

Que reste-t-il des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique ?

Une synthèse des évaluations critiques réalisées 50 ans après l'article de Carl Rogers publié en 1957

Emmanuelle Zech

Université catholique de Louvain, Belgique

Emmanuelle Zech est professeur de psychologie clinique et de la santé à l'Université catholique de Louvain, Belgique. Elle réalise ses recherches sur les processus naturels d'adaptation au deuil et aux événements traumatiques ainsi que sur les processus thérapeutiques. Elle a notamment publié un livre en français intitulé *Psychologie du deuil* et des articles essentiellement en anglais dans les revues internationales. Elle a une pratique clinique de consultations au Centre de Santé Mentale de Louvain-la-Neuve.

Résumé

Dans cet article, l'auteure¹ réalise une synthèse d'un numéro spécial de la revue *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* qui était consacré à l'évaluation critique des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique 50 ans après leur formulation par Carl Rogers (1957). D'abord, elle résume les idées principales développées par Carl Rogers dans son article de 1957. Ensuite, elle procède à une synthèse des points de vue convergents et divergents aux postulats relevés dans les onze articles, en incluant les données empiriques ayant testé les postulats rogoriens. Enfin, elle conclut par une évaluation critique personnelle et des propositions de recherches futures.

Mots-clés: relation thérapeutique, conditions nécessaires et suffisantes, efficacité, Rogers.

En septembre 2007, un numéro spécial de la revue «*Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*» était consacré aux conditions nécessaires et suffisantes du changement thérapeutique (Volume 44, N° 3, *The Necessary and Sufficient Conditions at the Half Century Mark*). Après une introduction par l'éditeur Charles J. Gelso, le numéro commençait par la reproduction du texte original de Carl Rogers publié 50 ans plus tôt: *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change* (1957)². S'en suivaient 11 commentaires critiques rédigés par d'éminents psychothérapeutes praticiens et/ou chercheurs d'orientations psychothérapeutiques diverses: Marvin Goldfried (Psychothérapie intégrative), Arnold Lazarus (Thérapie comportementale et cognitive), Laura Brown (Psychothérapie féministe), Clara Hill (spécialiste du processus thérapeutique), George Silberschatz (Control-Mastery Theory), Jeanne C. Watson (Thérapie centrée sur l'émotion), Alvin Mahrer (praticien expérientiel), Paul Wachtel (Psychanalyse), Robert Elliott et Elizabeth Freire (Thérapie centrée sur la personne), Barry Farber (Psychodynamique) et Lisa Wallner Samstag (Psychanalyse, spécialiste de la relation thérapeutique).

¹ N.d.e.: orthographe adoptée par Emmanuelle Zech.

² N.d.e.: paru en français in Rogers, C.R., *L'approche centrée sur la personne*, Lausanne, Randin, 2001, pp. 253-269.

Ces commentaires représentent une évaluation des idées et du modèle publiés en 1957 en fonction de la littérature qui s'est développée et des études qui ont été publiées depuis un demi-siècle. Ces études furent essentiellement publiées en anglais et restent donc souvent largement méconnues des professionnels d'expression française. Le présent article propose une synthèse des idées énoncées dans ce numéro spécial. Dans un premier temps, il semble utile de résumer les idées principales développées par Carl Rogers dans son article de 1957, même si une traduction est par ailleurs disponible en français (Rogers, 2001). Dans un deuxième temps, on procédera à une synthèse des apports et contributions relevés dans les onze articles. Ensuite, on exposera les points de vue et données qui divergent par rapport aux postulats de Rogers. Enfin, on conclura par des perspectives permettant d'intégrer ces points de vue contradictoires.

Présentation de l'article de Carl Rogers publié en 1957

En 1957, Rogers énonçait les six conditions nécessaires et suffisantes (CNS) qui déterminent tout changement thérapeutique. Bien que formulées simplement et de manière concise, chacune de ces conditions, présentées sous forme de postulats, a des implications et significations particulières. Si la plupart des praticiens, toute orientation confondue, utilisent et connaissent certaines de ces hypothèses (par exemple, les définitions d'empathie et de considération positive inconditionnelle), d'autres sont moins connues ou mal comprises. Dans un but de clarté, les définitions sont brièvement reprises et explicitées. Les six conditions nécessaires et suffisantes sont les suivantes. Premièrement, il faut une relation entre deux personnes. Ceci signifie pour Rogers qu'aucune modification thérapeutique importante ne peut survenir sans l'aide d'une relation. Concrètement, cela veut dire que chacune des deux personnes devrait sentir qu'un contact personnel ou psychologique a été établi avec l'autre personne.

La deuxième condition postule que le client n'est pas en état de congruence. À l'inverse, la troisième condition énonce que le thérapeute, lui, est en état de congruence. La congruence équivaut selon Rogers à l'authenticité, à une cohérence interne. C'est-à-dire qu'il s'agit de pouvoir être tout proche de ce qui se passe en soi, de pouvoir s'écouter, pouvoir être soi-même. Cela consiste à savoir identifier exactement ce que l'on ressent au moment présent, moment après moment. Il s'agit donc par exemple d'être conscient et de pouvoir accepter ses défauts, ses qualités, ses carences, pouvoir reconnaître ses préjugés, ses sentiments éprouvés

injustifiés par les circonstances. On peut aussi la définir comme un processus de conscientisation de l'expérience vécue. Il s'agit éventuellement également de pouvoir communiquer à autrui ce qu'on ressent au moment présent. Cette autre dimension de la congruence réfère à une attitude de transparence de son propre vécu (Lietaer, 1993).

