J'ai le plaisir de vous présenter la traduction d'un article de Germain Lietaer qui retrace l'évolution de la psychothérapie centrée sur le client au cours des trente dernières années. En France les découvertes et avancées de cette ère post-rogérienne sont restées grandement ignorées. En effet, le terme de non-directivité a fait fortune en France à un moment où Rogers l'avait déjà abandonné depuis belle lurette. On peut se demander le pourquoi de ce décalage historique lourd de conséquences. Est-ce parce que Rogers a été accueilli et récupéré par les pédagogues et sociologues dans le contexte des événements de 68 et rejeté par les milieux psy?

En tout cas, en France, on continue à associer Rogers à la non-directivité ce qui est peu flatteur pour les psychothérapeutes dans mon genre. Je ne pense pas que mes clients tireraient grand bénéfice de ma seule attitude non-directive. Ma propre expérience des effets d'un parti pris de non-directivité sur un plan plus social est que cette attitude engendre un nouveau conformisme: soucieux d'éviter la confrontation et le conflit celui-ci crée obligatoirement un nivellement qui n'est guère propice à l'émergence de la créativité. Mais c'est là le comportement classique de tout groupement humain et de toute institution, il me semble.

Helga Hennemann

De la non-directivité à l'expérientiel: l'évolution d'un paradigme.

par Germain Lietaer

La thérapie centrée sur le client est née sous l'étoile de la non-directivité, il y a de cela cinquante sept ans. Depuis lors cet aspect crucial de son identité a été l'objet de nombreuses discussions et même aujourd'hui encore la polémique à propos de son importance et de sa signification exacte s'anime de nouveau occasionnellement. Nous espérons par ce chapitre, contribuer à clarifier et à nuancer en partie la controverse qui entoure le concept de la non-directivité. Nous allons successivement:

- définir clairement le concept de non-directivité (on lui attribue souvent des significations divergentes);
- décrire comment la pratique de la thérapie centrée sur le client a évolué, depuis le qualificatif "non-directif', vers la notion de pratique "axée sur l'expérience" (en effet des discussions révèlent que, même parmi les praticiens de cette approche, cette évolution est souvent ignorée);
- explorer plus en avant le processus de renforcement sélectif dans la thérapie centrée sur le client (au sujet duquel des opinions souvent simplistes sont proférées).

La directivité par opposition à la manipulation.

Nous allons commencer notre essai par définir le concept de directivité en signalant ce avec quoi il ne faudrait pas le confondre. La critique épistémologique a attiré notre attention sur le fait qu'il est de toute façon <u>impossible de ne pas influencer</u> et qu'une thérapie non-directive ne peut donc pas

exister. Ce qui revient à dire qu'une structure minimale influence la séquence du processus en cours exactement autant qu'une approche clairement structurée.

Nous sommes condamnés à influencer et, après tout, c'est ce que nous voulons: comme thérapeutes nous espérons avoir un impact sur le processus du client. Par ailleurs le concept de directivité est parfois mis en rapport avec la différence qui est faite entre "se traiter soi-même" et "être en traitement". Mais ceci dit, toute psychothérapie n'est-elle pas par définition un traitement de soi-même? Ainsi, la thérapie comportementale fait constamment appel à l'activité propre du client, bien qu'une méthode spécifique puisse être prescrite, il incombe néanmoins au client de suivre les consignes proposées et de faire son "devoir à la maison". Pour finir, la directivité est souvent associée à l'opposition qui existe entre: entrer en relation en tant qu'expert ou entrer en relation en tant qu'égal. Nous sommes persuadés qu'il y a là une confusion entre égalité de statut et égalité de valeur. Le client et le thérapeute bien que de valeur égale, n'entrent cependant pas dans la relation comme des égaux. Il y a une rétribution des rôles selon laquelle il appartient au thérapeute de faciliter le processus de changement du client et non le contraire. La mutualité dans la relation thérapeutique professionnelle est donc relative et conduit à une inégalité structurelle de fait. Quelques thérapeutes centrés sur le client abhorrent la notion "d'expert". Mais n'ont-ils pas été formés dans le but de devenir des experts capables de créer les conditions thérapeutiques? Ne sont-ils pas grâce à une formation approfondie devenus des experts en processus, n'ont-ils pas appris à se mouvoir dans le monde expérientiel du client, à mettre à sa disposition leurs propres expériences et impressions d'une manière constructive, à utiliser les concepts cliniques et les techniques susceptibles d'aider à ce que l'expérience du client se déploie - avec une compétence d'expert!

