centrée-sur-la-Personne, à quoi est-ce que je me réfère ? Pour répondre à cette question, j'aimerais commencer par évoquer brièvement deux concepts qui pour moi caractérisent le mieux le fondement essentiel d'une perspective dite Centrée-sur-la-Personne.

1. La manière dont le praticien envisage la nature du processus thérapeutique détermine de façon capitale la manière dont celui-ci peut envisager intervenir dans ce processus

Dans un article publié dans l'ouvrage de référence *La Relation Thérapeutique*, soucieux de l'impact que celles-ci allaient immanquablement avoir sur les conclusions émanant des nombreuses études scientifiques effectuées sur ce sujet, Bozarth et Motomasa (cités dans Haugh & Paul (Dir), 2008) mettent en relief deux façons majeures d'envisager la nature du processus thérapeutique comme suit :

Le Paradigme Réactif

Le point de vue réactif est que les êtres humains sont réactifs soit à des stimuli externes qui conditionnent le comportement, soit à des stimuli internes qui conditionnent les motivations psychiques (comme cela se conçoit en psychanalyse par exemple). Les théories Cognitivo-Comportementales font référence tant aux stimuli externes qu'internes. Dans un tel cadre, le thérapeute s'emploie à guider son client vers des moyens (plus adaptés) pour faire face à ces « stimuli ».

Le Paradigme Actualisant

Ce paradigme thérapeutique part du principe que l'individu est habité par une tendance constructive innée lui permettant d'actionner sa guérison psychologique (Rogers, 1959). Rogers (1957) a postulé que moyennant la mise en œuvre d'une relation (thérapeutique) caractérisée par un certain nombre de conditions nécessaires et suffisantes (indépendamment de l'approche thérapeutique utilisée) ce processus de guérison pouvait être facilité. Dans un tel cadre, le thérapeute s'emploie à adopter des attitudes et des comportements qui permettent au client de percevoir la relation qu'il entretient avec son thérapeute comme étant empreinte des conditions nécessaires et suffisantes (facilitatrices) évoquées.

*(Chapitre 11, p. 133, traduction libre)*²

Ce qu'il y a à retenir par rapport à ce point, c'est que dans la mesure où il se situe dans le paradigme actualisant, le thérapeute considère que c'est au client qu'il incombe d'actionner son propre processus de guérison parce qu'il est le mieux placer pour juger de ce dont il aurait besoin pour ce faire. Dans ce contexte, la tâche essentielle du thérapeute consiste à réunir, de par les échanges/interactions qu'il engage avec son client, un certain nombre de *conditions facilitatrices*. Ce faisant, il s'emploie à faire en sorte que son client arrive à prendre contact avec les ressources qui sont les siennes, puis à les mobiliser pour qu'advienne l'épanouissement que le client sent vouloir mettre en œuvre.

2. Les interventions du praticien Centré-sur-la-Personne visent à aider le client à dénouer puis à restructurer sa vision du monde (vision que toute personne est sans cesse affairée à construire et à ajuster en fonction de l'*experiencing* qui est le sien)

Partant de ce qu'il y a lieu de retenir par rapport au point 1 ci-dessus, pouvons nous préciser ce que vise le processus consistant à réunir « un certain nombre de conditions facilitatrices » ? Pour ce faire, écoutons un instant la manière dont Robert Harper (1959) nous résume la chose :

² Haugh & Paul (Dir), (2008), *The Therapeutic Relationship*, PCCS BOOKS Ltd, Ross-on-Wye

Partant du principe que l'auto préservation et l'auto développement représentent les motivations fondatrices du comportement humain, l'individu qui commet ce qui de toute évidence paraît être des actes auto destructeurs doit forcément le faire parce qu'il perçoit ceux-ci comme représentant des actes sensés accroître son estime de soi. Dans ce contexte, la thérapie consiste à aider l'individu à trouver des moyens de se concevoir qui le libéreront des conflits qui l'accablent et qui lui permettront de fonctionner plus simplement et de façon plus fluide dans ses relations avec les autres. Par la thérapie centrée-sur-le-client, qui procure avant tout un climat libre de toute menace à la structure du Moi (self structure), la personne peut s'employer à refaçonner son Moi de façon (plus) harmonieuse. Grâce à un tel climat, la personne peut percevoir, examiner et réviser la structure de son Moi de façon y incorporer des expériences qui jusqu'à là étaient exclues parce que perçues comme étant incohérentes par rapport à la structure en place à un moment donné (1959 : Page 86, traduction libre) ³.

