Conditions nécessaires et suffisantes d'un changement de personnalité en psychothérapie

Carl R. Rogers Professeur, Université de Chicago

A partir d'un contexte théorique plus large, six conditions ont été postulées comme étant nécessaires et suffisantes pour l'initiation à un processus de changement constructif de la personnalité. II a été donné une brève explication à propos de chaque condition et des suggestions concernant la façon dont chacune pouvait être définie opérationnellement dans un but de recherche. II a été indiqué les implications de cette théorie par la recherche, la psychothérapie et les programmes d'éducation et de formation qui tendent à obtenir un changement constructif de la personnalité. Il a été souligné que beaucoup de conditions habituellement considérées comme nécessaires à une psychothérapie, ne sont, d'après les termes de cette théorie, pas tellement essentielles.

Pendant de nombreuses années, je me suis consacré à la pratique de la psychothérapie. Ces dernières années, je me suis de plus en plus préoccupé d'abstraire de cette expérience les principes généraux qui semblent y être impliqués. J'ai cherché à découvrir tout ordre, toute unité paraissant ressortir du tissu subtil et complexe des relations interpersonnelles dans lesquelles j'ai été si longtemps plongé en thérapie. Un des résultats actuels de ce travail est la formulation provisoire d'une théorie formelle de la psychothérapie, de la personnalité et des relations interpersonnelles qui englobe et recouvre la totalité de mon expérience (1). Je voudrais, dans cet article consacré à un segment très court de cette théorie, en exposer plus complètement toutes les implications et en explorer la signification et l'utilité.

Données du problème

Voici la question que je voudrais me poser : est-il possible d'exposer, en termes clairement définissables et mesurables, les conditions psychologiques nécessaires et suffisantes pour provoquer un changement constructif de la personnalité. En d'autres mots, connaissons-nous avec quelque précision les conditions essentielles d'un changement subséquent en psychothérapie ?

Avant d'aborder cette tâche principale, permettez-moi d'éclaircir très brièvement la deuxième partie de la question. Que signifient les expressions : changement en psychothérapie, changement constructif de la personnalité ? Ce problème mérite lui aussi une étude sérieuse, mais pour le moment permettez-moi de me borner à proposer une définition empirique qui suffira peut-être aux besoins d'un article. Ces expressions se réfèrent à un changement dans la structure de la personnalité à la fois en surface et en profondeur : en termes cliniques, ce changement se traduit par une plus grande intégration, une diminution du conflit interne, une augmentation de l'énergie disponible pour une vie satisfaisante, un comportement non infantile. Cette brève description du type de changement dont nous allons étudier les conditions préalables est sans doute suffisante. On peut également en retenir des suggestions de mesure du changement selon ce critère (2).

Conditions préalables

En réfléchissant sur ma propre expérience clinique et sur celle de mes collègues, et m'aidant des travaux déjà accomplis en ce domaine, j'ai dégagé plusieurs conditions qui me paraissent

nécessaires pour provoquer un changement constructif de la personnalité et qui, tous ensemble, me paraissent suffisantes pour déclencher ce processus. En travaillant à cette question, j'ai été moi-même surpris de la simplicité de ce qui s'est dégagé. Je ne propose pas l'exposé qui suit en certifiant sa véracité mais seulement en pensant qu'il a la valeur de toute théorie, c'est-à-dire d'indiquer explicitement ou implicitement une série d'hypothèses susceptibles d'être prouvées ou réfutées, et par là même de clarifier ou d'étendre notre connaissance dans ce domaine.

Mais mon but dans cet article n'étant pas de rechercher un effet de suspense, je vais de suite énoncer, en termes extrêmement nets et résumés, les six conditions qui me sont apparues comme étant essentielles au processus de changement de la personnalité. Les termes dont le sens n'est pas immédiatement clair seront expliqués plus loin. Espérons que ce bref énoncé prendra une plus grande signification pour le lecteur lorsque celui-ci aura terminé l'article. Voici l'essentiel de la théorie :

Pour qu'un changement constructif de la personnalité se réalise, il est nécessaire que les conditions ci-dessous soient présentes et maintenues pendant un certain laps de temps :

- que deux personnes, patient, thérapeute soient en contact psychologique ;
- que la première, c'est-à-dire le patient, soit en état d'incongruence (3) par rapport à la situation, et donc vulnérable et anxieux ;
- que la deuxième personne, c'est-à-dire le thérapeute soit en état de congruence par rapport à la situation, et donc que sa personnalité soit pleinement intégrée dans sa relation avec le patient ;
- que le thérapeute éprouve un respect inconditionné à l'égard du patient ;
- que le thérapeute parvienne à une compréhension empathique du cadre de référence interne du patient, et communique cette compréhension au patient ;
- que le thérapeute parvienne au moins dans une certaine mesure à communiquer au patient cette compréhension empathique et ce respect inconditionnel.
-

Aucune autre condition n'est nécessaire. Il suffit que ces six conditions soient réalisées et maintenues pendant un certain laps de temps pour qu'un changement constructif de la personnalité s'ensuive.

Contact psychologique.