En considérant ses aspects positifs, nous pensons que la directivité se situe du côté des réactions et interventions axées sur la tâche du thérapeute. La théorie et la recherche qui ont pour objet la contribution du thérapeute[1] mettent en lumière généralement deux dimensions de base qui sont en réalité très imbriquées. La dimension horizontale se réfère à la qualité du contact. Le pôle positif de cette dimension est caractérisé par des attitudes et des comportements qui valorisent la relation, tels que: le dévouement, le respect, le soutien, l'acceptation, l'intégrité, la chaleur et l'empathie. Il y a également une dimension verticale qui se rapporte aux réactions, interventions et propositions instrumentales du thérapeute axées sur la tâche et plus généralement, à la manière dont le thérapeute façonne le processus thérapeutique. Cette dimension verticale comporte un grand nombre d'activités, interventions et propositions qui peuvent, ou ne peuvent pas, ou seulement jusqu'à un certain point - faire partie de ce que le thérapeute met en jeu: ceci dépend de l'orientation du thérapeute, de sa personnalité et de la nature des problèmes du client. Ainsi nous voyons des différences substantielles quant aux propositions, à la présence ou l'absence de buts concrètement formulés, à la fréquence et durée des réponses, à l'usage de procédures spécifiques, à la fréquence et au contenu des interprétations, à l'usage des confrontations et des retours, à la réflexion et à l'évocation des sentiments, au fait de donner des informations et des conseils explicites.... Etant donné que la directivité est un concept multidimensionnel il est inutile de se demander si le thérapeute est directif ou non. Ce qui fait sens est de voir de quelle manière il est directif

[1] Bierman, 1969

ou axé sur la tâche. il n'y a pas de connotation négative à cette dimension verticale aux facettes multiples: cela ne s'oppose pas à ce que la relation soit optimale[2]. Ce qui peut varier considérablement c'est le niveau de connaissance et de savoir-faire du thérapeute et le seuil jusqu'auquel la méthode employée pourra correspondre au genre d'aide auquel s'attend le client.

Cependant ce fut pour des raisons pertinentes que Rogers - et d'autres avec lui -ont mis très fortement en garde contre la manipulation et ont grandement insisté sur la responsabilité personnelle du client, son pouvoir personnel et son droit de vivre selon ses propres vues[3]. Là, il s'agit cependant d'un autre facteur - le danger d'un contrôle extérieur - que Rogers a toujours tenu à distinguer de l'influence[4]. En effet, le contrôle et la manipulation renvoient à un aspect formel-éthique qui est inhérent à nos actions. Presque toutes nos interventions axées sur la tâche peuvent être mises en oeuvre sur la base du respect à l'égard de la liberté et de l'autonomie du client. Elles peuvent aussi être imposées au client ou le thérapeute peut glisser dans une manipulation sans en avoir l'intention et sans s'en rendre compte[5]. On peut dire la même chose de la dimension horizontale: l'empathie peut être mal utilisée et "1a chaleur" du thérapeute peut avoir un effet désastreux sur le client si elle est offerte en raison de nos propres besoins ou à cause de nos problèmes personnels. La thérapie personnelle, la supervision et la règle fondamentale de la thérapie centrée sur le client qui veut qu'on reste toujours en contact avec le "sens du ressenti"[6]du client quelle que soit la forme de la contribution du thérapeute, nous protégera, espérons-le, contre de telles formes de manipulation. En tout cas, cela augmente les chances du côté du client de pouvoir avaliser et s'approprier ce processus d'influence, ce que la thérapie est en l'occurrence.

De la non-directivité à l'orientation expérientielle.
Phase initiale: l'accent mis sur l'aspect non-directif

Qu'en était-il pour Rogers initialement du caractère non-directif de sa méthode thérapeutique? Il s'agissait d'une réaction contre les méthodes thérapeutiques éminemment directives et autoritaires de son époque, à savoir: interdire, ordonner, conseiller, interpréter, suggérer, rassurer et persuader[7]. Il fut aussi sceptique à propos de la psychanalyse (ou du moins à l'égard de certains de ses excès): il trouvait que les psychanalystes étaient trop souvent fascinés par leurs propres théories et de ce fait davantage à l'écoute d'eux-mêmes que de leurs clients. Progressivement son expérience pratique à la Clinique de Guidance Infantile de Rochester le conduisit à abandonner le modèle "diagnostique-prescriptif" de son époque. Il décrit l'incident suivant qui préfigure, on pourrait dire, la première séance de thérapie centrée sur le client:

