

# CARL ROGERS ET LES THERAPIES EXPERIENTIELLES: UNE DISSONANCE?

Garry PROUTY

## Introduction

Ces temps derniers ont vu naître un mouvement en faveur de la formation d'une Organisation Internationale Centrée sur la Personne et Organisationnelle qui va grandissant. J'en ai tout d'abord accueilli l'idée sans état d'âme particulier car elle me paraissait appartenir au même cadre historico-théorique qui me fut familier au gré de mes fréquentations de Rogers et de Gendlin. Mais quelques mois plus tard, je me suis aperçu que sous le titre d'Organisation Centrée sur la Personne et Expérientielle se profilait un thème nouveau. Différentes approches expérientielle (Greenberg et al 1993) étaient incluses dans le projet des concepteurs. Si l'on compte qu'il existe environ deux douzaines de méthodes expérientielles (Mahrer et Fainveather 1993), il me semble nécessaire d'examiner cette fusion organisationnelle du point de vue de sa consistance avec les principes centrés sur le client. Il n'est *en aucun cas* de mettre en doute l'efficacité empirique des thérapies expérientielles. Il ne s'agit pas, non plus, de procéder à une élucidation ou à une comparaison exhaustive de ces théories; mais bien plutôt d'une tentative d'introduction à l'exploration de la dissonance théorique qui existe entre la thérapie rogéienne et les thérapies expérientielles. Cette compréhension est nécessaire pour un développement organisationnel.

Il me paraît inapproprié de qualifier d'historique le changement de paradigme important qui s'est opéré depuis la conception de Rogers selon laquelle la relation est le facteur primordial de la guérison psychologique -par rapport à l'importance qui est actuellement attribuée aux facteurs d'ordre expérientiels. Mais je suis particulièrement préoccupé par l'absorption possible de la thérapie centrée sur le client par une mouvance (zeitgeist) expérientielle et sa vague et éventuelle dissolution dans celle-ci. Toutefois, il convient de noter que j'ai moi-même écrit à la fois sur l'évolution de la théorie centrée sur le client et sur celle la thérapie de Gendlin. Mais j'ai nettement fait la différence entre les deux approches. (Prouty, 1949).

## Rogers est-il expérientiel?

Bien qu'en 1961 Rogers ait explicitement reconnu l'influence de la théorie expérientielle de Gendlin sur son propre travail il n'a pas inscrit l'experiencing comme variable indépendante en recherche psychothérapique. Pour lui c'était une variable dépendante. L'experiencing était un *résultat* et non *une cause* de la thérapie (Prouty 1994). Ceci est mis en évidence dans son chapitre intitulé "Le concept du Processus en Thérapie" (Rogers 1961). Il y déclare clairement que ce sont les "attitudes" qui constituent les conditions fondamentales d'un changement expérientiel. Cette position est confortée par le projet du Wisconsin sur la schizophrénie (Rogers, Gendlin and al. 1967) qui décrit l'experiencing comme fonction des attitudes. Si Rogers n'avait jamais été tenté de considérer l'experiencing comme la cause de la thérapie, ce n'est pas ici, au plus fort de leur collaboration, qu'il faudrait en chercher la démonstration. Par ailleurs, dans la théorie rogéienne "l'ouverture à "l'expérience" est l'une des caractéristiques de "la personne qui fonctionne pleinement".

Rogers a fermement ancré ce concept dans la sécurité et l'acceptation offerte par la relation (Rogers 1957).

En 1990, Brodley a mis en évidence les éléments qui caractérisent la différence entre l'approche expérientielle de Gendlin et la théorie de Rogers: la notion de confiance pour Rogers concerne *la personne tout entière* alors que pour Gendlin elle ne s'adresse qu'au processus de *l'experiencing*. Brodley fait aussi remarquer que "l'écoute" est différente dans les deux approches. Dans l'approche expérientielle de Gendlin elle est dirigée sur le sens corporel (felt sense) (Hendricks 1986) Pour moi, à l'instar de Brodley, il s'agit de ce que j'appellerai un "réductionnisme phénoménologique", par cela j'entends la réduction de la *personne* à un *processus*.