Mon hypothèse est qu'un changement positif et significatif de la personnalité ne se produit qu'au cours d'une relation entre cette personnalité et une autre. Ceci n'est certes qu'une hypothèse qui peut être réfutée. Les autres conditions se réfèrent aux caractéristiques de la relation qui paraissent essentielles, en définissant les caractéristiques de chacune des personnes engagées dans la relation. La première condition se borne à spécifier que les deux personnes doivent, d'une certaine façon, être en contact, que chacune provoque une modification perçue du champ expérientiel de l'autre. Il suffit probablement que cette modification soit appréhendée subconsciemment sans que la personne soit clairement consciente de cet impact. Ainsi, il est sans doute difficile de savoir si un client catatonique perçoit la présence du thérapeute comme modifiant son champ perceptuel, de quelque façon que ce soit, mais il est presque certain qu'à quelque niveau organique, il ressent cette modification.

Sauf la situation extrême particulièrement difficile que je viens de mentionner, il serait relativement aisé de définir cette condition en termes opérationnels, et ainsi de déterminer d'un point de vue de recherche stricte si cette condition est ou non présente. La méthode de détermination la plus immédiate fait simplement appel à la conscience du client et du thérapeute. Si chacun d'eux a conscience d'être en contact personnel ou psychologique avec l'autre, on peut en conclure que la condition est réalisée.

Cette première condition d'un changement thérapeutique est si simple qu'elle pourrait être considérée comme une promesse ou une pré-condition et ainsi distinguée des conditions suivantes. Nous l'avons incluse cependant parce que, sans elle, les autres conditions n'auraient pas de sens.

Etat du patient.

Le patient, a-t-il été spécifié, doit être en état d'incongruence par rapport à la situation, et donc vulnérable ou anxieux à, qu'est-ce que cela signifie ?

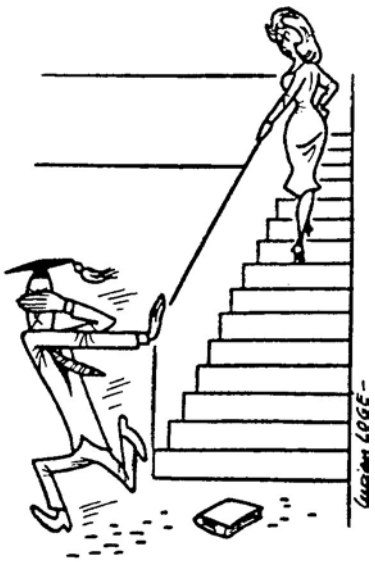
L'état d'incongruence est une notion essentielle de la théorie que nous avons développée. Elle se réfère à la divergence entre l'expérience réellement vécue de l'organisme et l'auto-portrait de l'individu, pour autant que celui-ci est la représentation de cette expérience. Par exemple, un étudiant peut éprouver, à un niveau général ou organique, une crainte de l'université et des examens passés au troisième étage d'un certain bâtiment, ce qui pourrait dévoiler une insuffisance fondamentale chez lui. Comme cette crainte de son insuffisance est nettement en contradiction avec l'idée qu'il se fait de lui-même, cette expérience est représentée (de façon distordue) dans sa conscience, comme une peur irraisonnée de monter l'escalier de ce bâtiment ou tout escalier et bientôt comme une peur irraisonnée de traverser les cours de l'université. Il y a donc là une divergence fondamentale entre le sens vécu de cette situation, en tant qu'expérience telle qu'elle est enregistrée par son organisme et la représentation symbolique de cette même expérience élaborée dans sa conscience de façon que l'expérience ne soit pas en conflit avec son image de lui-même; admettre des pensées incompréhensibles n'est pas en contradiction avec l'idée qu'il a de lui-même.

Un autre exemple est celui de la mère qui contracte une vague maladie chaque fois que son fils unique projette de quitter la maison. Son désir réel est de conserver, sa seule source de satisfaction. Percevoir consciemment ce désir serait en opposition avec l'image de bonne mère qu'elle a d'elle-même. La maladie, elle, est compatible avec son idée d'elle-même et ce qu'elle ressent est symbolisé de cette manière déformée. Là encore, il y a une incongruence essentielle entre le moi tel qu'il est perçu (dans ce cas, une mère malade ayant besoin d'attention) et l'expérience même (dans ce cas, le désir de garder son fils).

Quand l'individu n'est pas conscient d'une telle incongruence en lui, il est tout simplement vulnérable à la possibilité d'anxiété et de désorganisation. Il pourrait se produire une expérience si brutale et si claire qu'il ne serait pas en mesure de nier l'incongruence.

Dans le cas où l'individu perçoit confusément une incongruence en lui, il apparaît un état de tension qui est l'anxiété. L'incongruence n'a pas besoin d'être perçue clairement. Il suffit qu'elle soit subconsciente, c'est-à-dire qu'elle soit reconnue comme une menace pour le moi sans que le contenu de cette menace soit aucunement conscient. On rencontre souvent cette anxiété en cours de thérapie lorsque l'individu approche de la prise de conscience d'un élément de son expérience en contradiction aiguë avec l'idée qu'il a de lui-même.