Quatrièmement, le thérapeute maintient une considération positive inconditionnelle (CPI) du client. La CPI signifie que l'on s'ouvre avec chaleur et bienveillance à l'autre, on le prend comme il est, avec son cadre de référence. Cela implique de pouvoir l'accepter en tant que personne, de ne pas avoir de jugement de valeur et d'accepter chaque aspect du client, que ce soient les aspects positifs ou négatifs. Elle implique aussi de respecter le rythme de la personne. La CPI génère chez le client un sentiment de sécurité et de liberté d'expression, de pouvoir être ce qu'il est avec toutes ses facettes. Ceci implique que le thérapeute reflète de la même façon et avec le même poids les sentiments du client. Le thérapeute ne minimise pas et n'exagère pas les sentiments. Par exemple, il fait clairement la différence entre les sentiments d'irritation, de colère ou de rage chez un client. Par ailleurs, le thérapeute distingue également les diverses tonalités et ne les confond pas (ex. se sentir honteux est différent de se sentir coupable). La CPI répond au besoin universel de considération positive (chaleur, accueil, sympathie, amour) venant des autres et elle permet le développement de la considération positive de soi. En effet, lorsque la considération de l'autre est conditionnelle, on aime l'autre mais avec des conditions : un jugement est donné par des personnes-critères, ce qui implique que celles-ci apprécient certains aspects et pas d'autres chez l'autre ; l'amour et l'attention donnés procèdent donc à une sélectivité. C'est ainsi qu'une personne développera également une considération sélective d'elle-même et sur la base de critères extérieurs à elle-même et à son propre ressenti.

Cinquièmement, le thérapeute ressent de l'empathie envers le client. L'empathie, c'est percevoir *comme si* j'étais à sa place. Bien qu'on ne soit jamais à la place de l'autre puisqu'on n'est jamais l'autre, il s'agit d'entrer dans et de comprendre le cadre de référence de l'autre avec ses composantes émotionnelles et ses significations. Il s'agit d'écouter et d'entendre les sentiments, l'expérience, les émotions (moins les faits, les lieux, les personnes) vécus ici et maintenant *et le faire savoir au client*. La technique principale utilisée pour être empathique comprend les divers types de reformulation et les reflets de «sentiments», ce qui inclut le reflet de cognitions, comportements, sensations physiques, émotions, donc le vécu expérientiel de la personne, ce qu'elle expérimente. L'empathie du thérapeute se

témoigne non seulement par les remarques du thérapeute mais également par le ton utilisé.

Enfin, la dernière condition postule que le client perçoit ces deux dernières attitudes du thérapeute. En effet, si le client ne perçoit pas l'empathie et la considération du thérapeute, c'est comme si elles n'existaient pas. Par exemple, les thérapeutes peuvent croire être très empathiques avec leurs clients et fort bien les comprendre. Cependant, si leurs clients ne le perçoivent pas – si le thérapeute n'est pas explicite dans cette compréhension – il n'y a en fait aucune réelle empathie.

Rogers avance également qu'aucune autre condition n'est nécessaire. Si ces six conditions perdurent, elles suffiront et le processus de changement de personnalité, c'est-à-dire le changement thérapeutique, apparaîtra. Rogers explicite donc une série d'omissions volontaires et de conditions *non* prescrites pour que le changement thérapeutique s'opère. Premièrement, il ne dit pas que ces conditions s'appliquent à un type particulier de clients et pas à d'autres. Ceci signifie par exemple qu'on ne doit pas travailler différemment avec des personnes souffrant de névrose ou de psychose. Deuxièmement, il ne propose pas que ces conditions soient spécifiques à la thérapie centrée sur la personne et pas aux autres types de psychothérapies. Ces conditions seraient donc valables quelle que soit l'approche thérapeutique utilisée. Il rejette également l'idée que la psychothérapie soit une sorte de relation particulière, différente de celles de la vie de tous les jours. Ainsi, il propose que les amitiés puissent remplir ces six conditions mais à l'inverse des relations d'aide ou de psychothérapie professionnelle, il pense que les relations d'amitié ne présenteront les conditions nécessaires et suffisantes que momentanément. Quatrièmement, Rogers ne propose pas que certains savoirs intellectuels soient nécessaires au thérapeute (savoirs psychologiques, psychiatriques, médicaux, religieux). Il postule que devenir thérapeute s'acquiert par l'expérience, et non par l'information intellectuelle. Cinquièmement, il réfute que le thérapeute doive avoir un diagnostic psychologique correct du client comme prérequis d'une psychothérapie. Ce postulat est contraire à la pratique habituelle d'évaluation psychologique exhaustive des clients, mais il propose que le diagnostic aide surtout les thérapeutes qui ne se sentent pas en sécurité dans la relation avec leur client (par exemple, ils ne peuvent accepter le client tel qu'il est ou être empathique sans s'attendre à certaines caractéristiques du client). Il propose donc que le diagnostic (correct) puisse être utile mais qu'il n'est pas une condition *nécessaire* à la thérapie. De même, selon lui, les techniques ne sont pas des conditions nécessaires à la thérapie, sauf si elles permettent

d'atteindre une des conditions nécessaires et suffisantes. Il propose qu'elles peuvent et même devraient être un chemin pour atteindre les conditions essentielles de la thérapie. C'est *la manière* avec laquelle les techniques sont utilisées qui compte, pas le type de technique qui est utilisé. Ainsi, aucune technique ne serait nécessaire, que ce soient les associations libres, l'interprétation des dynamiques de personnalité, des rêves, l'analyse du transfert, l'hypnose, la suggestion ou toute autre technique, y compris le reflet des sentiments si son application démontre un manque d'empathie. Enfin, il propose qu'il faut tester des hypothèses falsifiables et opérationnalisables pour déterminer quelles sont réellement les conditions nécessaires et suffisantes. Suivant une logique scientifique, il propose que l'infirmité comme la confirmation des hypothèses sont aussi informatives l'une que l'autre.