Selon Rogers (1951), la thérapie-Centrée-sur-Client est un processus de désorganisation et de réorganisation du Moi. Au fur et à mesure qu'une nouvelle organisation se met en place, celle-ci inclut une symbolisation plus exacte d'un regroupement plus étendu d'expériences sensorielles et viscérales, en y intégrant des valeurs re-conceptualisées fondées sur de « vrais » sentiments et expériences (à la place des valeurs anciennement introjectées provenant d'ailleurs). Le processus douloureux de dés- et ré- organisation peut être entrepris par le client parce que ses anciennes attitudes contradictoires sont pleinement acceptées par le thérapeute, alors que les nouvelles et difficiles structures qui sont en train d'advenir le sont tout autant. Le client en vient à projeter la tranquille acceptation du thérapeute et peut plus facilement affronter une perception de la réalité nouvelle et parfois difficile mais indispensable à une réorganisation qui vient ainsi progressivement s'imposer (1959 : Page 90, traduction libre) ⁴.

Ce qu'il y a à retenir par rapport à ce point, c'est que la réorganisation du Moi en une structure plus cohérente fondée sur un experiencing plus étendu et plus authentique est recherchée. Si je souligne l'importance que revêtent à mes yeux tant ce 2^{ème} point que le 1^{er}, c'est qu'ils structurent en moi une conviction fondamentale :

Tout praticien qui fonde sa pratique d'une part en fonction du paradigme actualisant (*pour ce qui est du regard porté sur la nature du processus psychothérapeutique*) et d'autre part en fonction d'un processus de dés- et ré- organisation du Moi (*pour ce qui est de la visée de ses interventions thérapeutiques*) peut se réclamer d'une posture Centrée-sur-la-Personne. A l'intérieur de cette posture, il peut y avoir de grandes différences de style – différences qui proviennent bien davantage de différences de personnalité que de différences fondamentales par rapport à une posture idéologique.

^{3 & 4} Harper, R. E. (1959), *Psychoanalysis & Psychotherapy*, Prentice Hall Inc, Englewood Cliffs

b) Une méthode d'intervention Collaborative

(*Ses conceptions quant aux stratégies d'intervention thérapeutique privilégiées*)

Parlons maintenant un peu de style. Tout lecteur attentif aura sûrement remarqué qu'un des thèmes sur lequel je me suis exprimé encore et encore de façon récurrente porte sur la notion de non-directivité, notion chère aux Rogériens « orthodoxes ». Dans *la Relation Thérapeutique*, Sheila Haugh (2008) exprime admirablement le point de vue orthodoxe comme suit :

Etant donné la notion selon laquelle, c'est le client, et non pas le thérapeute, qui est l'expert dans la relation (thérapeutique), il devrait être clair, théoriquement du moins, que le pouvoir dans la relation appartient au client. Le thérapeute n'a quant à lui aucune intention autre que celle de comprendre, et de faire l'expérience aussi profondément que possible, du monde de l'autre tel que ce dernier en fait l'expérience. Cette intention amène (le thérapeute) tout naturellement à une position de non-directivité. La non-directivité ne représente ainsi pas quelque chose qui serait mis en œuvre parce que ce serait une « façon de travailler Centrée-sur-la-Personne ». Une posture non-directive est le résultat naturel d'une façon de travailler qui cherche à rassembler autant que possible les conditions nécessaires et suffisantes au changement Psychothérapeutique.

(Chapitre 4, page 43, traduction libre)⁵

Aussi louable que puisse être cette manière de travailler dépouillée de toute intention autre que celle que nous décrit Haugh ci-dessus, et aussi admiratif que je puisse me sentir face à ceux qui réussissent à travailler confortablement et efficacement de cette façon, ce n'est résolument pas un style que je souhaite adopter.

De surcroît, **je trouve tout à fait réductrice** la notion également avancée ci-dessus par Haugh selon laquelle une posture non directive découlait naturellement et **obligatoirement** (chose que Haugh me paraît implicitement suggérer) lorsque l'on cherche à rassembler autant que possible les conditions nécessaires et suffisantes au changement avancées par Rogers.

