

Des violences du client et du thérapeute... Et si le thérapeute tendait vers l'auto-actualisation grâce à l'intégration de ses attitudes thérapeutiques ?

Emmanuelle Zech

Professeure de psychologie à l'Université catholique de Louvain

Psychologue-psychothérapeute formée à l'AFPC,

praticienne au Centre de guidance à Louvain-la-Neuve

Compte-rendu de la présentation plénière donnée à la journée de réflexion de l'AFPC (30^e anniversaire), le 19 novembre 2016

Post-print In: *Journal de l'Association Francophone de Psychothérapie Centrée sur la Personne et Expérientielle*, Vol. 28, no.2, p. 8-21 (2017). <http://hdl.handle.net/2078.1/188660>

Je voudrais d'abord remercier Claire et Gaston Demaret de m'honorer en ayant pensé que je pourrais faire une intervention dans le cadre de cette journée particulière. Je me suis cependant assez vite demandé si j'étais la bonne personne pour faire un exposé sur la violence dans la relation thérapeutique, n'ayant pas particulièrement travaillé moi-même sur le thème de la violence, mais étant un peu plus familiarisée aux aspects de relation thérapeutique. Ma tendance habituelle en tant que chercheuse fût, dès le mois de mai, d'aller voir dans la littérature scientifique ce que je pouvais trouver à cet égard. J'ai donc procédé à des recherches dans PsychInfo et PsycARTICLES en introduisant des mots-clés comme « *anger or violence or aggressive behavior or aggressiveness and psychotherapy, therapist or therapeutic relationship* ». Les constats furent les suivants. D'abord, la vaste majorité des articles concernait la violence faite aux victimes, c'est-à-dire les violences maritales, conjugales, sexuelles, de masse, extrêmes. Quelquefois, j'ai trouvé des articles relatifs aux comportements auto- ou hétéro-agressifs dits « problématiques » et les « traitements » efficaces avec ce type de problème. Ensuite, la littérature abordait plus directement les questions relatives à la colère des clients¹ en s'évertuant à savoir si celle-ci était fonctionnelle/adaptative ou non, voire « pathologique » et dans quels cas il faudrait la réprimer ou l'exprimer du point de vue du client. Force était de constater que ces articles ne relevaient vraiment pas du thème de la journée. Ils s'axaient essentiellement sur les phénomènes décrits comme « problématiques » appartenant au client lui-même. J'avais en fait trouvé très peu de littérature directement relative à l'expression de la violence *au sein de la relation thérapeutique*. Je devais trouver ce que d'autres avaient déjà écrit explicitement sur la relation violente entre le client et le thérapeute et donc celle qui s'opère du client au thérapeute mais aussi l'inverse, celle que le thérapeute « fait » au client... Il n'y avait pas grand-chose. Je me suis donc rapidement demandé « mais de quoi vais-je bien pouvoir parler ?.... » et puis aussi, je me suis interpellée « au secours ! ».

Sans grand succès avec la première stratégie de recherche, ma deuxième tendance naturelle fût alors d'aller voir la définition de ce qu'est « la violence ». Depuis que je suis petite, on m'a dit de regarder dans le dictionnaire. C'est donc ce que j'ai fait, et je reprendrai ce que j'ai trouvé. Ensuite, je vous présenterai les quelques études qui ont étudié les violences dont les clients sont capables et les conséquences que celles-ci peuvent avoir sur les intervenants. Un encore plus petit nombre d'études a examiné ce que les thérapeutes peuvent avoir comme comportements violents vis-à-vis de leurs clients, ce sujet étant peut-être encore

¹ L'ensemble du texte est écrit à la forme masculine pour désigner tant les clients que les clientes ainsi que les hommes et les femmes thérapeutes, ceci afin de ne pas alourdir le texte.

plus tabou. Avant de conclure cet exposé sur des options qui peuvent être prises pour apprivoiser la violence de nos clients et la nôtre, je proposerai de mettre en contexte le fondement-même du fait que la violence se déroule *de facto* dans une relation et non dans un vacuum interpersonnel, comme une entité existant à part entière. L'approche centrée sur la personne a ici beaucoup à dire et je présenterai comment on peut expliquer les comportements violents et tenter d'y remédier pour en diminuer l'impact potentiellement destructeur.