Apports et contributions de l'article 50 ans après

On peut résumer les contributions de cet article selon plusieurs axes. Le premier est relatif à l'importance quantitative de ce texte dans le monde psychothérapeutique. Ainsi, le texte de Rogers, bien que généralement peu connu des jeunes générations francophones, est un des articles les plus connus et ayant été le plus influent dans le monde de la psychothérapie. À titre d'exemple, cet article a été cité plus de mille fois depuis 1980 par des auteurs provenant de 36 pays différents (Elliott & Freire, Goldfried). De même, une étude réalisée en 1982 et une réplique de 2007 dans le magazine *Psychotherapy Networker* ont montré que les professionnels de la santé mentale essentiellement non rogériens (en 2007, N = 2,589; 69 % se considérant comme des thérapeutes cognitivo-comportementalistes et 31 % comme ayant une approche partiellement rogérienne) considéraient unanimement Carl Rogers comme ayant été le psychothérapeute le plus influent aux États-Unis (Hill).

Le deuxième axe de contribution majeure de cet article concerne les ruptures qu'il a induites dans le fonctionnement et dans la compréhension des processus psychothérapeutiques depuis 1957. Au fil des commentaires, trois ruptures ont été identifiées. La première concerne le principe du test empirique, la deuxième l'importance du rôle du thérapeute dans les interactions thérapeutiques et la troisième est relative à la conceptualisation du patient-client. Ainsi, concernant la première rupture, Rogers a proposé que les conceptions théoriques devaient être traduites en hypothèses et être investiguées empiriquement (Brown, Farber, Goldfried). Il s'avère que le test empirique d'hypothèses valides était très rare il y a cinquante ans dans

le domaine de la psychothérapie (Silberschatz). Rogers est donc à l'origine des traitements supportés et validés empiriquement, ainsi que des études sur l'alliance thérapeutique et sur les ingrédients du changement thérapeutique (Silberschatz, Watson). Il est aussi à l'origine de méthodes de recherche et d'apprentissage de la psychothérapie, avec l'utilisation des enregistrements de séances thérapeutiques (Goldfried) et des jeux de rôle en triade (Brown).

Deuxièmement, il est à l'origine d'une remise en cause du rôle du thérapeute. L'article a en effet eu un impact majeur en mettant l'accent sur l'importance de la relation entre deux (ou plus) personnes pour obtenir une efficacité thérapeutique plutôt que sur des techniques (Elliott & Freire, Farber, Goldfried, Wachtel). Rogers constate en effet en 1957 que beaucoup de thérapeutes préfèrent *faire* quelque chose plutôt que d'*être* avec quelqu'un (Brown). A contrario, il propose que le thérapeute devrait s'efforcer d'être (en relation) plutôt que de faire. Ceci a pour conséquence la mise en cause qu'il y ait des techniques spécifiques pour des problèmes spécifiques. Il était admis en psychiatrie ou en psychanalyse que le thérapeute devait rester dans une attitude calme et imperturbable face au patient. En référence au modèle freudien prévalent à l'époque (Wachtel), Rogers a proposé que le thérapeute devait sortir d'une fausse neutralité, parfois assimilée à de la froideur ou un manque de soins, et être véritablement présent dans la relation (Brown). Cette critique, Hoffman, dans une allocution en 2007 à la division de psychanalyse de l'American Psychological Association la réitérait en mettant en garde les thérapeutes analystes de «ne pas rester en arrière dans une attitude stéréotypée, et posture stylisée de calme imperturbable», suggérant par là que cette attitude est loin d'avoir disparu aujourd'hui dans la pratique analytique (Wachtel). Ce qui est proposé est une perspective prônant des attitudes thérapeutiques aidant à renforcer l'humanité du processus thérapeutique en permettant aux thérapeutes de devenir plus eux-mêmes dans les interactions thérapeutiques plutôt que de tenir un rôle spécifique et contraint (Brown, Goldfried).

Enfin, cet article a fait rupture quant à la conception du patient-client prévalente jusqu'alors (Brown). En effet, la condition d'empathie a mis en cause la nécessité de devoir poser un diagnostic pour être efficace thérapeutiquement (Farber). Elle défie donc la démarche du modèle médical «diagnostic, planning d'intervention, contrôle du processus» (Elliott & Freire). En effet, la notion de diagnostic implique une illusion de savoir qui est le client et ce que l'on peut attendre au cours de la thérapie (Brown). La démarche proposée place donc le client dans un rôle actif et responsable, dans une relation différemment égalitaire, permettant au client d'être libre,

et donnant au thérapeute un rôle de témoin de la souffrance d'autrui et de personne rendant son pouvoir au client (Brown). Rogers a fait bouger le modèle médical de la psychothérapie dans lequel le client est considéré comme un patient malade qui a besoin de services experts plutôt que comme une personne complète en état d'incongruence, qui a des capacités innées de croissance et de changement (Brown).