Il est malaisé de donner une définition opérationnelle précise de la seconde de ces six conditions, néanmoins nous y sommes parvenus dans une certaine mesure. Des chercheurs ont défini l'image de soi du « Q sort » (4) comme un classement fait par l'individu lui-même d'une liste d'items se référant à lui. C'est un portrait opérationnel du moi. Il est plus difficile de saisir la totalité de l'expérience de l'individu. Chodorkoff (5) l'a défini comme un « Q sort » fait par un clinicien qui ferait un classement interdépendant des mêmes items en se basant sur l'image obtenue de l'individu à partir de tests projectifs. Le classement est donc fait aussi bien par rapport aux éléments inconscients que conscients de l'expérience de l'individu; il représente (d'une façon bien entendu imparfaite) la totalité de l'expérience du patient. La corrélation entre ces deux classements est une mesure opérationnelle grossière de l'incongruence entre le moi et l'expérience, une corrélation faible ou négative représente naturellement un degré d'incongruence élevé.



Une peur irraisonnable de monter tout escalier

Etat d'intégration du thérapeute.

La troisième condition est que le thérapeute soit, dans les limites de la relation avec le patient, dans un état de congruence, d'authenticité, d'intégration. Cela signifie qu'à l'intérieur de cette relation, il soit lui-même sans contrainte, que son expérience réelle soit représentée fidèlement par la conscience qu'il a de lui-même. Présenter une façade, consciemment ou non est à l'opposé de cette attitude.

Il n'est pas nécessaire (ni possible) que le thérapeute fasse montre de ce degré d'intégration et d'intégrité dans tous les aspects de sa vie. Il suffit qu'il soit authentiquement lui-même pendant l'heure de la relation avec le patient, que, dans ce sens profond, il soit ce qu'il est réellement en ce moment.

Il est clair que le thérapeute doit être dans un état d'authenticité même pour des attitudes non idéales en psychothérapie. Il peut ressentir « *j'ai peur de ce client* » ou « *mon attention est tellement centrée sur mes propres problèmes que je peux à peine l'écouter* ». Si le thérapeute ne refuse pas de prendre conscience de ces sentiments, mais peut librement les accepter (aussi bien que ses autres sentiments), la condition énoncée est remplie.

Cela nous entraînerait trop loin d'étudier le point complexe suivant : à quel degré le thérapeute communique-t-il ouvertement au patient cette sincérité interne ? Le but n'est certainement pas que le thérapeute exprime ou discute ses propres sentiments, il doit, avant tout, ne pas donner au patient une fausse idée de sa personne. Quelquefois, il peut avoir besoin de discuter certains de ses propres sentiments (soit avec le patient, soit avec un collègue ou un supérieur).

Il n'est pas très difficile de proposer une définition opérationnelle de cette troisième condition. Nous recourons à nouveau à la technique du « Q sort ». Le thérapeute classe une série d'items concernant la relation entre le patient et lui-même (utilisant une liste semblable à celles que Fiedlcr (6, 7) et Bown (8) ont établies, ce qui fournit une mesure de la perception de son expérience dans la relation. D'autre part, plusieurs juges, après avoir observé l'interview ou écouté son enregistrement (ou observé sa reproduction cinématographique sonore) classent les mêmes items de façon à définir leur perception de la relation; ce second classement doit refléter le comportement du thérapeute et ses attitudes implicites, conscientes aussi bien qu'inconscientes. Une forte corrélation entre le classement du thérapeute et celui de l'observateur fournirait une mesure opérationnelle grossière de la congruence du thérapeute, ou de son intégration dans la relation; une corrélation faible indiquerait le contraire.

Respect inconditionnel.

Dans le cadre où le thérapeute réussit à éprouver une chaude acceptation de chaque aspect de l'expérience de son patient en tant que partie même de la personne de celui-ci, il éprouve un respect inconditionnel. Ce concept a été élaboré par Standal (9). Il signifie qu'il n'y a pas de condition à l'acceptation, pas de sentiment tel que « *je vous aime bien, seulement si vous êtes comme ceci ou comme cela* ». Il signifie une « *appréciation* » de la personne, dans le sens où Dewey a utilisé ce terme. Il implique une attitude opposée à celle d'une évaluation sélective : « *vous êtes méchant dans ces cas-ci, vous êtes bon dans ces cas-là* ». Cela implique l'acceptation de l'expression par le patient aussi bien de ses sentiments négatifs « *mauvais* », pénibles, témoignant de la peur, défensifs, anormaux que de ses sentiments « *bons* » positifs, faisant preuve de maturité, confiants, sociaux, l'acceptation aussi bien de ses façons d'être inconséquent que de celles où il est conséquent. Cela signifie qu'on s'intéresse au patient, mais pas d'une manière possessive ni d'une façon qui simplement satisfasse les besoins propres du thérapeute. Cela signifie qu'on s'intéresse au patient comme à une personne distincte ayant doit à ses propres sentiments, ses propres expériences. Un patient a décrit le thérapeute comme « *favorisant ma possession de ma propre expérience... que celle-ci soit mon expérience et que je l'aie réellement : que je pense ce que je pense, que j'éprouve ce que j'éprouve, que je craigne ce que je crains : pas de « si » ni de « mais », ni de « pas vraiment »*. C'est ce type d'acceptation que l'on suppose être nécessaire pour qu'un changement de personnalité se produise.

Comme les autres, cette condition est relative (10), cela apparaît immédiatement dès que l'on essaie de la définir en termes de méthode précise de recherche.