S'il me paraît néanmoins tout à fait légitime, pour ceux qui se sentent vouloir procéder de la sorte, d'adopter une posture Centrée-sur-la-Personne du type « orthodoxe » énoncé par Haugh ci-dessus, je ne vois aucune raison de penser qu'il n'y aurait pas quantités d'autres manières par lesquelles un thérapeute pourrait chercher et réussir à rassembler autant que possible les conditions nécessaires et suffisantes au changement avancées par Rogers. C'est en tout cas ce que semble confirmer l'analyse que je porte sur les données que le présent mémoire m'a permis de recueillir (voir tableau page 106)

La manière de procéder préconisée par Harlène Anderson selon les préceptes de sa Thérapie Collaborative me paraît être une de ces autres manières et, réflexion faite, celle par rapport à laquelle je me sens le plus en accord de par la philosophie d'intervention qu'elle recommande. La préférence que j'accorde à cette approche à ce niveau se décline autour de 2 facteurs principaux :

⁵ Haugh & Paul (Dir), (2008), *The Therapeutic Relationship*, PCCS BOOKS Ltd, Ross-on-Wye

- 1) **Une liberté plus grande dans la manière dont s'emploie le thérapeute pour établir une relation d'implication profonde avec son client** (sans qu'il me paraisse y avoir la moindre raison de penser que cette manière s'avérerait être moins efficace).

Ce qui me rend mal à l'aise dans la façon « orthodoxe » de procéder mise en avant par Haugh (2008), c'est l'idée selon laquelle « *les seules aptitudes dont un Thérapeute centré-sur-la-Personne a besoin sont la capacité de communiquer de l'empathie, la capacité de communiquer une considération positive inconditionnelle et la discrimination nécessaire pour savoir quand partager son propre experiencing (congruence)* » (Chapitre 4, page 45, traduction libre)⁶. Ce qui est implicitement suggéré dans cette affirmation, c'est que c'est par ce biais seulement qu'il convient qu'un thérapeute Centre-sur-le-Client s'emploie à établir une relation d'implication profonde avec son client.

Pour ma part, je suis convaincu du contraire. Je me sens bien plus enclin à commencer tout simplement par m'intéresser à mon client sans me soucier le moindre du monde d'attitudes quelconques à manifester ou à ne pas manifester. A partir de là, je m'emploie à promouvoir entre mon client et moi-même des conversations aussi symétriques que possible, en accord avec la méthodologie préconisée par la thérapie collaborative telle qu'elle a été explicitée en détail dans le chapitre IV D du présent mémoire. Ma conviction profonde est que ce faisant, les diverses conditions considérées déterminantes au changement psychothérapeutique viendront « de surcroît » très naturellement caractériser les liens que thérapeute et client s'emploient à tisser ensemble. C'est précisément ce présupposé que les données recueillies de ce mémoire semblent fortement corroborer.

Il va de soi que cette manière « hors sentiers battus » d'envisager être Centré-sur-la personne risque fort de laisser certains puristes un peu dubitatifs. J'assume, parce que c'est comme cela que je conçois pouvoir le mieux établir une relation d'implication profonde avec mon client. Je suis de surcroît conforté dans mon choix par les propos que tiennent Godfrey Barrett-Lennard, Dave Mearns et Brian Thorne quant à l'importance en thérapie de la mutualité et du dialogue symétrique (voir Chapitre IV E).

Je ne puis ignorer que j'ai un tempérament souvent impulsif et que c'est dans les échanges en aller-retour fréquents et soutenus que je me sens le plus à l'aise et le plus à même de me sentir vraiment en lien avec mon interlocuteur. J'ai besoin de me montrer curieux et de poser de nombreuses questions. **Ceci dit, une chose me paraît capitale : que quoique je sente vouloir faire, que toujours subtilement en arrière plan, je suis habité au plus haut point par une intention première – celle consistant à tout faire pour essayer de rejoindre l'autre à un niveau chaleureux, empathique et authentique.** Ce n'est qu'à cette condition que la « stratégie d'intervention » que j'envisage me paraît légitimement pouvoir se prévaloir de se situer sous l'égide d'une posture Centrée-sur-la Personne.

⁶ Haugh et Paul (Dir), (2008), *The Therapeutic Relationship*, PCCS BOOKS Ltd, Ross-on-Wye

2) Une conception plus flexible quant à la manière dont le pouvoir et/ou l'expertise du client et ceux du thérapeute peuvent efficacement se conjuguer au cours du processus thérapeutique

Je suis également mal à l'aise avec le point de vue « orthodoxe » selon lequel « ... *puisque c'est le client, et non pas le thérapeute, qui est l'expert dans la relation (thérapeutique), il devrait être clair, théoriquement du moins, que le pouvoir dans la relation appartient au client* » (Haugh, 2008 : chapitre 4, page 45, traduction libre)⁷.