Force est de constater également aujourd'hui que cet article a eu un impact révolutionnaire dans toutes les écoles de psychothérapie, parfois sans reconnaissance explicite de l'apport rogorien (Elliott & Freire, Goldfried, Silberschatz). Goldfried avance même que cet article contenait les fondements de ce qui existe en psychothérapie contemporaine. En effet, les conditions proposées d'empathie, de CPI et de congruence du thérapeute ont été intégrées en psychothérapie contemporaine très largement, tant en ce qui concerne les développements récents des thérapies expérientielles et centrées sur la personne (TCP, Elliott & Freire) que dans les nouvelles formes de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) que l'on désigne aujourd'hui sous les termes de «troisième vague», et qui se basent notamment sur l'acceptation (Hayes et al., 1999, cités dans Elliott & Freire). Ainsi, ont été cités en rapport avec les TCP (1) l'Emotion-focused therapy (de Leslie Greenberg et collègues, 2002) qui est une approche humaniste plus structurée et qui intègre des interventions gestaltistes (ex. technique de la chaise vide) et les conditions facilitatrices (Watson); (2) le Focusing (d'Eugène Gendlin, 1982, 1996) qui permet d'aider la personne à devenir plus consciente de ses expériences intérieures et donc devenir plus congruente (Watson). On peut encore citer (3) la pré-thérapie (de Garry Prouty, 1976, 1994, 2003), une démarche thérapeutique mise en place pour des personnes ne remplissant pas la première condition de contact psychologique, comme par exemple les personnes souffrant de schizophrénie ou les personnes gravement handicapées mentales. L'évolution des TCC également montre une intégration de certains aspects relatifs à l'article de 1957. Ainsi, par exemple, la Dialectical Behavior Therapy développée par Marsha Linehan (1993) pour patients souffrant de trouble de la personnalité borderline propose une thérapie équilibrant d'une part l'acceptation du client tel qu'il est et dans ce qu'il vit et d'autre part une disponibilité à les aider à apprendre comment changer quand ils le désirent (Goldfried). L'entretien motivationnel développé par Miller et Rollnick (2002, 2006) est un autre exemple initialement appliqué aux patients dépendants aux substances et qui propose qu'en étant empathique, en acceptant et en validant les expériences et comportements des clients résistants/ambivalents, on les

amène graduellement à prendre conscience des conséquences négatives de leur comportement et donc à s'engager dans le changement de comportement (Goldfried). Enfin, on peut encore citer la Mindfulness Cognitive-Behavioral Therapy for Depression (M-integrated CBT, Segal et al., 2002) ou thérapie « pleine conscience » développée pour le traitement des troubles dépressifs et en particulier des ruminations mentales émotionnelles négatives par l'identification et l'acceptation de celles-ci pour ce qu'elles sont – uniquement des pensées. En fait, certains proposent aujourd'hui une vision plus intégrée des thérapies, qui s'éloigne des conflits de chapelle théorique ou du rejet et mépris d'une orientation par rapport à d'autres et proposent une perspective de thérapies empiriquement validées hors école (Norcross & Goldfried, 2005, cités par Goldfried).

Validation empirique : quelles sont les conditions validées ?

Aujourd'hui, cinquante ans après les hypothèses émises sur les six conditions proposées, on peut faire un bilan des données empiriques qui les soutiennent ou infirment. En ce qui concerne la première condition, il est maintenant clairement établi que la base d'une thérapie efficace est une relation et qu'un principe de changement est relatif à l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire à l'accord entre client-thérapeute au sujet des buts et méthodes de changement et de la présence d'un « bon » lien entre client et thérapeute. Même si le résultat le plus robuste trouvé dans la littérature concerne la corrélation positive entre une relation thérapeutique positive et le changement thérapeutique, un argument relatif à la non nécessité de la relation et de la première condition provient des études sur le « *self-help* » et le fait que la plupart des changements peuvent être opérés par le client seul (Hill). De même, certains récents développements de protocoles thérapeutiques presque impersonnels et qui n'impliquent qu'un minimum de relation entre personnes s'avèrent pourtant efficaces (par exemple, les programmes de traitement par Internet). D'après Hill (2007), ceci nie donc l'idée qu'il faut une relation pour que le changement s'opère. Elle ne serait donc ni nécessaire, ni suffisante. La question se pose cependant de savoir si ces interventions par Internet représentent effectivement une absence de relation ou de contact psychologique entre deux personnes. En effet, même s'il y a une absence de présence physique dans ce type de protocole, les personnes interagissent de part et d'autre de leur ordinateur et il existe donc un contact psychologique et interpersonnel.

En ce qui concerne les autres conditions, elles sont censées définir *ce qui* constitue une relation thérapeutique utile et efficace. Les recherches ont aujourd'hui clairement établi que l'empathie et la chaleur du thérapeute, c'est-à-dire un aspect de la CPI, sont substantiellement et de manière consistante associées aux effets positifs sur le résultat thérapeutique (Norcross, 2002, cité par Elliott & Freire). Ainsi la Task Force sur les relations validées empiriquement³ de la Division 29 en Psychothérapie de l'Association de Psychologie Américaine (APA) recommande l'empathie et la chaleur comme *essentielles* et la congruence et l'acceptation comme étant *probablement efficaces* (Watson). Il a été montré que la réponse empathique acceptante et congruente facilite la régulation des affects de plusieurs manières : elle (1) stimule la conscience des réactions émotionnelles, (2) aide les clients à mettre des mots et symboliser leurs expériences intérieures, (3) permet de moduler les réactions émotionnelles du client par la représentation en mots, et (4) cultive la capacité réflexive des clients et implique que les perspectives des clients sont subjectives et qu'il y a d'autres manières d'envisager le monde (Watson). La réponse empathique pourrait mener à des résultats positifs aussi parce qu'elle (1) augmente la satisfaction thérapeutique et donc l'adhésion aux interventions, (2) procure une expérience correctrice au niveau émotionnel et permet aux clients de se sentir valable, respecté et compris, (3) produit l'exploration des sentiments et peut faciliter le traitement émotionnel et (4) peut mobiliser les efforts des clients au changement (Norcross, 2002, cité par Farber).