---

[2] comme le démontrent des études factorielles, Gurman, 1977; Lietaer, 1989

[3] Rogers, 1977

[4] Rogers et Skinner, 1956

[5] voir aussi Coghlan et McIlduff, 1990

[6] "felt sens" de Gendlin

[7] Rogers, 1942: 130-45

Une mère intelligente nous a amené à notre clinique son fils qui avait des comportements sérieusement inadaptés. Un autre psychologue a fait des tests avec le garçon. Nous avons décidé ensemble que le problème majeur était le rejet de l'enfant par la mère. J'allais travailler avec elle sur ce problème. L'autre psychologue allait prendre le garçon en thérapie par le jeu. Entretien après entretien, j'ai essayé - plus gentiment et doucement maintenant avec l'expérience - d'aider la mère à se rendre compte de son schéma de rejet et des conséquences pour son fils. Tout cela en vain. Après environ une douzaine d'entretiens je lui dis que nous avons fait tous les deux notre possible mais que nous n'avançons nulle part et qu'il fallait probablement déclarer match nul. Elle est d'accord. Puis, en train de sortir de la pièce, elle se retourne et demande, "Est-ce qu'il vous arrive de prendre des adultes en consultation?" Étonné, je lui réponds que cela nous arrive parfois. Là-dessus, elle retourne s 'asseoir sur la chaise qu'elle venait juste de quitter et commence à sortir l'histoire des dificultés profondes entre son mari et elle et me fait part de son grand désir de trouver une aide à tout prix. J'étais abasourdi. Ce qu'elle me racontait n'avait aucun rapport avec le récit très clean que j'avais obtenu d'elle jusque-là. Je savais à peine quoi faire, et me suis contenté de l'écouter. Et après un certain nombre de séances, non seulement sa relation conjugale s'est améliorée, mais le comportement perturbé de son fils a disparu à mesure qu'elle devenait une personne plus réelle et plus libre.

Ceci fut un apprentissage vital pour moi. J'avais suivi sa piste plutôt que la mienne. J'avais juste écouté au lieu d'essayer de la pousser dans le sens du diagnostic que j'avais établi auparavant[8].

À partir de cette expérience et d'autres, Rogers a appris une leçon importante: pour être en mesure de donner réellement de l'aide, le thérapeute doit être en contact avec le problème tel qu'il est vécu par le client et le suivre jusque dans le cadre de référence qui est le sien. Ce n'est pas le thérapeute qui sait ce qu'il en est vraiment, mais le client! Ceci devint instantanément le principe de base de la thérapie centrée sur le client: "Le thérapeute centré sur le client a pour but de se concentrer sur le monde phénoménal immédiat du client. Puisqu'il croit que les difficultés du client ont leur origine dans la confusion ou les contradictions inhérentes à ce monde"[9]. Ce qui est au centre de cet axiome est la nature pénétrante de son mandat thérapeutique que voici:

On peut dire que toutes les approches thérapeutiques portent un intérêt essentiel au client, et dans ce sens on pourrait les appeler centrées sur le client. Mais le terme «centré sur le client" a, pour notre orientation, une signification technique qui n'est pas souvent explicitée. Beaucoup de systèmes thérapeutiques considèrent le fait d'obtenir emphatiquement une prise sur le monde privé du client comme un préalable au vrai travail thérapeutique. Pour ces thérapeutes, arriver à comprendre l'univers phénoménal du client est plutôt comme s'emparer

---

[8] Rogers, 1980: 36-7

[9] Rogers, 1966:191

d'une histoire, c'est un premier pas. Au lieu de cela, le thérapeute centré sur le client a pour but de demeurer dans cet univers phénoménal tout au long du parcours thérapeutique et il considère qu'en sortir pour donner des interprétations extérieures, des conseils, faire des suggestions, pour juger - serait retarder les gains thérapeutiques"[10].