S'il me paraît on ne peut plus légitime de considérer le client comme étant l'expert de référence en ce qui concerne le parcours thérapeutique qu'il lui importe d'emprunter, il me paraît déjà nettement moins évident que le thérapeute soit de ce fait appelé à renoncer à toute expertise et/ou pouvoir dans la relation.

Arrivés jusqu'ici, mes lecteurs se seront bien rendu compte de l'importance que j'accorde au processus collaboratif et au travail effectué en partenariat. J'estime qu'il incombe au thérapeute et à son client de procéder ensemble en se prévalant à tour de rôles de l'expertise et du pouvoir qu'il leur appartient de conjuguer en fonction de la manière dont le cheminement thérapeutique progresse ou non. J'abrégerai donc mes commentaires sur ce point en évoquant néanmoins une dernière citation de Harper (1959) que je trouve particulièrement pertinente sur ce sujet :

L'on peut trouver parmi les différentes mouvances des fanatiques faisant preuve d'un esprit très fermé ou manifestant une formation réactionnelle. Il existe des individus comme Salter par exemple (qui « déteste » la psychanalyse) qui démontre une incapacité totale à écouter objectivement et d'envisager les mérites éventuels de postures opposées. Ce type de dogmatisme est également présent chez certains Rogériens, même s'il se manifeste de façon moins évidente du fait de l'aspect extérieurement permissif de la plupart de ceux-ci. Si ces personnes manifestent un tel dogmatisme, c'est sans doute parce qu'elles se sentent apeurées ou incapables de se positionner adéquatement face à des points de vue fortement opposés, ou à des figures quelque peu autoritaires – à cause de l'anxiété suscitée par leurs tendances réprimées face à des comportements dictatoriaux.

*Dans la même veine, quelqu'un comme Slater qui rejette violemment **toutes** les procédures et théories Freudiennes comme ne représentant que du charabia doit, partant de l'hypothèse de formation réactionnelle, être en train de réprimer quelques tendances pro-analytiques qui opèrent en lui et lui font peur.*

*Le thérapeute Centré-sur-le-Client qui rejette **toute** directivité de la part du thérapeute, **tout** diagnostic, **toutes** fonctions chez le thérapeute autres que celles par lesquelles il manifeste un regard positif ou de l'empathie envers un client omnipotent, doit, par cette même hypothèse, être en train de réprimer de fortes pulsions autoritaires internes qu'il n'est pas certain de pouvoir gérer, et qui par conséquence lui font peu (page 149, traduction libre)⁸*

⁷ Haugh et Paul (Dir), (2008), *The Therapeutic Relationship*, PCCS BOOKS Ltd, Ross-on-Wye

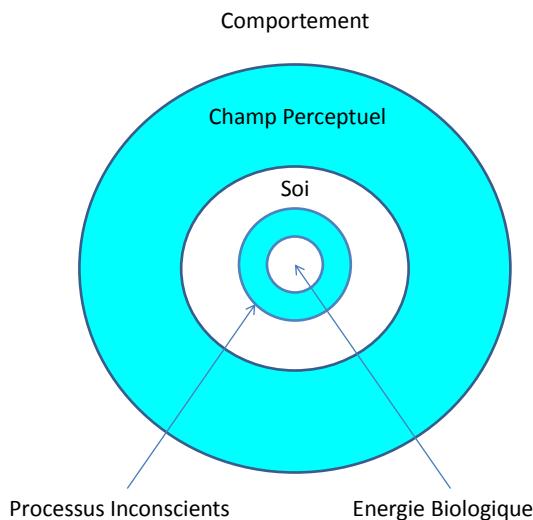
⁸ Harper, R. E. (1959), *Psychoanalysis & Psychotherapy*, Prentice Hall Inc, Englewood Cliffs

c) Une conception de l'homme quinqua-dimensionnelle

(*Sa vision de la Personne en tant qu'être doté d'une conscience multi-dimensionnellement structurée*)

Dans son ouvrage *La Personne Humaine* (2004)⁹, Yves St-Arnaud nous propose ce qu'il conçoit comme étant un modèle descriptif de la Personne. Selon ce modèle, la description de la personne s'articule autour de cinq dimensions : **le comportement, l'énergie biologique, les processus inconscients, le champ perceptuel et le soi (Self)**.