En ce qui concerne la CPI, les recherches ont démontré qu'il est essentiel que le thérapeute soit patient et qu'il respecte le rythme du client. En effet, dans les cas contraires, la thérapie est contre-productive et on observe même une détérioration de la santé mentale du client (Goldfried). De même, chez les thérapeutes, les comportements critiques, contrôlants ou négligents sont significativement associés à de mauvais résultats thérapeutiques (Watson). Cette attitude implique aussi que le thérapeute puisse comprendre le client dans ses propres termes et qu'il ne pose pas de jugement de valeur sur le vécu du client. De plus, du point de vue du client, avoir la croyance que le thérapeute s'intéresse à lui pourrait aider dans les situations de stress (Norcross, 2002, cité par Farber).

³ L'*American Psychological Association* regroupe ses membres en plusieurs divisions, dont l'une s'occupe de psychothérapie (par exemple, la Division 29 concerne la *Psychotherapy*, ou la Division 17 concerne la *Counseling Psychology*). Chaque division peut demander à des commissions, appelées «Task Force», de travailler sur un dossier ou une question particulière. Dans ce cas, il s'agissait d'identifier, opérationnaliser et disséminer des informations sur les relations thérapeutiques empiriquement validées.

Enfin, une revue de littérature de Klein et al. (2002, cité par Hill) a indiqué que les variables relatives à l'authenticité du thérapeute étaient dans 34 % des cas liés à des résultats positifs et dans 66 % liés à des résultats nuls ou non significatifs. Hill propose donc que l'authenticité du thérapeute pourrait être « non néfaste » mais qu'elle n'est donc ni nécessaire ni suffisante au changement thérapeutique. Elle propose qu'elle pourrait en fait – dans la mesure où il s'agit d'être « conscient de soi » – être importante pour éviter les pièges du contre-transfert. A contrario, la congruence est considérée par certains commentateurs comme l'attitude thérapeutique la plus importante parce que les deux autres ne peuvent avoir de sens si le thérapeute n'est pas intégré et vrai dans la rencontre (Norcross, 2002, cité par Farber). Elle est cependant une attitude difficile à comprendre, à tester empiriquement et à pratiquer. Ceci pourrait expliquer les résultats empiriques modérés relatifs à l'efficacité de la congruence. Elle répond par exemple aux questions relatives à la gestion des émotions fortes ou de l'ennui du thérapeute en proposant qu'elles sont normales, habituelles, inévitables et même *une source d'information fondamentale sur le processus thérapeutique* (Wachtel). Les émotions du thérapeute sont loin d'indiquer qu'il « a un problème » (Wachtel). En fait, on a principalement appris depuis Rogers que les ratés dans le fait d'atteindre les standards décrits n'étaient pas seulement inévitables mais étaient probablement un des meilleurs moteurs du changement thérapeutique : ce sont les *réparations des ruptures relationnelles* qui semblent être les facteurs cruciaux du processus thérapeutique (Safran & Muran, 2000, cités in Wachtel). Être un thérapeute efficace implique d'être bon aux réparations des ruptures relationnelles et veiller à ce qu'elles ne soient pas trop fréquentes ou trop sévères (Wachtel). Ceci nécessite d'atteindre un minimum les trois attitudes thérapeutiques : l'empathie pour comprendre ce qui suscite chez le client la rupture, la congruence pour sentir et conscientiser chez le thérapeute si ses comportements, attitudes, valeurs ont généré une friction relationnelle chez lui ou chez le client et la CPI afin que le thérapeute puisse accepter les changements, ambivalences et résistances du client.

Mises en cause de l'article après 50 ans

Les critiques principales s'attardent essentiellement sur la question de savoir si les conditions sont nécessaires et suffisantes, nécessaires mais insuffisantes (Elliott & Freire, Lazarus, Silberschatz, Watson) ou encore ni nécessaires, ni suffisantes (Hill). La plupart des commentaires critiques – et cette

critique est également source de controverse au sein même des tenants des TCP – proposent que les conditions sont nécessaires mais qu’elles pourraient ne pas être suffisantes *dans tous les cas* (Silberschatz, Watson). Bien qu’il soit indéniable que de hauts niveaux relationnels peuvent faciliter des changements constructifs et peuvent en soi être à l’origine du changement, dans beaucoup de cas, cela s’avérerait nécessaire mais pas suffisant (Lazarus). L’argument le plus fréquent à l’appui de cette position est que certains *problèmes ou troubles* nécessitent clairement des techniques ou des interventions thérapeutiques spécifiques. Cinq types de problèmes ou troubles sont cités au travers des divers commentaires. D’abord, Rogers a négligé les problèmes ayant une origine ou des causes biologiques et pour lesquels un diagnostic correct et des traitements médicaux sont essentiels (Hill, Lazarus). On peut par exemple citer les dépressions endogènes à origine hormonale. Ensuite, il y a des problèmes relatifs à un manque d’informations ou de compétences chez le client et pour lesquels le thérapeute peut assumer un rôle pédagogique – comme par exemple lorsqu’il s’agit d’acquérir des compétences parentales, contrer l’ignorance sexuelle ou les inaptitudes sociales (Lazarus). Un troisième cas est relatif au traitement des troubles anxieux et à l’efficacité démontrée de l’exposition à l’objet phobique afin de permettre la désensibilisation de la réaction anxieuse (Goldfried). Ensuite, les personnes présentant des croyances dysfonctionnelles pourraient bénéficier voire clairement nécessiter des « techniques » telles que donner de l’information corrective et des recommandations comportementales. Selon cette position, les trois attitudes du thérapeute ne seraient pas suffisantes pour altérer les croyances (Lazarus). Enfin, il existe également des personnes qui, de par l’intensité ou le type de symptômes qu’elles présentent, n’entrent pas en contact personnel ou psychologique (condition 1), comme par exemple les personnes en crise hallucinatoire ou les personnes souffrant justement de trouble du contact ou d’autisme.