Remarquez bien que cette règle fondamentale n'est pas issue d'une "prédilection pour la démocratie" mais d'une nécessité thérapeutique. De ce fait, initialement, l'accent fut mis largement sur ce qui n'est pas permis et sur un nombre de prescriptions non-directives censées empêcher le thérapeute d'intervenir sur la base de son propre cadre de référence. Gendlin en cite quelques-unes[11]: "ne pas interpréter... ne pas répondre aux questions du client... ne pas exprimer ses propres opinions... si vous êtes troublé par quelque chose, n'en parlez pas.,.. si vous aimez et appréciez beaucoup le client, ne le montrez pas... Si vous pensez qu il devrait parler de certaine chose, n'y pensez plus... s'il est silencieux, vous devez rester dans le silence également, indéfiniment..." Ces prescriptions étaient faites dans l'intention de ne pas éloigner le client de sa piste expérientielle et ne pas le rendre dépendant du thérapeute. Voici, par exemple, pourquoi, selon l'avis de Tomlinson et Whitney des interventions de soutien et de réconfort n'apportent pas une aide en définitive.

Le soutien est probablement parmi les attitudes qui n'aident pas à grandir celle qui part des meilleures intentions. Si l'on offre du soutien, cela provoque habituellement une manifestation de peine chez le client à laquelle le thérapeute réagît en montrant sa compréhension ou sa sympathie par des déclarations du genre: *«Ne vous en faites pas, j'ai ressenti la même chose dans le passe , ou:" vous ne devriez pas vous sentir comme ça, je pense que vous êtes quelqu'un de gentil", ou "il ne faut pas vous faire des reproches, cela arrive à tout le monde" Le but de toutes ces déclarations est de délivrer le client de sa peine en réduisant le bien-fondé ou le caractère exceptionnel de la plainte. Cependant, la motivation de celui qui veut atténuer la peine n'est pas aussi altruiste qu'il y paraît, et à la longue, par son soutien, il fera peut-être plus de dégâts qu'il n'aura aidé le client.*

La signification non explicite véhiculée par le message de soutien est que l'émetteur a été rendu si anxieux par le caractère douloureux de l'expression du client qu'il ne peut pas la supporter et est obligé de la réduire en quelque sorte, c'est-à-dire, le thérapeute est si mal à l'aise avec sa perception de la souffrance du client qu'il est amené à affirmer un point de vue contraire à celui du client. Ainsi la motivation du soutien n'est-elle pas tant le souci du bien être de l'autre que le besoin de réduire sa propre anxiété générée par la souffrance de l'autre.

Une hypothèse supplémentaire est que la personne comprendra qu'elle est soit trop faible pour supporter la souffrance sans l'aide d'autrui ou qu'elle est affaiblie par la souffrance. Le soutien véhicule et communique fréquemment le message implicite que l'expérience de l'autre est de moindre ou de peu d'importance puisque"j'ai eu la même, ou une pire que ça". Lorsque la réaction aux sentiments douloureux est "vous ne devriez pas vous

---

[10] Rogers, 1966:190

11 Gendin 1970:547-9

mettre dans cet état.."; de nouveau le sens du message est "vos sentiments sont ou erronés ou sans importance".

Quel que soit l'issue de la déclaration de soutien, elle a un effet débilitant: le client n'est jamais autorisé à exprimer, à explorer pleinement et à s'approprier sa souffrance.

L'orientation expérientielle.

Bien qu'il y ait (encore) beaucoup de vérité contenue dans ces règles de non-directivité, leur formulation dogmatique entrave la liberté d'action du thérapeute inutilement et le réduit trop souvent à adopter une position de réceptivité attentiste. On a parfois confondu la non-directivité avec l'inactivité et considéré trop hâtivement les interventions actives de guidage prenant leur origine dans le cadre de référence du thérapeute comme des manipulations. Il y a eu cependant des changements entre 1955 et 1962[12] Leur travail avec des schizophrènes aussi bien que leur contact avec la branche existentielle de la psychothérapie américaine[13] a progressivement incité des thérapeutes centrés sur le client à définir la contribution des thérapeutes en des termes positifs; les interdictions allaient s'estomper à l'arrière-plan et l'accent être mis sur ce qui importe vraiment: optimaliser le processus expérientiel du client, utiliser notre propre expérience dans ce but[14]. Ainsi, l'évolution de la thérapie centrée sur le client s'est faite en passant de la non-directivité à l'expérientiel et les interventions de guidage ayant leur origine dans le cadre de référence du thérapeute ne furent plus considérées comme fondamentalement erronées.