Le modèle descriptif de la personne



Si je choisi de me référer à ce modèle, c'est que j'estime moi aussi qu'il importe que le praticien considère la personne, son client, comme étant un être ayant de multiples dimensions internes dont toutes sont à prendre en compte dans la démarche thérapeutique. C'est sur la base de ce principe (*sans qu'il doive forcément correspondre exactement au modèle mis en avant par St. Arnaud*) que j'explicite dans le dernier sous-titre de ce chapitre les propensions multiréférentielles du modèle complexe sur lequel j'entends m'appuyer dans ma pratique.

Pour l'heure, dans la mesure où celles-ci recouvrent les dimensions les plus importantes dont je souhaite tenir compte dans ma pratique, il me paraît opportun de prendre le temps de rédiger en mes mots propres, pour chacune d'entre elles, une description sommaire comme suit :

- **Le comportement**

Le comportement désigne l'ensemble des réactions de la personne objectivement observables de l'extérieur. Selon le modèle que je privilégie, tout comportement humain, si banal soit-il, engage la personne dans son intégralité. Il correspond à l'expression ou l'aboutissement de *processus psychologiques* qu'il est possible d'identifier et de soumettre à l'étude scientifique.

⁹ St-Arnaud, Y. (2004), *La Personne Humaine*, Les Editions de l'homme, Montréal

- **L'énergie biologique**

Le concept d'énergie est utilisé dans le modèle de la personne pour désigner « ce que possède l'organisme humain qui le rend capable de produire un comportement » (pour une analyse plus poussée du concept d'énergie en psychologie, voir St-Arnaud, 1979). La manière dont cette énergie est mobilisée et transformée en comportements et le lien entre cette énergie et la conscience psychologique sont parmi les questions auxquelles certains de nos célèbres précurseurs (dont notamment Freud) ont tenté d'amener quelques réponses. Quelque soit la nature exacte de cette énergie, elle demeure à mes yeux une dimension dont il faut tenir compte pour comprendre adéquatement la personne. C'est sur cette dimension en particulier que repose l'étude de la motivation, thème important en psychologie. En tant qu'être humains, nous ne pouvons que constater qu'une énergie agit en nous, grâce à ses manifestations dans le champ de la conscience, mais aussi dans le fonctionnement quotidien, cette énergie est une donnée inconsciente. Le modèle la reconnaît comme telle.

- **Les processus inconscients**

En tenant compte de la dimension que constitue l'énergie biologique, le modèle intègre aussi tous les processus inconscients de la personne. Que l'on soit d'accord ou non avec les théories freudiennes concernant l'énergie psychique, on ne peut ignorer le fait qu'un individu n'est conscient que d'une petite partie de tout ce qui se passe à l'intérieur de lui. De ce fait, le modèle utilisé ici reconnaît, au-delà ou en deçà du champ de conscience, tous ces processus inconscients qui interviennent dans la transformation en comportements de l'énergie biologique.

- **Le champ perceptuel**

Le champ perceptuel est cet espace intérieur où se manifeste la représentation que l'on se fait des objets extérieurs et de soi-même, c'est-à-dire la perception. Le terme « perception » doit ainsi être entendu comme reconnaissant implicitement à la personne un rôle actif dans la signification qu'elle est sans cesse occupée à attribuer aux données saisies par les sens.

De façon plus globale, on peut faire référence à cette dimension de la personne en parlant de la subjectivité d'un individu ou de son « monde intérieur ». En bref, c'est tout ce qui permet à un individu de prononcer le mot « je » ; chacun y fait référence lorsqu'il utilise des expressions telles que : je pense, je sens, je crois, je suis, j'ai l'impression, j'éprouve, j'ai le sentiment, je ressens, je veux, je préfère, je choisis, etc.

Le champ perceptuel comprend ainsi l'ensemble des processus conscients par lesquels l'énergie biologique est transformée en comportements.