Une méthode pour la définir serait d'étudier le « Q sort » des items concernant la relation. Dans la mesure où tant le thérapeute que les observateurs choisissent les items représentatifs d'un respect inconditionnel, on pourrait dire qu'il y a respect inconditionnel. Ces items pourraient comprendre des propositions telles que « *je ne suis révolté par rien de ce que le patient dit — j'éprouve un sentiment chaleureux à l'égard du patient, à l'égard de sa faiblesse et de ses problèmes aussi bien que de ses possibilités — je n'ai pas tendance à porter des jugements sur ce que le patient me dit — j'aime bien le patient* ». Dans la mesure où tant le thérapeute que les observateurs classent ces items comme étant caractéristiques et leurs opposés comme étant non caractéristiques, on peut dire que cette condition est remplie.

Empathie.

Le thérapeute éprouve une compréhension précise, empathique de ce que le patient perçoit consciemment de son expérience. Percevoir le monde singulier du patient comme s'il était le vôtre, mais sans jamais perdre de vue la qualité du « *comme si* », voilà l'empathie et elle semble essentielle à la théorie. Percevoir la colère du patient, sa peur ou sa confusion, comme si elles étaient les vôtres, et sans pourtant que votre propre colère, peur, confusion, n'y soient mêlées, voilà la condition que nous avons cherché à décrire. Quand le thérapeute perçoit aussi clairement le monde du patient et s'y meut librement, il peut alors aussi bien communiquer sa compréhension de ce qui est bien connu par le patient que signaler des significations propres à l'expérience de celui-ci, mais dont il est à peine conscient. Un patient a décrit ce second aspect de la façon suivante : « *de temps en temps, alors que j'étais dans un enchevêtrement de pensées et de sentiments, enlisé dans un faisceau de mouvements contradictoires recevant des impulsions des différentes parties de moi-même, et surtout le sentiment que c'était beaucoup trop à la fois et ainsi pourtant — alors, soudain tout juste comme un rayon de soleil forçant son chemin à travers des épaisseurs de nuages et un enchevêtrement de feuillage, pour étaler un cercle de lumière à un noeud de sentiers forestiers, quelques paroles de vous me parvenaient. C'était la clarté, même le désenchevêtrement, un éclairage nouveau, une remise en place. Alors, la conséquence : le sentiment d'avancer, la détente.*

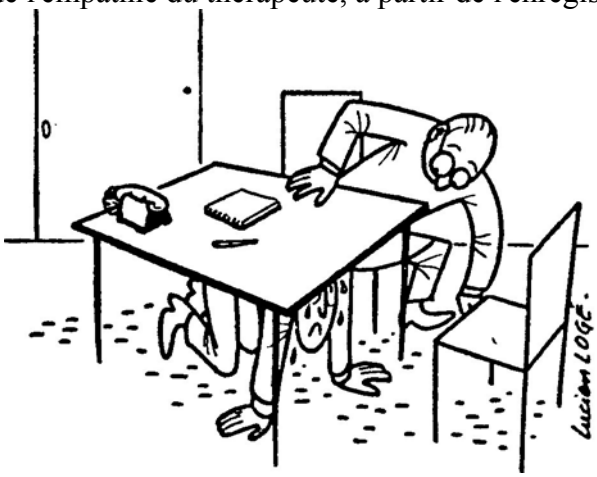
C'étaient des rayons de soleil » qu'une empathie pénétrante soit importante en thérapie est indiqué par la recherche de Fiedler (11) qui montre que la description des relations crées par des thérapeutes expérimentés inclut souvent les items suivants :

- Le thérapeute est capable de bien comprendre les sentiments du patient ;
- Il n'a jamais aucun doute sur ce que le patient veut dire ;
- Les remarques du thérapeute s'adaptent exactement à l'humeur du patient et à ses sentiments ;
- Le ton de voix du thérapeute démontre sa capacité réelle à partager les sentiments du patient.

Il y aurait plusieurs définitions opérationnelles de l'empathie du thérapeute. On pourrait utiliser le « Q sort » déjà décrit. Dans la mesure où les items décrivant une empathie précise sont choisis comme caractéristiques tant par le thérapeute que par les observateurs, cette condition serait considérée comme remplie.

Une autre façon de définir cette condition serait de faire classer par le patient et par le thérapeute une liste d'items décrivant les sentiments du patient. Chacun ferait le classement de façon indifférente en cherchant à décrire les sentiments éprouvés par le patient pendant l'interview. Si la corrélation entre le classement du patient et celui du thérapeute est forte, on dira que l'empathie était précise, une corrélation faible indiquerait le contraire.

Une autre façon de mesurer l'empathie serait de faire évaluer, par des juges entraînés, la profondeur et la précision de l'empathie du thérapeute, à partir de l'enregistrement des interviews.



Lorsque l'anxiété du client est forte, les autres conditions ont moins d'importance

Perception du thérapeute par le patient.

Comme nous l'avons indiqué, la dernière condition est que le patient perçoive, du moins dans une certaine mesure, l'acceptation de l'empathie que le thérapeute éprouve à son égard.

A moins que ces attitudes aient été dans une certaine mesure communiquées, elles n'existent pas dans la relation interpersonnelle tout au moins en ce qui concerne le patient.

Etant donné qu'il est impossible de percevoir directement des attitudes il serait plus exact de dire que le comportement et les paroles du thérapeute doivent être perçus par le patient comme signifiant que, dans une certaine mesure, le thérapeute l'accepte et le comprend.