Par conséquent les thérapeutes centrés sur le client (disons la plupart) ont perdu leur phobie d'être pris en flagrant délit de directivité, ils ne se sentent plus aussi handicapés pour décrire leur travail comme un processus d'influence actif, au sein duquel des réactions et interventions axées sur la tâche sont utilisées pour stimuler ou même donner une impulsion au déploiement du processus expérientiel du client. Ils ont appris à prendre l'initiative d'une manière active comme des experts en processus, sans pour autant glisser dans la manipulation ou succomber à la tentation du contrôle autoritaire. Ceci se fait en accord avec les principes de base, c'est à dire considérer l'expérience du client comme le point de référence permanent qui détermine toutes les réactions et interventions du thérapeute: le thérapeute peut alors utiliser son propre cadre de référence comme un point de départ, à condition de revenir toujours vers la piste expérientielle du client, de rester en contact de manière réceptive avec les réactions de celui-ci à l'égard des interventions du thérapeute et de leur apporter des réponses qui sont en rapport avec elles. De cette façon, les règles non-directives d'autrefois pourraient être dépassées d'une manière expérientielle. Voici deux exemples:

Nous avions l'habitude de dire aux thérapeutes "N'exprimez pas vos propres opinions". Maintenant quand un client me pose une question de ce genre, je fais presque

---

[12] voir Lietaer, 1993: 32-4 Van Baten, 1990

[13] Truax et Carkhuff, 1967

14 expenencing = felt sens = processus expérientiel", Gendlin, 1970: 549

toujours part de mon opinion, de manière plutôt succincte, mais en montrant exactement les étapes de la pensée par lesquelles je suis passé. Puis je dis: «Mais il est probable que cela ne vous convient pas à vous, parce que vous êtes une personne diférente, et d'ailleurs, vous y avez probablement déjà pensé de toute façon et constaté que cela ne marche pas". Et je le ramène à sa propre piste. (Bien entendu il peut avoir toutes sortes de sentiments par rapport à l'opinion que je viens d'exprimer, mais nous pouvons explorer cela ensemble, s'il exprime ou me laisse sentir ses réactions en lui. Ceci sera de nouveau son processus, et nous allons essayer de dialoguer honnêtement en référence à son processus et en fonction des étapes qu'il vit concrètement[15].

Nos clients ne sont pas censés expérimenter des intentions manipulatrices ou de contrôle de notre part, quelles que soient nos propositions (par exemple des exercices, des stratégies, des outils et techniques, des informations, des structures), celles-ci émanent de la compréhension que nous avons de leurs besoins individuels et seront communiquées clairement ainsi: "voici une option que vous pourriez éventuellement considérer"[16].

Bien que les pleins droits soient maintenant accordés aux interventions de guidage à côté de celles qui "accompagnent", notre orientation thérapeutique a gardé néanmoins une connotation non-directive. Ou devrions-nous dire: une coloration homépathique ?17. Nous entendons par là que les thérapeutes centrés sur le client perçoivent l'être humain comme actif et attentif à l'égard de sa propre réalisation et qu'ils souhaitent laisser à cette tendance actualisante autant d'espace que possible. En dépit des critiques théoriques18 et malgré les différences substantielles parmi les thérapeutes centrés sur le client, la méthode qui est la nôtre semble demeurer davantage du genre "accompagnement" plutôt que "guidance" et fait montre d'un grand respect pour ce que nous pouvons développer à partir de l'intérieur19. Rogers a toujours conçu la thérapie comme devant lever les obstacles et permettre ainsi à la propre force dynamique de la personne de revenir au premier plan. Son idée fondamentale a toujours été que la tâche principale du thérapeute est de créer un climat de sécurité qui permette au client d'entrer en contact avec son expérience intérieure. C'est en réduisant la peur des autres et en augmentant la concentration intérieure20 que le client peut aller plus profondément dans sa propre expérience. Un processus de "lancement de soi" est amorcé qui conduit à la confrontation de soi et à la réorganisation.

Dans la pratique actuelle, cette attitude homéopathique se manifeste à travers la structuration minimale du processus thérapeutique et dans une recherche constante de contact avec la boussole intérieure du client: son expérience organismique. Les thérapeutes centrés sur le client n'endossent pas le rôle de directeur et certainement pas celui de Guru. Leur confiance dans

---

[15] Gendin, 1970: 548

[16] Cain, 19989:131

[17] Riebel, 1984: Schott et Schott, 1990

[18] Esenga et Wijngaarden,1991

[19] Gendlin, 1990

[20] Rice, 1974: 302 Rice, 1974: 302

le processus les rend très réceptifs à l'égard de ce qui vient de l'intérieur et les fait opter pour l'exploration de soi dont la forme et la direction resteront largement le fait du client (largement mais pas exclusivement, à mon avis). Rogers aimait citer la définition du bon guide par Lao-Tse, il y a 25 siècles:

À propos du bon guide, qui parle peu, quand son travail est accompli, son but atteint, les autres diront, "Nous avons fait ceci nous-mêmes"21.