- **Le Soi (Self)**

La notion de soi permet de distinguer, à l'intérieur du champ perceptuel, deux grandes catégories de perceptions : les perceptions qui ont pour objet l'environnement et celles qui ont pour objet l'organisme lui-même. Le soi, ou image de soi, est donc l'ensemble des perceptions qu'un individu a de lui-même. Le soi représente cette structure qui permet à tout un chacun de s'identifier comme une personne unique différente de toutes les autres sous certains aspects, en particulier par son histoire personnelle.

d) Une boîte à outils multiréférentielle au service du thérapeute humblement expert

En explicitant les différents types de conversations qui ont lieu en thérapie, Harlène Anderson (2007) précise que "les conversations et les relations thérapeutiques sont bien entendu particulières, ayant un agenda et se plaçant dans un contexte défini" (page 53, traduction libre)¹⁰

Pour conclure ce chapitre, j'aimerais revenir quelque peu sur la conviction qui est mienne et déjà avancée dans la section b) ci-dessus selon laquelle il y aurait des moments durant lesquelles le thérapeute Centré sur la Personne peut légitimement « faire entrer dans l'équation » une expertise qui est sienne en ce qui concerne le contenu à explorer en séance. Par moments, il se peut qu'il ait intérêt à encourager son client d'explorer une dimension spécifique du monde intérieur qui est le sien, ceci en fonction de la direction envers laquelle le processus qu'ils engagent ensemble s'oriente naturellement.

Avant de continuer, il convient de rappeler que les considérations qui vont suivre se placent dans un contexte particulier : l'élaboration d'un modèle complexe personnalisé construit par rapprochement épistémologique. Dans le cas du modèle complexe dont j'explicite les contours dans le présent chapitre, je dirais que toutes les dimensions que je souhaite retenir au sein de mon modèle ne sont envisagées uniquement que dans la mesure où elles peuvent se conjuguer par rapprochement épistémologique le long des deux axes suivants :

- 1. L'axe de la Posture Centrée-sur-la-Personne telle qu'explicitée en sous-titre a) ci-dessus**
- 2. L'axe du Modèle Descriptif de la Personne tel qu'explicité en sous-titre c) ci-dessus**

En sous-titre b), j'ai déjà évoqué comment je concevais une stratégie d'intervention collaborative comme étant très largement compatible cohérente avec une posture Centrée-sur-la-Personne telle que je la conçois. Je rajouterais seulement que cette stratégie me paraît également très largement compatible avec le modèle descriptif de la Personne référencé du fait que rien ne lui interdit de prendre en compte les 5 dimensions auxquelles celui-ci fait référence.

Dans les deux pages qui me restent, je signalerai, à tour de rôle pour chacune des autres écoles examinées dans le cadre du présent mémoire (soit la Thérapie Existentielle, la Psychanalyse interpersonnelle, et la Reality Therapy) les quelques dimensions ou méthodologies qui me paraissent intéressantes à retenir dans mon modèle. Ayant déjà défini la posture sur laquelle j'entends fonder ma pratique, ainsi qu'une stratégie d'intervention que j'estime être cohérente par rapport à celle-ci, tout ce qui va suivre ne concerne que des éléments à proposer sous forme de « *food for thought /* nourriture pour l'esprit » pour reprendre un terme cher à Harlène Anderson. Sauf avis contraire (auquel cas, je ferai un commentaire spécifique), je pars du principe que ces divers éléments sont à l'évidence compatibles avec mon modèle. Je me contenterais donc de signaler les raisons qui m'incitent à vouloir les retenir.

J'expliquerai en tout dernier lieu pourquoi j'entends également faire appel à la méthodologie préconisée par Marshall Rosenberg en Communication Non-violente.

¹⁰ Anderson & Gehart (Dir., 2007), *Collaborative Therapy*, Taylor & Francis Group, New York

- **La Thérapie Existentielle**

Il existe un certain nombre de formes structurées de réflexions sensées aider les thérapeutes existentiels à clarifier avec leurs clients leurs manières d'être « inter-relationnellement » (Ernesto Spinelli, chapitre 5 cité dans Haugh & Paul (Dir), 2008)¹¹. Celle que je trouve la plus intéressante est celle qui se focalise sur quatre dimensions, soit : La réflexion focalisée sur le « **Je** », la réflexion focalisée sur le « **Tu** », la réflexion focalisée sur le « **Nous** » et la réflexion focalisée sur le « **Eux** ». Respectivement, ces réflexions se focalisent sur les points de vue, opinions, croyances, exigences, postures comportementales et affects qui expriment comment le client se perçoit, comment le client perçoit l'autre (son expérience de l'autre en relation avec lui), comment le client et le thérapeute se perçoivent respectivement en lien l'un avec l'autre, et comment le client s'imagine que les autres le perçoivent.