### L'attitude non directive

Bien qu'elle n'ait jamais été décrite de manière formelle, l'approche non directive en psychothérapie est l'un des traits distinctifs de la thérapie centrée sur le client. Pour comprendre pleinement le sens de ce concept il faut d'abord voir où il prend racines. Rogers a été élevé dans une tradition protestante à laquelle il consacra le début de ses études universitaires. Pour tout dire, de même que la doctrine révolutionnaire de Martin Luther a remis à la conscience de l'individu le pouvoir de l'interprétation morale détenu par l'église, en santé mentale la doctrine distincte et révolutionnaire de Rogers (1977) a remis au client le pouvoir de compréhension de l'expérience de soi détenu par le thérapeute. Le client se trouve ainsi investi de son propre pouvoir sur le sens à donner à son expérience. On pourrait dire que la conception non directive de Rogers rappelle l'individualisme protestant. Ex-étudiant en théologie, Rogers avait étudié Luther.

Du point de vue de la psychothérapie, Rogers (1942) a décrit la non-directivité de plusieurs manières. Pour lui, en premier lieu, c'est le client qui a la responsabilité de la direction que prend l'entretien. Puis, dans sa manière de répondre, le thérapeute reconnaît le message que vient de lui donner le client; il répond au sentiment et à l'attitude immédiate du client. Le thérapeute indique au client que c'est à lui de prendre les décisions et qu'il accepte pleinement ses décisions.

Ensuite Rogers exprime de manière abstraite le concept de la non-directivité sous la forme de valeurs que doit respecter le thérapeute: Le client a le droit de choisir ses propres objectifs; le client a le droit d'être psychologiquement indépendant et de conserver son intégrité psychologique; le client a le droit de choisir l'adaptation à la réalité qui lui convient. En langage plus moderne, l'autonomie du client est magnifiée, la relation thérapeutique est davantage démocratisée et l'individualisation du client est plus au centre. En conséquence, il semble que l'attitude du thérapeute ne peut qu'être authentique et congruente. Le schéma précédent a été établi par Raskin (1951) sous le nom "d'attitude non directive".

Je dirais, quant à moi, que Rogers a formulé une approche qui met profondément en valeur la liberté psychologique du client pour se définir et se créer. Je dirais encore que la description formelle que Rogers a donnée des conditions nécessaires et suffisantes de la thérapie (le regard positif inconditionnel, l'empathie et la congruence) *n'exclut pas* "l'attitude non directive". Premièrement, Rogers ne s'est jamais départi de "l'attitude non directive". Il l'a assimilée et intégrée dans la pratique de la thérapie centrée sur le client. Deuxièmement, "l'attitude non directive" exprime le regard positif inconditionnel du simple fait qu'elle implique une profonde acceptation du client. Troisièmement "l'attitude non directive" prend corps dans le suivi discipliné du processus du client, à savoir dans la compréhension empathique. Finalement, l'intégration de l'attitude non directive, du regard inconditionnel et de l'empathie ne peut se réaliser sans la congruence du thérapeute.

A mon avis, le fait que Rogers ait manqué l'occasion de décrire de manière formelle "l'attitude non-directive" lorsqu'il décrit formellement les autres conditions nécessaires à la thérapie est à l'origine d'un problème historique de grande ampleur. *Le résultat est de créer une situation théorique où toute technique peut être combinée aux conditions nécessaires et suffisantes pourvue que celles-ci soient présentes.* Au niveau de la pratique ce changement théorique trouve son illustration dans les "réflexions évocatrices" de Rice (1974) et dans les "réflexions centrées" (Hendricks, 1986). Ces deux auteurs dirigent leur technique dans le sens du processus de l'experiencing.

### **L'Approche Expérientielle et Processuelle** - (The Process-Experiential Approach)

Il est important de nous arrêter sur cette approche car elle tend à contrôler l'approche centrée sur le client de manière théorique et organisationnelle en l'assimilant ou l'intégrant à des méthodes expérientielles.

La distinction faite par Rice en 1983 entre la relation et la tâche thérapeutique a "permis" le développement de l'Approche Expérientielle et Processuelle. Cette approche mélange les "attitudes" au traitement (processing) expérientiel qui utilise de multiples méthodes (Greenberg et al. 1993). "Diriger le processus, non le contenu" est un slogan qui exprime peut-être cette façon de voir. Cela illustre bien les conséquences de la "séparation" de la non-directivité d'avec les conditions attitudinelles de la thérapie ainsi que l'engagement théorique pour l'experiencing en tant que "cause" et non pas résultat de la thérapie.