Un autre argument à l’appui de l’idée que les conditions sont nécessaires mais insuffisantes est que les données empiriques montrent que les meilleurs prédicteurs des résultats thérapeutiques, au-delà d’une alliance thérapeutique positive (ce qui confirme les hypothèses rogréennes) sont composés des « *facteurs clients* » (Elliott & Freire, Hill, Lazarus, Silberschatz, Watson). Des exemples de « facteurs clients » sont la capacité de se soigner, la préparation au changement ou encore l’engagement dans la thérapie. Les aspects relatifs aux clients sont peu ou pas développés dans l’article de 1957, ce qui implique que l’on comprend que l’efficacité thérapeutique

est essentiellement de la responsabilité du thérapeute et de ses propres attitudes. Dans le même ordre d'idées, des estimations ont proposé que 40 % des améliorations des clients étaient dues aux variables liées au client et aux facteurs extra-thérapeutiques (Asay & Lambert, 1999, cités par Hill). Il est donc fondamental de considérer les variables liées aux clients (Lazarus), à leur environnement, aux contextes sociaux extra-thérapeutiques et également aux exigences des phases différentes de la thérapie (Hill; Norcross, 2002). Dès lors, la proposition alternative est que les thérapeutes devraient être flexibles et varier dans leur degré de soutien et de directivité en fonction des besoins idiosyncrasiques des clients (Lazarus). Ainsi, le principe de non-directivité est-il controversé, également au sein des TCP (Elliott & Freire). Selon Lazarus, il n'est en fait pas possible de trouver des conditions nécessaires et suffisantes pour tous les problèmes et tous les patients : ce qui est bon pour l'un peut être mauvais pour un autre. Par exemple, le thérapeute pourrait être trop « laissez-faire » et ne pas assez soutenir, guider ou structurer le processus des clients (Watson). Dans ces cas, le client n'est pas suffisamment protégé ou sécurisé et cela lui permet ou même l'incite à éviter ses problèmes et donc à les entretenir (Lazarus).

On peut enfin regretter que Rogers ait accédé à un « objectivisme naïf » en formulant ses hypothèses de manière simpliste et peu explicite sur le test empirique à effectuer (Elliott & Freire). Bien que l'on puisse reconnaître et apprécier la tentative d'opérationnalisation de ses hypothèses, la forme « si-alors » utilisée dans le texte est considérée comme trop déterministe et réductionniste de la complexité et de la richesse des processus thérapeutiques (Elliott & Freire). De plus, le manque d'explications et de contexte théorique dans cet article a mené à des interprétations des conditions comme étant une liste de règles, de principes vagues, à suivre de manière mécanique (Elliott & Freire). Cela a pu également générer des définitions restreintes de la pratique empiriquement fondée qui sont elles-mêmes à la source vraisemblable de la résurgence, depuis 5 ans, du combat entre les académiques prônant la TCC vs. les praticiens centrés sur la personne notamment en Allemagne, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne (Elliott & Freire). Par exemple, la définition donnée dans l'article au changement de « personnalité » ou à l'efficacité thérapeutique va bien plus loin qu'une définition concernant les changements de symptômes – classiquement utilisée dans les classifications diagnostiques – et implique une plus grande intégration de l'individu, moins de conflits internes, plus d'énergie pour vivre et des comportements plus matures. Elle néglige par contre les changements relatifs au fonctionnement interpersonnel (Hill).

Évaluation finale et perspectives

Sur les six conditions présentées comme étant nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique, une concernait la relation, trois conditions étaient relatives au thérapeute et deux au client. À l'examen des points de vue convergents et divergents, ceci révèle plusieurs éléments de conclusion. D'abord, seule la première condition, relative à la présence d'une relation entre deux personnes, était considérée et présentée comme une alternative par Rogers : elle peut être présente ou non. Il s'avère cependant qu'on peut considérer que, dans les relations, il y a des degrés de contact psychologique différents, voire minimes comme avec les personnes souffrant de trouble psychotique, et que ce degré de contact peut varier d'un moment à l'autre, d'une séance à l'autre. Rogers proposait que toutes les autres pouvaient être présentes à des degrés divers. Ainsi, on peut considérer que toutes les conditions peuvent être présentes à des degrés divers. Il est clair que les attitudes du thérapeute et les CNS en général *ne peuvent en fait être atteintes que dans une certaine mesure* dans les relations thérapeutiques réelles (Wachtel). Des études réfutent par exemple l'idée que les interventions puissent être totalement non-directives. En effet, même les interventions de Rogers étaient orientées vers ses objectifs (Wachtel). Par contre, on peut concevoir que les interventions du thérapeute soient réellement centrées sur le client et ses besoins lorsqu'il répond aux demandes d'aide et de guidance (Wachtel). Ainsi, les conditions représentent des objectifs que l'on n'atteint jamais complètement ou totalement. Dans ce sens, il devient nécessaire d'établir à quel niveau ou degré chacune d'elles devient suffisante pour induire un changement thérapeutique. Donc, bien que la littérature remette en cause leur caractère suffisant, les recherches ont établi que ces conditions s'avèrent utiles et efficaces pour produire un changement thérapeutique significatif chez le client. Il semble que la relation attitude-efficacité soit linéaire : plus elles sont présentes, plus le changement thérapeutique peut s'opérer.