Quelle est la visée essentielle de l'approche expérientielle: un renforcement sélectif d'ordre formel seulement?

Etre axé sur l'expérience implique l'usage du renforcement sélectif. Rogers et d'autres thérapeutes centrés sur le client l'admettent sans ambages. Il est évident que toute expression du client ne reçoit pas la même attention. Nous essayons toujours de le faire passer de l'expression narrative aux sentiments, du niveau théorique abstrait à ce qui fait l'objet de son expérience. Rogers écrit dans ce sens sur ses interventions dans des groupes de rencontre:

Il n'y a pas de doute que je sois sélectif dans mon écoute" même "directif" si l'on veut m'accuser de cela. Je suis centré sur le membre du groupe qui parle et je suis incontestablement beaucoup moins intéressé par les détails de sa dispute avec sa femme, ou ses difficultés dans son travail, ou son désaccord avec ce qui vient d'être dit, que par la signification qu'ont ces expériences pour lui maintenant et les sentiments qu'elles provoquent en lui. C'est à l'égard de ces significations et ces sentiments que j'essaie de réagir[22].

Par conséquent, il y a une sorte de processus formel de directivité, qui aboutit à un renforcement de l'expérience du client. En plus, nous soutenons nos clients quand ils évoluent vers une manière de vivre où ils tiennent davantage compte de leur expérience, où ils sont moins tributaires des normes extérieurs, où leurs actions vont dans le sens d'une plus grande autonomie, où ils osent prendre davantage de risques personnels dans leurs relations - bref, lorsqu'ils changent dans le sens de notre concept de la personne fonctionnant pleinement[23].

Cependant, la question demeure, de savoir si nous renforçons aussi sélectivement des aspects de l'expérience elle-même, c'est-à-dire: notre sélection est-elle aussi axée sur le contenu? Rogers espère que non. Il croit qu'il est au mieux comme thérapeute quand il peut accueillir tous les sentiments du client, quand le client est "récompensé" pour toute expression de soi, quel que soit le contenu du sentiment[24]. Aussi, lorsque le client se replie, ou décide de mettre fin à la thérapie parce qu'il a peur de ce qui pourrait advenir, ou régresse vers des comportements antérieurs et ainsi de suite - en de tels moments nous pouvons aider notre client au mieux en l'acceptant là où il se trouve à cet instant, en l'aidant à se centrer davantage sur ce qu'il est en train de ressentir et en explorant cela plus profondément. Un autre aspect de cette non-directivité à l'égard du contenu

---

[21] Rogers, 1980:40

22 Rogers, 1970: 47

23 Rogers, 1963

24 Rogers, 1967: 519

expérientiel se situe dans le fait que dans la thérapie centrée sur le client il n'y a pas de stratégie préliminaire ou de planification du déroulement de la thérapie. La thérapie est considérée comme étant une aventure qui se poursuit d'un moment à l'autre, où il n'est pas nécessaire que le thérapeute ait compris par avance le nœud du problème du client[25]. Au contraire, nous adhérons à l'hypothèse que ce qui est vraiment important pour le client va émerger dans la thérapie. La seule instruction que nous nous donnons est de suivre aussi réceptivement que possible le flux expérientiel du client. Ni le client, ni le thérapeute peuvent savoir par avance où cela va les mener. Ainsi nous n'établissons pas de "carte routière", ni ne décidons préalablement que certains contenus doivent être explorés.