La description la plus élémentaire de la thérapie expérientielle et processuelle est la suivante: elle consiste à combiner les attitudes centrées sur le client avec des méthodes ou des techniques expérientielles directives du processus. C'est peut-être dans cette citation de Greenberg et al. (1983), ci-après, que cette façon de voir est le plus clairement présentée:

*Notre approche intègre une combinaison équilibrée des réponses empathiques centrées sur le client et du processus directif des thérapies expérientielles et de la Gestalt. Dans cette approche le thérapeute s'ajuste à chaque instant aux sentiments de son client et à l'expérience de ce qu'il est. Mais Il est également directif du processus en guidant à différents moments les stratégies qui lui permettent de traiter (process) les informations de nature affective et d'apporter un éclairage sur l'éventuelle résolution du problème. Notre thérapeute peut ainsi faciliter le processus du client à la fois en répondant emphatiquement à son expérience et en lui fournissant les directions ou les suggestions concernant les actions ou les opérations mentales que celui-ci pourrait faire sur le champ pour activer le processus. L'objectif est de stimuler une nouvelle prise de conscience, une nouvelle construction de l'expérience et du sens. Ce n'est pas de fournir un nouvel insight ni de modifier la connaissance.*

Le deuxième "pilier" de l'approche expérientielle et processuelle consiste dans le fait que le processus sert de base de diagnostique. *Comment* le client procède (process) fournit, en effet, un "marker" qui rend la technique expérientielle appropriée au diagnostique. Il s'agit d'un diagnostique processuel (process diagnostic). C'est ainsi que Greenberg et al (1993) l'expliquent dans les lignes qui suivent:

*Le thérapeute reconnaît les différents états tels qu'ils se présentent ; il peut ainsi intervenir à différents moments de manières différentes pour faciliter les types particuliers du traitement (processing) de l'information. Cette intervention est guidée par un type de "diagnostique processuel" de l'état actuel du client et par les idées de ce qui pourrait être le plus utile pour faciliter à un moment particulier le processus cognitivo-affectif de celui-ci.*

*Le diagnostique processuel implique donc l'identification d'un "marker" des problèmes d'ordre émotionnel. Lorsque apparaît un "marker" d'un processus particulier, le thérapeute facilite certains types d'activité de traitement (processing activity) pour aider à la résolution du problème expérimenté par le client. Si, par exemple, le client fait l'expérience d'un conflit, la technique des deux chaises de la Gestalt sera utilisée. Si le client fait l'expérience d'un sens corporel vague c'est au focusing qu'il sera fait appel. Le thérapeute est expert es processus.*

Etant donné qu'il est reconnu que la directivité fait partie de l'Approche Expérientielle et Processuelle, il est important de clarifier pleinement et honnêtement le sens qui est donné à "directif" dans cette thérapie. Et nous nous référerons à nouveau aux auteurs cités ci-dessus.

*Cependant, le client est considéré à la fois comme expert en ce qui concerne sa propre expérience et comme agent actif dans son processus de changement. Tout au long de la thérapie, même lorsqu'il dirige le processus, l'attitude du thérapeute est celle de quelqu'un qui explore et non celle de quelqu'un qui sait. De cette position se dégage une impression de curiosité et de suggestion plutôt que d'une autorité qui sait. Les actions et les attitudes du thérapeute expriment le désir de connaître davantage le client; les suggestions sont là pour aider à expliquer l'implicite, plutôt que pour donner l'idée que les thérapeutes en savent plus et qu'ils sont à la recherche d'un matériau caché. La position de ce ceux "qui en savent moins" qui est celle des thérapeutes expérientiels et processuels, contraste avec celle de ceux "qui en savent plus" adoptée par les tenants de l'approche interprétative dans laquelle le thérapeute agit comme expert de l'expérience du client tant sur la base de vérités théoriques que de connaissances professionnelles. En étant directif du processus, le thérapeute s'engage avec ses clients non pour faire sens à leur place, ni démasquer le caché, ni pour suggérer une meilleure façon de se voir ou de voir le monde. Mais au contraire il les guide et les stimule afin qu'ils s'engagent eux-mêmes dans des activités de traitement de l'information susceptibles, semble-t-il, de faire ressortir l'information schématique qui peut les aider à réorganiser leur expérience et trouver un sens nouveau à des parties d'eux-mêmes qui les inquiètent. C'est la réorganisation auto-générée des zones où le changement est désiré qui aide le mieux les gens à voir d'une manière nouvelle tant eux-mêmes que leur propre monde.*

### L'attitude directive

La question de "l'attitude directive" est difficile à cerner car elle est subtilement entrelacée dans les approches thérapeutiques de Gendlin, Rice et Greenberg. Chacun de ces théoriciens la propose de manière qu'elle dirige le client vers leur propre experiencing. Cette attitude s'exprime dans des termes tels que *guider, suggérer; stimuler expliquer; mettre en évidence*. C'est une attitude d'écoute théorique et sélective avec une intention technique, mais c'est aussi le problème auquel il est fait allusion plus haut, à savoir celui du *réductionnisme phénoménologique*.