Qu'est-ce que la violence ?

En ce qui concerne la définition de la violence que j'ai trouvée dans le Larousse disponible aujourd'hui sur internet, dans une version un peu plus moderne, voici ce qui est dit: La violence est le « caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice » comme dans « Le vent souffle avec violence. La violence d'un choc. » Elle est aussi le « caractère extrême d'un sentiment » comme dans la « Violence des passions. » ou encore le « caractère de quelqu'un qui est susceptible de recourir à la force brutale, qui est emporté, agressif » comme dans « Quand il est ivre, il peut être d'une grande violence. » Et puis aussi c'est « l'extrême véhémence, grande agressivité, grande brutalité dans les propos, le comportement » comme dans « La violence de sa lettre nous fit peur. » et aussi relié à l'idée de violence physique « l'abus de la force physique » comme dans « User de violence. » et puis aussi « l'ensemble des actes caractérisés par des abus de la force physique, des utilisations d'armes, des relations d'une extrême agressivité » comme dans le « Climat de violence. » et enfin, il s'agit aussi d'une « contrainte, physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé » (voir <http://www.larousse.fr>). J'ai également trouvé une deuxième définition, celle de l'Organisation Mondiale de la Santé qui définit la violence comme étant « l'utilisation *intentionnelle* de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » (<http://www.who.int/topics/violence/fr/>).

On constate donc que, dans ces définitions, on retrouve deux grandes dimensions : l'une physique et l'autre psychologique ou morale. Ces deux dimensions peuvent être représentées sous la forme d'un iceberg. La violence physique relative à la maltraitance, à la brutalité, aux comportements d'agression physique représente en termes de fréquence seulement la partie submergée de l'iceberg. Il s'agit aussi de la partie visible puisque les coups vont générer des plaies, blessures qui se voient et sont potentiellement visibles de l'extérieur. La violence psychologique relative aux abus, aux comportements d'agression verbale, morale et psychologique comme les insultes est moins visible. Ses effets délétères peuvent même être cachés. Cette partie submergée de l'iceberg-violence peut pourtant représenter la partie majoritaire des comportements violents tout en étant aussi destructeurs que les coups (voir par exemple, <http://www.ecouteviolencesconjugales.be/>).

La violence psychologique comporte en fait quatre types de comportements. Premièrement, les comportements d'humiliation et de critique consistent à rabaisser, juger, blâmer, injurier, culpabiliser, ou discriminer autrui. Deuxièmement, les comportements de domination, de contrôle et d'induction de la honte peuvent être exprimés en infantilisant, privant de liberté ou encore en manipulant autrui. Troisièmement, on peut aussi dénier et avoir des exigences déraisonnables lorsque l'on nie les faits ou la réalité de l'autre, lorsque l'on contraint de réaliser des actes au-delà des limites personnelles ou encore que l'on menace autrui de représailles. Enfin, la violence psychologique peut aussi consister en l'isolement ou la négligence comme lorsque l'on se montre indifférent à autrui ou que l'on ne met pas de limite, lorsque l'on isole, rejette, abandonne ou qu'on déteste quelqu'un.

On se rend vite compte que nombre de ces comportements sont en fait très probables chez un aidant par exemple lorsqu'il questionne au-delà de ce que le client veut ou peut exprimer, qu'il évalue ou pose un diagnostic et donc juge, classe ou discrimine autrui, qu'il conseille et donc potentiellement infantilise ou encore normalise et indique par-là que ce qui est ressenti par le client ne devrait pas être sa réalité ou encore lorsqu'il interprète et juge les opinions, idées, comportements des clients. Tous ces comportements peuvent assez logiquement aussi être perçus comme des comportements violents par nos clients. De même, lorsque l'on réfère nos clients, même lorsque c'est pour de très bonnes raisons, à des confrères, cela peut être perçu par le client comme un abandon et une violence qui lui est faite.