Il y a bien d'autres dimensions qui me plaisent dans cette approche et auxquelles je me sentirais libre de faire appel si elles me paraissent en mesure d'étayer mes propos. En faisant si brièvement référence aux réflexions orientées, j'espère seulement avoir illustré une peu de cette saveur particulière (et goûteuse) que cette approche évoque pour moi et que je souhaite par conséquent pouvoir mobiliser dans ma pratique.

- **La Psychanalyse Interpersonnelle**

Contrairement à un grand nombre de thérapeutes qui se situent dans une mouvance humaniste, je ne me sens nullement enclin à faire l'impasse sur la théorie psychanalytique. Pour ou contre, nul ne peut contester que cette approche se soit intéressée comme nulle autre avant elle aux dimensions sexuelles et/ou conflictuelles de la vie amoureuse de la personne. Je suis quoi qu'il en soit d'accord avec Freud sur le fait que le désir est central à notre existence et que quand nous essayons de comprendre ce qui ce trame pour nous dans cette dimension, il y a bien des choses qui nous échappent et/ou que nous préférions ignorer.

Etant donné que les processus inconscients s'inscrivent dans l'une des 5 dimensions du modèle descriptif de la personne et, étant donné que celui-ci représente l'un des 2 piliers en fonction desquels je rassemble mes adhésions par rapprochement épistémologique, il s'en suit que j'ai à cœur de porter mon attention également sur cette dimension dans ma pratique.

Pam Howard (voir mes appréciations sous chapitre V) évoque pour ce faire une manière que je considère être à la fois subtile et tout à fait dans l'esprit collaboratif que j'affectionne. Je me calquerais donc sur une manière de faire qui rejoint celle qu'elle préconise.

- **La Reality Therapy**

Etant donné que la « preuve » du changement se traduit toujours en fin de compte par un ou plusieurs changements comportementaux, j'ai vraiment à cœur de ne pas sous-estimer cette dimension (également l'une des 5 constituant le modèle descriptif de la personne).

¹¹ Haugh & Paul (Dir), (2008), *The Therapeutic Relationship*, PCCS BOOKS Ltd, Ross-on-Wye

La Reality Therapy, par son approche pragmatique, propose toute une panoplie de recommandations pratiques qui aident thérapeute et client à se centrer sur les comportements et comment œuvrer à la modifier aux moments les plus opportuns. Comme Dave Mearns et Brian Thorne le suggèrent (voir chapitre IV E, section e), j'envisage de faire appel à ces recommandations davantage en fin de thérapie, ou en tous cas une fois que la relation thérapeutique se sera bien installée.

• **La Communication Non-violente de Marshall Rosenberg**

Si je mentionne la CNV en plus de tout ce qui précède, c'est qu'elle véhicule admirablement bien une formule pratique pour les communications interpersonnelles, à la portée de tout un chacun, fondée sur l'éthique relationnelle développée par Carl Rogers. Marshall Rosenberg, son fondateur, fut l'élève de Carl Rogers. Son œuvre représente à mes yeux un brillant prolongement des travaux et de la pensée de Carl Rogers.

Plus qu'une puissante science de la communication interpersonnelle (ce qui est déjà énorme), ce que Marshall Rosenberg a en fait développé, c'est une théorie de la santé à la fois simple, profonde et facile à cibler. Les prémisses et les apports de la CNV apportent une série d'éléments fondateurs qui caractérisent les interactions humaines. Le message central de la CNV est que toutes les interactions humaines peuvent être perçues en fonction d'une progression de quatre éléments :

1. Les faits que l'on observe
2. Les émotions qui surgissent en nous en fonction de notre observation / interprétation de ces faits
3. Les besoins auxquels ces émotions nous renvoient
4. Les demandes que l'on peut faire et/ou les stratégies que l'on met en place pour essayer de satisfaire nos besoins.

En élaborant la CNV, Marshall Rosenberg a développé une importante théorie de la santé; une théorie autour de laquelle gravitent tous les besoins qui nous caractérisent et nous meuvent en tant qu'êtres humains.