Dans ma compréhension de l'expérience thérapeutique, une empathie adéquate relâche le client dans l'expérience suivante, celle qui se forme organismiquement suivant un mode d'experiencing non-directif ou le flux de l'experiencing suit *naturellement* l'organisme. L'experiencing en tant que conséquence naturelle, comparée à l'experiencing qui résulte de l'intention du thérapeute, c'est bien là la différence entre Rogers et les conceptions expérientielles. Pourquoi est-ce si important ?

L'intention du thérapeute, est une question qui n'a de l'importance que lorsqu'elle est mise en balance avec celle de l'intention du client. On peut, semble-t-il, raisonnablement dire

que l'une des différences entre Rogers et les thérapies expérientielles se trouve concrétisée par l'intention du thérapeute. Si l'intention des thérapies expérientielles est de guider le client vers l'experiencing, ce n'est pas l'intention de la thérapie rogorienne centrée sur le client. Celle-ci est de faciliter l'intention du client en "s'en remettant" (surrender) à son auto-direction..

Le terme "intention technique" fait allusion à une attitude qui porte l'attention sur le *comment* du processus expérientiel. Le thérapeute s'accorde empathiquement sur le "comment" de l'experiencing. C'est comme s'il s'agissait d'une écoute sélective du processus ayant pour intention l'experiencing thérapeutique. Mais cela ne traduit pas l'attitude existentielle, permettant d'entendre le "saisissement de sa réalité" par le client (hearing the client's grasp of their reality), ce qui reflète plus pleinement ce qu'est l'empathie adéquate. Le problème réside dans le fait que l'empathie est *utilisée* par le thérapeute à des fins concernant le *comment* du processus qui lui servira de base d'intervention diagnostique. Nous sommes loin de l'authentique réponse "Je-tu".

Que le motif du thérapeute soit bienveillant ou utile, il n'empêche que des situations cliniques difficiles viennent se greffer sur la question de la directivité. En premier lieu, la résistance consciente du client. Il y a, en thérapie, des situations où l'experiencing est menaçant pour le client c'est à dire que c'est une manifestation de sa peur. "Expérientier" peut réellement être désintégrant pour le self. Cela peut se produire lors de l'intégration de sentiments homosexuels, d'expériences psychotiques ou encore de certaines facettes d'une personnalité multiple. Ces situations peuvent être considérées comme des exemples du "processus fragile" décrit par Warner (1991). Ce sont des sentiments où *seul* le ressenti du client peut lui fournir une voie de sécurité. Combien de fois n'ai-je pas vu des "expériences" trop menaçantes pour un experiencing "directif". Dans ces cas, la seule voie sûre semble être de s'en remettre lentement à l'experiencing et à l'intégration naturelle - mais certainement pas aux interventions bien intentionnées du thérapeute qui devancent le processus du client. Ceci est souvent le cas d'experiencings psychotiques ou pseudo-psychotiques.

### Réductionnisme phénoménologique

Une de mes clientes m'a rapporté une expérience antérieure qui illustre bien le problème du "réductionnisme phénoménologique". Elle se souvenait d'avoir eu besoin de la présence et de la réponse empathique de son thérapeute, en lieu de quoi elle fut "guidée" vers son experiencing. Elle a fait l'expérience d'un sens viscéral auquel elle ne s'était pas sentie reliée. Elle eut l'impression que son self était ignoré et qu'elle "*expérientçait*" l'intention du thérapeute plutôt que son empathie. Cet exemple fait ressortir le problème du "réductionnisme phénoménologique" qui peut être décrit comme empathie *vers* l'experiencing plutôt que comme empathie *pour* le self. Le self est réduit à son experiencing. Le thérapeute est empathiquement relié au *processus* de l'experiencing plutôt qu'à *tout l'être* existentiel.