Deuxièmement, nombre de critiques concernaient le manque de considération des facteurs liés aux clients, parmi lesquels les facteurs préexistants à la relation comme le type de problème ou de trouble qu'ils peuvent présenter, mais également les facteurs liés à leur motivation et à leurs réponses au thérapeute. Ce n'est pas que Rogers ne considérait pas les facteurs liés au client puisqu'il a postulé deux conditions relatives au client : (1) l'incongruence du client, c'est-à-dire son état de discordance, de vulnérabilité ou d'anxiété – de manière moins diagnostique donc aux troubles des clients –

et (2) la perception par le client des attitudes thérapeutiques (condition 6). Il semble que ces conditions ont été relativement peu explorées ou commentées. Cependant, la littérature a en fait montré que les patients diffèrent dans leurs capacités d'utiliser les traitements – et donc de répondre aux interventions ou attitudes du thérapeute – et que cela influence également les changements thérapeutiques. Plus précisément, les études ont montré que les changements thérapeutiques dépendent des facteurs personnels du client tels que son niveau de résistance ou de motivation au changement, son perfectionnisme, son style de coping⁴, la chronicité et le type de problème, la qualité et la quantité de soutien social, son style d'attachement, ses capacités de régulation émotionnelle (Silberschatz, Watson). Ainsi, une critique principale est que les conditions d'efficacité ne sont pas mises en place uniquement par le thérapeute (Silberschatz). Des études ont par exemple montré que l'empathie doit être comprise comme relationnelle et bidirectionnelle et non une variable appartenant spécifiquement au «thérapeute» parce que la capacité du patient d'avoir lui-même de l'empathie influence en retour celle du thérapeute (Meissner, 1996, cité par Silberschatz). Ceci suggère donc que les attitudes du thérapeute entrent en interaction avec celles du client, et inversement. En plus de ces relations d'interaction, je pense que les recherches ultérieures devraient examiner si et dans quelle mesure les attitudes du thérapeute *se transmettent* au client. En effet, un des postulats de base est que le client est incongruent et que la thérapie lui permettra de mieux conscientiser ses expériences, devenir plus authentique et donc également réduire ses troubles. De même, la CPI du thérapeute est censée générer chez le client une CPI pour ses propres expériences. Enfin, il a été montré que l'empathie du thérapeute induit chez le client une meilleure capacité à s'écouter. Je pense que cela devrait également induire chez le client une meilleure capacité à communiquer et donc à écouter, comprendre et respecter les personnes de son entourage. En effet, le processus thérapeutique est censé se généraliser en dehors de la relation thérapeute-client.

Dans le même ordre d'idées, le débat entre ce qui induit le changement (la relation ou la technique) néglige le fait que les deux peuvent s'alimenter réciproquement, que les deux peuvent contribuer au changement (Goldfried). Les techniques et la relation sont intimement liées et peuvent s'influencer mutuellement (Hill, Silberschatz). L'utilisation d'une technique est inséparable de la manière de la communiquer et du contexte dans lequel

⁴ N.d.e. : manière de faire face et de s'adapter aux situations difficiles rencontrées dans sa vie.

elle est utilisée: toute technique peut être délivrée d'une manière empathique, congruente et acceptante (Watson). Ceci était déjà postulé dans l'article de 1957. Il s'avère que les techniques aident à construire la relation, qui permet d'autres techniques et facilitent à leur tour une relation plus profonde. Ainsi, alors que ce débat propose une vision dichotomique (c'est l'un ou l'autre), l'intégration des deux est non seulement possible mais surtout souhaitable. Ainsi, à l'instar de Watson (2007), je suggère que les recherches futures devraient mieux identifier les variables médiatrices et modératrices de la relation thérapeutique. Ceci permettra de mieux reconnaître quand, où et avec qui les conditions peuvent être plus ou moins bénéfiques (voire néfastes) (Watson). Dans cette lignée de recherches, on trouve par exemple celles ayant montré que les clients plus «résistants» répondent mieux aux approches non-directives (Watson; voir aussi les recherches sur l'entretien motivationnel). Dans cette optique, chaque personne nécessiterait donc un ratio optimal entre empathie, congruence, acceptation et guidance, stimulation, structuration (Watson) et ce, moment après moment. Ce débat sur le degré de directivité ou de non-directivité nécessaire ou utile aux clients provient en fait surtout de la condition CPI qui implique de tendre vers un non jugement de valeur des expériences du client. Cette CPI n'est possible qu'en se centrant sur la personne, ses demandes, ses désirs, et donc aussi ses ambivalences dans ses demandes contradictoires de changement et de non changement. L'objectif d'une relation thérapeutique n'est pas en soi d'être non-directif. L'objectif est de permettre à l'autre d'être plus libre, responsable et congruent.

Enfin, par le passé, les recherches ont essentiellement examiné les attitudes thérapeutiques séparément l'une ou l'autre et on a donc essayé d'isoler leur caractère nécessaire et suffisant de chacune d'elles. Je pense par contre que les recherches devraient également et peut-être surtout examiner leurs influences mutuelles. Cette interdépendance existe à deux niveaux: d'une part entre les trois attitudes du thérapeute et d'autre part entre celles du thérapeute et du client – hypothèse qui a été décrite ci-dessus. En ce qui concerne les attitudes du thérapeute, on devrait examiner si elles existent en interdépendance. En effet, un thérapeute ne peut adopter une CPI que s'il est conscient de ses préjugés, attitudes, croyances, sentiments et ressentis dans la relation. Un thérapeute présentera également d'autant plus de CPI s'il parvient à entrer et comprendre le cadre de référence de son client: en se centrant sur lui, en étant empathique, il pourra conscientiser les expériences de l'autre et, en maintenant une conscience de soi, une congruence, il pourra d'autant mieux choisir d'adopter une CPI.