Une définition opérationnelle de cette condition ne serait pas difficile. Après une interview, le patient pourrait classer en « Q sort » une liste d'items représentatifs des caractéristiques de la réalité entre lui et le thérapeute. Si le client choisit comme typiques de la relation plusieurs items décrivant l'acceptation et l'empathie, cette condition peut être considérée comme remplie. Dans l'état actuel de nos connaissances, le degré minimum auquel cette condition doit être remplie est nécessairement arbitraire.

Définitions opérationnelles

Jusqu'ici, je me suis efforcé de présenter brièvement et empiriquement les conditions que j'ai été amené à juger essentielles à un changement en psychothérapie. Je n'ai pas essayé de définir le contexte théorique de ces conditions ni d'expliquer ce qui me parait être la dynamique de leur efficacité. Le lecteur qui serait intéressé par ces explications les trouvera dans le document déjà mentionné (voir note 1).

J'ai cependant indiqué pour chacune des conditions mentionnées un moyen au moins de la définir en termes opérationnels. Je l'ai fait pour souligner le fait qu'il ne s'agit pas de qualités vagues qui devraient idéalement être présentes pour un résultat vague lui aussi, je mentionne des conditions qui sont plus ou moins mesurables, même dans l'état actuel de notre technologie et j'ai suggéré des méthodes précises de mesure de chacune, bien que je sois sûr qu'un chercheur puisse découvrir d'autres méthodes encore plus adéquates.

J'ai voulu souligner l'idée que nous avons affaire à un phénomène comportant des relations de cause à effet, phénomène dont on peut contrôler les effets sans qu'il soit nécessaire d'en connaître la dynamique. Pour employer une image tirée d'un autre domaine scientifique, si une substance qu'une série d'observations aurait désignée comme de l'acide hydrochlorique, est mélangée à une autre substance qu'une autre série d'opérations aurait désignée comme du sodium hydroxyde, les produits de ce mélange seraient du sel et de l'eau.

Cela reste vrai, que l'on considère ces résultats comme magiques où qu'on les explique dans les termes les plus conformes à la théorie chimique moderne. De la même façon, nous avons ici énoncé le postulat que certaines conditions définissables précèdent certains changements définissables et que ce fait reste indépendant de nos efforts pour l'expliquer.

Hypothèses dérivées de la théorie

L'exposé d'une théorie en termes non équivoques permet d'en tirer des hypothèses spécifiques susceptibles d'être vérifiées ou démontrées. Même si les conditions que nous avons postulées comme étant nécessaires et suffisantes sont plus fausses qu'exactes (ce qu'elles ne sont pas, je l'espère), elles seraient susceptibles de faire progresser la science en ce domaine en fournissant une base méthodologique permettant de dégager le fait de l'erreur.

Les hypothèses dérivées de la théorie qui a été exposée seraient de cet ordre :

- Si ces six conditions (définies opérationnellement) sont réalisées, un changement constructif de la personnalité (selon la définition donnée) se produira chez le patient.
- Si l'une ou plusieurs de ces conditions sont absentes, il ne se produira pas de changement constructif de la personnalité.

Ces hypothèses restent valables dans toute situation, qu'elle soit ou non étiquetée psychothérapie ».

Seule la première condition définit une dichotomie (elle est remplie ou elle ne l'est pas); les cinq autres sont réalisées à des degrés variables, sur un continuum. Une autre hypothèse découle de ce fait et il est probable qu'elle serait la plus simple à vérifier.

Les six conditions étant présentes, le changement constructif de la personnalité du patient sera d'autant plus marqué que les conditions deux à six seront réalisées à un degré plus élevé.

Actuellement, cette dernière hypothèse ne peut être énoncée que sous cette forme générale « qui implique que les conditions aient chacune une influence égale ». Des études empiriques permettront sans doute de nuancer cette hypothèse. Par exemple, il est possible que lorsque l'anxiété du client est forte, les autres conditions aient moins d'importance. Ou encore lorsque le respect inconditionnel est grand (comme dans l'amour d'une mère pour son enfant) un degré d'empathie

modeste est peut-être suffisant. Mais, pour l'instant, ces possibilités restent du domaine de la spéculation.

Omissions significatives.

S'il y a quelque chose de surprenant dans notre formulation des conditions nécessaires et suffisantes de la thérapie, c'est probablement à cause des éléments passés sous silence. Dans la pratique clinique actuelle, les thérapeutes agissent comme s'il y avait beaucoup d'autres conditions essentielles à la psychothérapie que celles que nous avons spécifiées.

Pour explorer ce point, il est peut-être bon de mentionner quelques-unes des conditions qui, après mûre considération de nos travaux de recherche et de notre expérience, ont été exclues.

Par exemple, il n'est pas indiqué que ces conditions s'appliquent à un type de patient particulier et que d'autres conditions sont nécessaires pour obtenir un changement psychothérapeutique chez d'autres types de patients. Probablement n'y a-t-il pas d'idée plus répandue dans le travail clinique aujourd'hui que celle-ci : on travaille d'une manière avec les névrotiques et d'une autre avec les psychotiques, il faut réaliser certaines conditions thérapeutiques pour les compulsifs et d'autres pour les homosexuels, etc... Etant donné tout le poids de l'opinion clinique opposée, c'est avec quelque « crainte et tremblement » que j'avance l'idée que les conditions essentielles de la psychothérapie sont toujours les mêmes, même s'il est possible qu'elles aient des effets différents selon le patient.