J'ajouterai un exemple tiré de mon expérience de thérapeute. Je travaillais alors avec une cliente schizophrène à tendance homicide très marquée. Son experiencing était celui d'un sentiment homicide. Cette cliente m'a dit que ce qui l'avait le plus aidée dans sa thérapie ce fut ma capacité de faire la différence entre son experiencing et son self. En parlant de son ressenti elle répétait constamment: "ce n'est pas moi". Cette distinction entre le self et l'expérience eut des conséquences empathiques immédiates et thérapeutiques à long terme.

### Résumé et conclusions

Cet article a pour objet d'introduire une discussion sur la dissonance qui existe entre la théorie centrée sur le client de Carl Rogers et l'approche expérientielle. Cet effort a été motivé par mon appréhension de voir absorbée de manière inadéquate la théorie et la thérapie

centrées sur le client dans une mouvance expérientielle et un tout organisationnel. Le premier motif de mes préoccupations réside dans le fait qu'il existe environ deux douzaines de méthodes expérientielles et processuelles, ce qui appelle à une plus grande clarification. J'ai insisté sur l'exploration de l'Approche Expérientielle et Processuelle en raison de son leadership empirique et organisationnel. Il est évident que ce n'est pas sa validité empirique qui est mise en cause ; c'est au niveau de la théorie et de la pratique que s'est portée mon investigation.

En premier lieu, j'ai essayé de savoir si la thérapie centrée sur le client de Rogers pouvait être considérée comme "expérientielle". L'experiencing existe chez Rogers mais il est fonction des attitudes, c'est un résultat. Il y est considéré comme une variable de résultat (outcome variable). C'est ainsi qu'il est traité dans le projet du Wisconsin aussi bien que dans le chapitre de Rogers sur la "Conception du Processus de la Thérapie". En outre, "l'ouverture à l'expérience" de la "personne qui fonctionne pleinement" est, elle aussi, fonction des attitudes. Pour Rogers, l'experiencing est l'un des résultats de la thérapie, il n'en est pas la cause.

L'importante question à laquelle je me suis, ensuite, attaché est celle de la construction théorique des "attitudes" par Rogers. Il est vrai qu'il n'a jamais rejeté sa conception de la non-directivité, mais il ne l'a pas formellement incluse dans sa théorie de la thérapie. Le résultat de cette omission est qu'aussi longtemps que sont présentes les conditions n'importe quelle méthode peut être utilisée, faisant ainsi la place à des techniques directives telles que les subtils mouvements vers la directivité, que l'on trouve à la fois dans les oeuvres de Gendlin (focusing) et de Rice (réflexion évocatrice) et peut-être plus explicitement encore dans celles de Greenberg et les autres promoteurs de la directivité processuelle.

En raison du rôle qu'ils jouent dans la fusion organisationnelle entre les thérapies centrées sur le client et expérientielles dont il est question j'ai examiné les principes de l'Approche Expérientielle et Processuelle. Cette approche se présente comme la fusion de la thérapie centrée sur le client "traditionnelle" et des techniques expérientielles basées sur des "markers" de diagnostique. "Diriger le processus, non le contenu" tel pourrait être le slogan qui dépeindrait cette façon de voir. Elle repose sur la théorie de la Gestalt qui fait porter l'attention sur le "comment" du traitement (processing) expérientiel.

Au niveau de la pratique plusieurs questions ont été soulevées. D'abord celle de l'intention du thérapeute. L'intention auto-dirigée du client est comparée à l'intention dirigée du thérapeute. Celle-ci, dirigée vers le "comment" de l'experiencing, est décrite comme une intention technique qui ne correspond pas à la pleine présence du thérapeute. Ecouter avec une empathie accordée au "comment de l'experiencing" dépeint une intention sélective qui peut facilement faire l'impasse sur le self du client, ce qui constitue un problème fondamental.

Finalement j'ai exploré la problématique de la "réduction phénoménologique". La réduction phénoménologique est définie comme étant l'empathie vers le processus expérientiel par opposition à l'empathie pour l'être tout entier. Nous pouvons la décrire en termes de relation "Je-cela" par opposition à une relation "Je-tu". En 1989 le philosophe Levinas avançait l'idée que lorsqu'on parle *d'états psychologies* (processing expérientiel) des êtres humains on parle sur le mode d'objectivation "Je-cela" et non sur le mode existentiel "Je-tu" - *personne à personne*.

Il est évident qu'il appartient à chaque praticien de trouver sa propre solution à ces problèmes fondamentaux. En définitive, la question est de savoir si nous nous rallions à l'intention auto-actualisante et non-directive de Rogers ou si nous adoptons le point de vue d'une thérapie réduite au niveau empathique.