Très en accord avec cette non-directivité et réceptivité à l'égard du contenu, Rogers souligne sa "crédulité"[26]: il n'écoute pas le récit du client avec suspicion, se demandant si celui-ci essaie de dissimuler quelque chose. Il est parfaitement conscient que le client ne dit pas toujours "toute la vérité" mais il trouve que prendre au sérieux ce que le client est capable de dire maintenant est la meilleure façon de l'inviter à devenir plus authentique. Par ailleurs, il n'essaie pas d'éviter des expériences pénibles. Il a la confiance fondamentale que tout peut s'avérer éventuellement juste et se déclare lui-même préparé à "plonger dans les profondeurs de la peur avec ce client et avoir confiance qu'il en reviendra. Je fais face à l'inconnu dans mon client et en moi-même sans posséder la complète assurance, mais avec la confiance, que l'issue sera positive"[27]. Cette "confiance inconditionnelle"[28] montre bien que la thérapie centrée sur le client ne se contente pas de le protéger: ce qui vit dans le client, aussi pénible et angoissant que ce soit, n'est pas évité. "Il n'y a rien qui soit impossible à dire" (unmentionable), comme le formule Gendlin.

J'ai le choix seulement entre le laisser seul avec cela, ou l'aider à rester en contact avec.... Souvent le patient se réfère à quelque chose qui ne peut pas se dire, parce que cela ne peut pas être, ne peut pas être supporté - par exemple "je ne compte pas pour eux" ou "je suis fou", ou "le thérapeute ne tient pas à moi" ou "je suis laide". Cela fait du bien de le dire tout haut. Le patient est toujours là. Il n'a pas été anéanti. Je le formule avec des "peut-être", cela permet d'en sortir si c'est nécessaire. Je dis, plutôt légèrement, "Peut-être as-tu terriblement peur d'être vraiment fou". Ou, "Peut-être que je ne tiens pas à toi", ou "Peut-être êtes-vous trop laide pour que quelqu'un puisse vous aimer". Le résultat est généralement une détente. Je respecte le patient, et non le piège dans lequel il est coincé[29].

Lorsque nous parlons de renforcement sélectif, nous distinguons clairement entre le processus formel et le contenu. Cette distinction permet de commenter d'une manière plus nuancée les études faites par Murray (1956) et Truax (1966) ayant pour objet le degré jusqu'auquel Rogers "conditionne verbalement[30]". Notre propre analyse de leurs résultats[31]

---

25 Rogers, 197: 509

26 Rogers et Wood, 1974: 232

27 Rogers et Wood, 1974: 231

28 Harman, 1990

29 Gendlin, 1967:397

30 voir aussi Lieberman, 1969a 1969b; Truax, 1969, Wachtel, 1997

indique que la sélectivité utilisée ici est essentiellement d'ordre formel, en faveur de l'expérience, et que la réceptivité vis-à-vis du contenu d'une expérience spécifique reste élevée. Ainsi, Rogers ne paraît pas réagir plus empathiquement ou être plus acceptant quand le client apporte, par exemple, des contenus positifs ou des contenus avec un niveau d'anxiété faible, mais il se montre plus empathique et acceptant lorsque le processus d'exploration de soi dénote un haut degré d'engagement. Cependant, cette réceptivité à l'égard du contenu restera pour toujours un idéal de perfection inaccessible. Notre propre personnalité et ses "angles morts" peuvent parfois occulter certains contenus expérientiels chez nos clients ou faire en sorte que nous n'y touchons pas parce que nous n'osons pas vraiment les affronter. Qui plus est, notre formation au sein d'une certaine orientation thérapeutique peut aiguiser ou émousser notre sensibilité à l'égard de certains types de contenu expérientiel. Ceci apparaît, par exemple, dans les réactions qu'ont eues quelques thérapeutes d'orientation existentielle ou psychanalytique vis à vis de fragments de trois thérapies centrées sur le client avec des schizophrènes. "Truax et Carkhuff résument leur commentaire ainsi:

Ce qui était particulièrement frappant fut l'observation faite par presque tous les théoriciens que le processus thérapeutique centré sur le client évite en quelque sorte les expressions de sentiments négatifs, hostiles ou agressifs auxquels on s'attend habituellement de la part du client. Ce qui sous-entend clairement que le thérapeute centré sur le client pour une raison quelconque semble moins disposé à accueillir des sentiments négatifs, hostiles ou agressifs. Est-ce que cela veut dire que les thérapeutes ont peu de respect ou de compréhension pour leurs propres sentiments négatifs, hostiles ou agressifs et sont de ce fait incapables de recevoir de tels sentiments de la part du patient? Ou ne "croient-ils" tout simplement pas à l'importance des sentiments négatifs?[32]