Je continue d'affirmer cette hypothèse bien qu'elle soit contestée par une étude de Kirtner (12). Kirtner a étudié un groupe de 26 cas pris au « counseling center » de l'université de Chicago, il a trouvé entre les patients de nettes différences entre les modes de solution de leurs difficultés, et d'autre part une relation entre ces différences et le succès de la psychothérapie. En bref, lorsque le patient attribue son problème à ses relations interpersonnelles, sent qu'il en est en partie responsable et veut changer, ce client-là a des chances de réussir sa thérapie. Le patient qui extériorise son problème et se sent peu de responsabilité, a beaucoup plus de chances d'être un échec. Cela impliquerait donc que d'autres conditions doivent être remplies pour la psychothérapie de ce type de patients. Pour le moment, je conserverai cependant mon hypothèse présente, jusqu'à ce que l'étude de Kirtner soit confirmée et que nous trouvions une autre hypothèse pour la remplacer.

Conditions de toutes psychothérapies.

Il n'est pas spécifié que ces six conditions soient les conditions essentielles pour la thérapie centrée sur le client et que d'autres conditions soient essentielles pour d'autres types de psychothérapie. Je suis certainement très influencé par ma propre expérience, laquelle m'a conduit à un point de vue dit « centré sur le client ». Néanmoins, mon but, en exposant cette théorie, est d'énoncer les conditions qui s'appliquent à toute situation dans laquelle se réalise un changement constructif de la personnalité, qu'il s'agisse de la psychanalyse classique ou d'une de ses branches modernes ou de la psychothérapie adlérienne ou de toute autre. Il est donc évident que, dans mon opinion, beaucoup de ce qui est considéré comme essentiel, ne serait pas confirmé comme tel par l'expérience.

En vérifiant quelques-unes des hypothèses émises, on éclaircirait cette question troublante. Nous pourrions, naturellement, trouver que des thérapies différentes produisent des types différents de changement de personnalité et que, pour chaque psychothérapie, il y a un ensemble différent de conditions nécessaires. Jusque là, et à condition que ceci soit démontré, je maintiens l'hypothèse que toute psychothérapie efficace produit des changements similaires de personnalité et de comportement, et que le même ensemble de conditions préalables est nécessaire.

Psychothérapie et autres relations interpersonnelles.

Il n'est pas spécifié que la psychothérapie soit un type particulier de relation interpersonnelle, différent par sa nature de toutes les autres relations interpersonnelles de la vie quotidienne. Il est, au contraire, évident que pendant de courts moments au moins, beaucoup de bonnes amitiés remplissent ces six conditions. Mais d'habitude, cela n'est que momentané, ensuite l'empathie chancelle, le respect devient conditionnel ou bien la congruence de l'ami « thérapeute » est recouverte par une certaine forme de façade ou de défense.

La relation thérapeutique apparaît donc comme rehaussant les qualités constructives qui existent souvent de façon fragmentaire au cours de nos autres relations, et accordant la durée à ces mêmes qualités qui tendent au mieux à être momentanées dans la vie courante.

II n'est pas spécifié qu'une connaissance spéciale intellectuelle ou professionnelle, psychologique, psychiatrique, médicale ou religieuse, soit requise du thérapeute. Les conditions qui s'appliquent spécialement au thérapeute proviennent de l'expérience et non pas de l'information intellectuelle. Si elles sont requises, elles doivent, à mon avis, être acquises grâce à une formation pratique, qui peut être, mais pas généralement, une partie de la formation professionnelle.

Cela me trouble d'exprimer un point de vue si radical, mais je ne puis tirer d'autre conclusion de mon expérience. La formation intellectuelle et l'acquisition d'informations produisent, je crois, beaucoup de résultats valables, mais pas celui de fabriquer un thérapeute.

Psychothérapie et diagnostic du patient.

Il n'est pas spécifié que le thérapeute doive être en possession d'un diagnostic psychologique précis du patient. Là encore, cela me trouble d'avoir un point de vue si différent de celui de mes collègues cliniciens. Quand on pense à la grande proportion de temps passé, dans tout centre psychologique, psychiatrique ou d'hygiène mentale, à l'évaluation psychologique exhaustive du patient, il semble que cela doive être utile pour la psychothérapie. Pourtant, plus j'ai observé les thérapeutes, et plus j'ai étudié de près des travaux de recherches, comme celles de Fiedler ou d'autres (13), plus j'ai été forcé de conclure que la connaissance du diagnostic n'est pas essentielle à la psychothérapie (14). Il se peut même que le fait de soutenir qu'elle est un prélude nécessaire à la psychothérapie soit simplement une autre manière de se protéger contre la reconnaissance du fait qu'elle est surtout une énorme perte de temps. Je n'ai pu constater qu'un seul but utile au diagnostic, en ce qui concerne la psychothérapie : certains thérapeutes ne peuvent pas se sentir en sécurité dans leur relation avec le patient s'ils ne possèdent pas cette connaissance du diagnostic. Sans elle, ils ont peur du patient, ils sont incapables d'empathie, incapables d'éprouver un respect inconditionnel et se trouvent obligés de se donner une contenance vis-à-vis du patient. Si d'avance ils connaissent les impulsions au suicide, ils peuvent mieux les accepter. Ainsi, pour certains thérapeutes, la sécurité qu'ils reçoivent de la connaissance du diagnostic peut être la base à partir de laquelle ils se permettent d'être intégrés dans la relation avec le patient, et d'éprouver de l'empathie et une acceptation totale. Dans ce cas, un diagnostic psychologique serait certainement justifié parce qu'il augmente la tranquillité et donc l'efficacité du thérapeute. Mais même alors il ne semble pas être une condition préalable essentielle à la psychothérapie (15).