Les jugements de valeur posés sur les actes ou les expériences des clients proviennent du cadre de référence du thérapeute. C'est en en prenant conscience que le thérapeute peut décider de se recentrer sur le cadre de référence de son client afin de mieux le comprendre et donc se permettre de s'abstenir de jugement de valeur. Ainsi, ce sont les tensions entre les attitudes et l'effort pour résoudre ces tensions qui sont au cœur du processus thérapeutique. Wachtel pense également que congruence et CPI n'existent que dialectiquement. Finalement, ceci expliquerait combien la relation est importante tant dans le sens de la relation interpersonnelle entre thérapeute et client, mais également de par le mouvement et les influences réciproques entre les attitudes d'empathie, de congruence et de CPI. L'interdépendance des attitudes a des implications pour l'évaluation des relations entre attitudes et efficacité thérapeutiques puisque les attitudes devraient être évaluées ensemble plutôt que séparément ou isolément les unes des autres. Cette évaluation devrait être réalisée selon les divers points de vue concernés par l'efficacité thérapeutique : chez le thérapeute, chez le client et dans son entourage.

Note de l'auteur

La correspondance peut être adressée à Emmanuelle Zech, Université catholique de Louvain, Institut de psychologie, Place du Cardinal Mercier, 10, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgique ou par courrier électronique à : Emmanuelle.Zech@uclouvain.be. Elle remercie les étudiants du cours de méthodes d'intervention clinique de l'UCL et ses clients pour les réflexions et élaborations sur les processus thérapeutiques qu'ils ont induites.

Références

- Asay, T.P., & Lambert, M.J., (1999), The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. in M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*, Washington, DC, American Psychological Association, pp. 25-35.
- Brown, L.S., (2007), Empathy, genuineness – And the dynamics of power: A feminist responds to Rogers, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, pp. 257-259.
- Elliott, R., & Freire, E., (2007), Classical person-centered and experiential perspectives on Rogers (1957), *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, pp. 285-288.

- Farber, B. A., (2007), On the enduring and substantial influence of Carl Rogers' not-quite necessary nor sufficient conditions, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, pp. 289-294.
- Gelso, C.J., (2007), Editorial introduction, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, p. 239.
- Gendlin, E. T., (1982), *Focusing* (2nd edition), Bantam Books.
- Gendlin, E. T., (1996), *Focusing-Oriented Psychotherapy: A Manual of the Experiential Method*, New York, Guilford Publications.
- Goldfried, M. R., (2007), What has psychotherapy inherited from Carl Rogers? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, pp. 249-252.
- Greenberg, L., (2002), *Emotion-Focused Therapy: Coaching clients to work through feelings*, Washington, DC, American Psychological Association Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G., (1999), *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behaviour change*, New York, Guilford Press.
- Hill, C. E., (2007), My personal reactions to Rogers (1957): The facilitative but neither necessary nor sufficient conditions of therapeutic personality change, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, pp. 260-264.
- Hoffman, I. Z., (2007, April), Therapeutic passion in the countertransference (Keynote address), Presented at the meeting of Division of Psychoanalysis, American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L., & Chisholm-Stockard, S., (2002), Congruence, in J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to clients*, New York, Oxford University Press, pp. 195-216.
- Lazarus, A. A., (2007), On necessity and sufficiency in counseling and psychotherapy (revisited), *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, pp. 253-256.
- Lietaer, G., (1993), Authenticity, Congruence and Transparency, in D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers*. London, Constable, pp. 17-46.
- Linehan, M. M., (1993), *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, New York, Guilford Press.
- Mahrer, A. R., (2007), To a large extent, the field got it wrong: New learnings from a new look at an old classic, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, pp. 274-278.
- Meissner, S. J. W. W., (1996), Empathy in the therapeutic alliance, *Psychoanalytic Inquiry*, 16, pp. 39-53.
- Miller W. R., & Rollnick, S., (2002), *Motivational interviewing: Preparing people to change* (2nd ed.), New York, Guilford Press.
- Miller W. R., & Rollnick, S., (2006), *L'entretien motivationnel*, Paris, Interditions.
- Norcross, J. C. (Ed.), (2002), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to clients*, New York, Oxford University Press.

- Norcross, J.C., & Goldfried, M.R., (Eds.), (2005), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). New York, Oxford University Press.
- Prouty, G.F., (1976), Pre-therapy, a method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 13, pp. 290-294.
- Prouty, G.F., (1994), *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses*, New York, Praeger.
- Prouty, G.F., (2003), Pre-therapy: A new development in the psychotherapy of schizophrenia, *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31.
- Rogers, C.R., (2001), Les conditions nécessaires et suffisantes d'une modification thérapeutique de la personnalité, in C.R. Rogers, *L'Approche centrée sur la personne*, trad. Henri-Georges Richon, anthologie de textes présentés par H. Kirschenbaum et V. Land Henderson, Lausanne, Éditions Randin, pp. 253-269.
- Rogers, C.R., (1957/2007), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, pp. 240-248. This 2007 article is a reprint from 1957, *Journal of Consulting Psychology*, 21, pp. 95-103.
- Samstag, L.W., (2007), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change: Reactions to Rogers' 1957 article, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, pp. 295-299.
- Segal, Z.V., Williams, M.G. & Teasdale, J.D., (2002), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*, New York, Guilford Press.
- Silberschatz, G., (2007), Comments on «The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change», *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, pp. 265-267.
- Wachtel, P.L., (2007), Carl Rogers and the larger context of therapeutic thought, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, pp. 279-284.
- Watson, J.C., (2007), Reassessing Rogers' necessary and sufficient conditions of change, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, pp. 268-273.