De plus, notre concept du fonctionnement psychique optimal et notre vision de l'homme influencent inévitablement nos réactions et interventions. Et à cet égard, la sélectivité au niveau de la forme et du contenu coïncident plutôt. Nous remarquons, par exemple, comment Rogers est arrivé progressivement au concept très concret de la "personne de demain, fer de lance d'une révolution tranquille"[33]. Dans ce concept, l'indépendance et la réalisation individuelle comptent manifestement davantage que l'interdépendance et la solidarité. Quelques thérapeutes centrés sur le client ont fait remarquer que ce concept a une connotation culturelle et de jugement de valeur, Rogers en était également conscient[34]. De toute façon, chaque thérapeute a son "idéal". Cependant, nous présumons que c'est la manière dont les thérapeutes utilisent leur influence qui importe le plus dans ce contexte, plutôt que la distinction, au niveau de la sélectivité, entre la

---

[31] Lietaer, 1984: 52-3

[32] Truax et Carkhufl. 1967: 503

[33] Rogers, 1977: 255-82; 1980: 348-52

[34] Fisenga et WI.jngaarden, 1991; Holdstock, 1990; Pfeiffer, 1989 et Rogers 1979

forme et le contenu; le caractère non imposé de ce que le thérapeute fait est la chose cruciale. Un thérapeute qui est suffisamment intègre, capable de mettre ses propres valeurs entre parenthèses pour un temps, un thérapeute qui vérifie constamment ses réactions et interventions (d'accompagnement ou de guidage) à l'égard de l'expérience du client ne s'aventurera pas dans un conditionnement aveugle, dans le sens manipulatoire du terme, mais restera fermement positionné dans un processus d'influence, mutuellement souhaité, qui se déroule aussi consciemment que possible et où le client aura toujours le dernier mot.

Conclusion.

Par ce qui précède il devrait être évident que la directivité ne peut pas être mise en équivalence avec un contrôle externe ou une "tentation d'autoritarisme", qu'il est possible pour le thérapeute d'être directif au niveau du processus dans un dialogue et de manière vraiment démocratique. Si l'on offre les attitudes "rogériennes" et reste centré sur le monde expérientiel du client - pour moi les aspects cruciaux du paradigme expérientiel - cela va aboutir à un processus à base d'influence, ainsi que la recherche l'a démontré[35], néanmoins ce processus atteint sa qualité optimale lorsque la conscience organismique de la personne fonctionne comme un guide ultime. C'est pourquoi j'espère que "1e concept impossible de la non-directivité" - que Rogers a déjà abandonné en 1951!- disparaîtra avec ses aspects controversés de notre paradigme et que l'on voudra bien désormais considérer la question de la variabilité du degré et du type de directivité au sein du processus avec tolérance et même lui offrir un accueil positif Avec Warner (1993) je suis convaincu que des niveaux différents "d'intrusion" sont acceptables et possibles à l'intérieur d'une psychothérapie expérientielle interactive et non-coercitive. Le niveau du choix dépend de beaucoup de variables, tels que la personnalité et le "parcours de formation" du thérapeute, la phase de la thérapie, le type de problème du client, la spécificité du processus en cours. Utiliser des connaissances en diagnostic ou proposer certaines procédures peuvent faire partie d'une façon variée de travailler avec les clients, aussi longtemps que nous restons en contact avec leur piste expérientielle[36], aussi longtemps que nous utilisons ces procédures ou connaissances seulement comme des outils, "sans confondre la ligne avec le poisson"[37].

Après son doctorat et avec le statut de chargé de cours, le Professeur Germain Lietaer a étudié avec Carl Rogers au "Centre for Studies of the Person" à la Jolla en 1969-70. Il occupe actuellement une chaire à l'Université Catholique de Leuven, en Belgique où il enseigne la psychothérapie centrée sur le client et expérientielle. Il fait partie de l'équipe des enseignants qui encadrent une formation de trois ans à la psychothérapie centrée sur le client et expérientielle réservée aux étudiants diplômés.

Le Professeur Lietaer a publié un grand nombre d'articles; il est notamment l'éditeur

---

[35] par exemple Greenberg et autres, 1994; Orlinsky et autres, 1994

[36] Gendlin, 1996; Greenberg et autres, 1993

[37] Gendlin, 1974: 243

principal (avec J. Rombauts et R. Van Balen) du livre Client centred and

Experiential Psyehotherapy in the Nineties (Leuven University Press) et co-éditeur (avec L.S. Greenberg et J. Watson) du Han dbook of Expériential Psychotherapy: Foundations and Diferential Intevention (New York: Guilford, 1998).