Peut-être ai-je donné assez d'illustrations pour indiquer que les conditions reconnues comme étant nécessaires et suffisantes en psychothérapie, selon mon hypothèse, sont frappantes et inhabituelles, surtout en vertu de ce qu'elles passent sous silence. Si nous devions déterminer à partir d'une étude des comportements des thérapeutes les hypothèses qu'ils semblent considérer comme étant nécessaires à la psychothérapie, leur liste serait beaucoup plus longue et plus complexe.

Utilité d'une formation théorique

Mise à part la satisfaction personnelle procurée par l'incursion dans l'abstraction et la généralisation, quelle est la valeur d'un exposé théorique comme celui qui a été fait dans cet article ? Je voudrais exprimer plus cornplètement l'utilité qu'à mon avis, il peut avoir.

Dans le domaine de la recherche, il peut fournir a la fois une direction et un encouragement à l'investigation. En général, dans les conditions d'un changement constructif de la personnalité, il élargit grandement les possibilités d'étude. La psychothérapie n'est pas la seule situation créée en vue d'amener un changement constructif de la personnalité. Les programmes de formation au commandement dans l'industrie et dans l'armée souhaitent souvent un tel changement. Les institutions ou les programmes pédagogiques visent au développement du caractère et de la personnalité comme à celui des capacités intellectuelles. Les services publics recherchent un changement dans la personnalité et le comportement des délinquants et des criminels. Ces programmes fourniraient la possibilité de vérifier sur une large échelle les hypothèses proposées. Si l'on trouvait qu'un changement constructif de la personnalité se produit dans ces programmes alors que les conditions préalables ne sont pas réalisées, la théorie devrait alors être révisée. Si ces hypothèses sont confirmées, les résultats seraient intéressants à la fois pour le planning de ces programmes et pour notre connaissance de la dynamique de la personnalité. Dans le domaine de la psychothérapie elle-même, il pourrait se révéler très profitable d'appliquer des hypothèses cohérentes au travail de différentes écoles thérapeutiques. Là encore, la réfutation des hypothèses énoncées serait aussi importante que leur confirmation, car notre savoir en serait accru de façon significative dans l'un et l'autre cas.

Valeur des techniques en thérapie.

Dans le domaine de la pratique de la psychothérapie, la théorie attire également l'attention sur des problèmes importants. Une de ses implications est que les techniques des différentes thérapies sont relativement peu importantes excepté dans la mesure où elles correspondent à l'une des conditions préalables. Dans la thérapie centrée sur le client, par exemple, la technique de « refléter les sentiments » a été décrite et commentée. Dans les termes de la théorie présentée ici, cette technique n'est nullement une condition essentielle de la thérapie. Dans la mesure cependant où elle fournit au thérapeute un moyen de communiquer au patient une empathie sensible et un respect inconditionnel, elle peut servir à remplir les conditions essentielles de la thérapie. De même, la théorie que j'ai présentée n'attribuerait pas une valeur essentielle pour la thérapie à l'utilisation de techniques comme l'interprétation de la personnalité, la libre association, L'analyse des rêves, l'analyse du transfert, l'hypnose. L'interprétation du style de vie, la suggestion, etc...

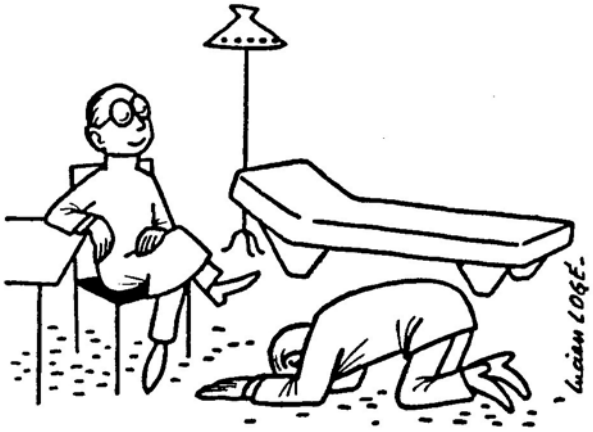
Chacune de ces techniques peut cependant devenir un moyen de remplir les conditions essentielles qui ont été formulées. On peut se servir de la libre association d'idées de façon à communiquer l'empathie que le thérapeute éprouve. Dans le maniement du transfert, un thérapeute efficace communique souvent sa propre authenticité et sa congruence dans la relation. Il en est de même pour les autres techniques. Mais, de même que ces techniques peuvent fournir les éléments essentiels à la thérapie, chacune d'elles peut aussi communiquer des attitudes et des sentiments formellement en contradiction avec les conditions préalables posées par hypothèses. Un sentiment peut être « réfléchi » d'une façon qui communique le manque d'empathie du thérapeute. Des interprétations peuvent être données d'une façon qui communique le caractère très conditionnel du respect éprouvé par te thérapeute. L'utilisation de chacune de ces techniques peut communiquer le fait que le thérapeute exprime une certaine attitude à un niveau superficiel, et une autre contradictoire dont il n'a pas conscience. Ainsi, un des avantages de la formulation théorique que nous avons exposée est qu'elle peut *aider les thérapeutes à faire une meilleure critique* des éléments de leur propre expérience, attitudes et comportements, qui sont essentiels à la psychothérapie et de ceux qui ne sont pas essentiels ou sont même nuisibles.