Pour aider la personne à prendre contact avec les sentiments et besoins qui sont les siens, puis d'élaborer une ou plusieurs stratégies susceptibles de lui permettre à les satisfaire, la CNV a mis au point une série de protocoles, jeux de rôles, pistes de danses, etc., qui sont autant d'outils particulièrement utiles et pratiques.

En ce qui me concerne, je dirais même que c'est par le biais de jeux de rôles CNV que je réussi le mieux à donner le plein essor à mes aptitudes d'empathie et d'authenticité. Je ne me priverai donc pas de faire largement appel à ces outils CNV dans le cadre de ma pratique.

CONCLUSION

Réflexions d'après étude

Arrivé au bout de mon étude et des appréciations que celle-ci a suscitées en moi, les questions qui m'habitent sont les suivantes :

L'étude que j'ai conduite, a-t-elle eu un impact tangible dans ma vie ? La façon dont j'envisage être COUNSELLOR en a-t-elle été modifiée ? Ai-je hérité de quelque chose ?

Ce dont je pense avoir hérité avant tout, ce sont des convictions légitimées. Bien avant de débuter mon étude, j'étais depuis un certain temps déjà habité par une forte propension multiréférentielle. J'étais sûr du fait que je souhaitais m'affirmer dans une pratique personnalisée en fonction d'adhésions plurielles. Par contre, ce dont j'étais moins sûr, c'était le fondement sur lequel j'allais bien pouvoir légitimer les choix que je me sentais spontanément enclin à faire.

L'étude que j'ai conduite m'a permis d'élaborer ce fondement.

1. C'est en rédigeant ce mémoire que je me suis rendu compte que les éléments clés que je souhaitais puiser dans différents modèles pour réunir en un modèle complexe personnalisé pouvaient tous se concevoir comme orbitant autour d'un noyau central – un noyau que j'ai défini comme représentant une ***posture Centrée-sur-la-Personne***.
2. C'est en rédigeant ce mémoire que je me suis rendu compte que les éléments clés que je souhaitais réunir en orbite autour d'une ***posture Centrée-sur-la-Personne*** se recoupaient entre eux par ***rapprochement épistémologique***.
3. C'est en rédigeant ce mémoire que je me suis rendu compte que ce qui faisait rapprochement épistémologique, c'était le fait que ces différents éléments se rattachaient tous à une façon de faire dédiée à augmenter les probabilités que soient réunies au sein d'un processus thérapeutique performant ***les conditions jugées par Rogers comme étant nécessaires et suffisantes au changement psychothérapeutique*** (ainsi que celles additionnellement jugées comme telles par Frank).
4. C'est en rédigeant ce mémoire que je me suis rendu compte de que ce qui était déterminant au fait que je puisse articuler en un modèle complexe cohérent les divers éléments que je souhaitais réunir au sein de celui-ci. Ce qui était déterminant, c'était le fait que tout modèle de connaissance se construit avant tout sur une éthique épistémologique. J'entends par là que c'est le degré de cohérence des valeurs fondamentales qui habitent la personne qui détermine le degré de cohérence de son approche épistémologique. C'est la conclusion à laquelle j'abouti après plus de cinq ans occupé à intégrer en moi le concept de ***constructivisme***.

Aussi satisfait que je puisse me sentir d'avoir réussi à légitimer mon positionnement par rapport aux choix qui concernent mon modèle complexe, je tiens à souligner que ce positionnement n'est en aucun cas à concevoir comme étant statique. Indubitablement, il continuera à évoluer. Je souhaite aider les gens à évoluer de façon constructive, et je souhaite continuer moi-même à évoluer dans le même sens.

En guise de conclusion définitive, je me permettrai deux citations complémentaires :

La situation a bien évolué au cours des cinquante dernières années. La compétition est dépassée et l'on respecte les choix de chacun, surtout dans le domaine de l'intervention psychologique (voir Norcross et Goldfried, 1998). Ce que l'on demande en retour, c'est de bien préciser les choix que l'on fait. Les chercheurs concentrent désormais leur énergie sur la compréhension de la personne humaine, sans se laisser distraire par les querelles d'écoles (St-Arnaud, (2004), page 20)¹

Knowledge is structured in Consciousness

La connaissance est structurée dans la conscience

(Maharishi Mahesh Yogi, (1976)²

¹ St-Arnaud, Y. (2004), *La Personne Humaine*, Les Editions de l'homme, Montréal

² Mahesh Yogi Maharishi (1976), *La Science de l'Etre et l'art de vivre*, Robert Laffont, Paris