Critère d'efficacité.

Ainsi, pour ces programmes éducatifs, militaires, industriels, etc... qui cherchent à provoquer des changements constructifs dans la structure de la personnalité et dam le comportement de l'individu, cette formulation peul servir à établir des critères de d'efficacité des programmes Aussi longtemps qu'elle n'aura pas été vérifiée, cette for mutation *ne pourra pas* être considérée comme un critère valide, mais comme dans le domaine de la psychothérapie elle pourra ici stimuler une analyse critique et la formulation d'autres conditions et d'autres hypothèses.

Implications de la théorie

A partir d'un contexte théorique plus large, six conditions ont été postulées comme étant nécessaires et suffisantes pour l'initiation à un processus de changement constructif de la personnalité. Il a été donné une brève explication à propos de chaque condition et des suggestions concernant la façon dont chacune pouvait être définie opérationnellement dans un but de recherche, la psychothérapie et les programmes d'éducation et de formation qui tendent à obtenir un changement constructif de la personnalité. Il a été souligné que beaucoup de conditions, habituellement considérées comme nécessaires à une psychothérapie, ne sont, d'après les termes de cette théorie, pas tellement essentielles.



Un moyen de communiquer au patient un respect inconditionnel.

Références

(1) Journal of consulting psychology, Vol. 21, N° 2. 1957. Cet exposé formel a pour titre « Une théorie de la thérapie, de la personnalité et des relations interpersonnelles, développée dans le cadre de la thérapie centrée sur le client , par Carl R. Rogers. Le manuscrit a été rédigé à la demande du Comité de l'association américaine de psychologie pour l'étude du statut et du développement de la psychologie aux Etats-Unis. Il sera publié par Mc Graw-Hill dans l'un des nombreux volumes en préparation par ce comité. Ceux qui portent un intérêt particulier d cette question peuvent demander à l'auteur des copies de ce manuscrit non publié.

(2) Dans une recherche antérieure, nous avons montré que ce critère était mesurable et déterminable.
(3) Note du traducteur : le concept de congruence est expliqué plus loin.
(4) Le « Q sort » est une épreuve spéciale de classement de cartes portant des phrases.

(5)^Chodorkoff B. Self-perception, perceptuol dense and ajustement. J. alnormal social psychlogy 1954, 49, 508-512.
(6) Fiedler F. E. A coniparisou of therapeutic relationships in psychoanalytic, non-directive and adlerian therapy. J. consult psychology, 1950, 14-436-445.
(7) Fiedler F. E. Quantitative studies on the yole of therapist' feelings koward their patients. In O. H. Monthly Psychotherapy, theory and research ». New York - Ronald 1953.
(8) Bown O. H. An investigation of therapeuthic relationship in client centered therapy. Unpublished doctor's dissertation, Univers. of Chicago, 1954.
(9) Standal S. The need for positive regard : a contribution to client centered theory. Unpublished doctor's dissertation. Univer. of Chicago, 1954.
(10) L'expression « respect inconditionnel » peut être malheureuse puisqu'elle semble donner l'idée d'une attitude absolue, de tout ou rien. D'après cette description, il est sans doute évident qu'un respect complètement inconditionnel n'existe jamais, sauf en théorie. D'un point de vue clinique et expérimental, ce qu'on pourrait dire de plus précis, je crois, est que le thérapeute à l'égard du patient éprouve un respect inconditionnel pendant de nombreuses périodes de son contact avec lui, tout en éprouvant de temps en temps un respect seulement conditionnel et parfois, peut-être, un irrespect bien que ce ne soit pas probable au cours d'une thérapie efficace. C'est dans ce sens que le respect inconditionnel dans une relation entre personnes est une notion relative.
(11) cf. ouvrage cité en (6).
(12) Kirtner W. L. Success and failure in client - centered therapy as a function of personality variables. Unpublished master's thesis. Univers. de Chicago, 1955.
(13) cf. ouvrage cité en (7).
(14) Je n'ai pas l'intention de soutenir ici qu'une évaluation par le diagnostic soit inutile. Nous avons, nous-mêmes, beaucoup utilisé cette méthode dans nos recherches sur le changement de personnalité. C'est son utilité comme condition préalable d'une psychothérapie que je mets en doute.
(15) Pour plaisanter, j'avais suggéré que les thérapeutes pourraient être rassurés aussi bien en recevant le diagnostic d'un autre individu que celui de leur patient. Le fait que le diagnostic s'avérerait imprécis au fur et à mesure de la psychothérapie ne serait pas particulièrement troublant, puisqu'on peut toujours s'attendre à des inexactitudes de diagnostic.