Il est aussi évident que nombre de ces comportements sont probables chez certains de nos clients par exemple lorsqu'ils dépassent le cadre que nous avons fixé (ex. ne respectent pas les horaires, ne préviennent pas lorsqu'ils ne viennent pas, veulent tout à coup commencer à nous tutoyer alors qu'ils nous vouvoyaient). Une autre situation qui peut être perçue par l'intervenant comme une agression ou un acte de violence se passe lorsque le client arrête subitement prématurément la thérapie et que l'ambiguïté de la situation reste entière parce qu'il n'a pas d'explication à cet arrêt et interprète l'arrêt comme un rejet de sa personne ou de ses compétences. Je peux aussi percevoir toute la violence d'une situation lorsqu'un client me demande séance après séance de lui donner des conseils sur ce qu'il doit faire (de sa vie, de son couple, etc.) alors que mon approche est plutôt non directive et que je n'ai pas les clés pour autrui, ni même ne désire faire comme si je pouvais les avoir. Et puis, combien de clients ne sont-ils pas « difficiles », nous repoussant dans nos retranchements et notre impuissance lorsqu'ils ne sont pas motivés ou sont ambivalents au changement et que cela nous épuise de « vouloir le changement à leur place ». Tous ces comportements sont donc très largement courants et peuvent petit-à-petit épuiser et saper les ressources des intervenants et être vécus comme autant d'agressions morales à leur efficacité, à leur profession, à leur rôle, à leur personne. On reviendra d'ailleurs sur les effets délétères des agressions physiques et psychologiques ci-dessous.

De la violence du client

Une des seules études que j'ai trouvées au sujet de la violence causée par les clients a été publiée il y a près de 30 ans. Cette étude, abondamment citée, a été réalisée auprès de 370 psychologues recrutés au sein des divisions 29 Psychothérapie et 42 Praticiens Indépendants de l'Association Américaine de Psychologie (APA) (Guy, Brown, & Poelstra, 1990, 1992). Ces psychologues provenaient de plusieurs approches thérapeutiques: éclectique (45%), psychodynamique (32%), thérapie cognitivo-comportementale (15%) et humaniste-existentielle (5%). Ils avaient un nombre d'heures de pratique moyen par semaine variant de 2 à 60h ($M = 26$; $SD = 12$) et la majorité des répondants étaient des hommes (73%). Les résultats de l'enquête furent assez impressionnants. D'abord, 40% des répondants ont rapporté avoir vécu au moins une fois une attaque physique au cours de leur carrière. Ces attaques pouvaient consister en des agressions avec l'utilisation des pieds, des poings, de crayons ou de pistolets, de couteaux, ou encore de cordes. Ensuite, 49% ont rapporté avoir reçu des menaces verbales graves pour leur santé ou sécurité. Ces menaces et ces attaques ont eu comme conséquence de générer chez les psychologues des préoccupations importantes et fréquentes pour leur sécurité. Ainsi 28% pensaient « parfois ou souvent » à propos de menaces verbales sur leur sécurité physique, 17% à propos d'attaques physiques sur leurs proches et 7% étaient préoccupés à l'idée de pouvoir être assassinés. Enfin, il faut noter que ces menaces et attaques ont eu des conséquences concrètes en termes de mesures de protection que les psychologues ont prises mais aussi très concrètement sur leur mode de

fonctionnement professionnel. Ainsi, 50% de ces psys ont rapporté refuser régulièrement certains clients. 30% d'entre eux ont parlé de mesures de protection avec leurs proches, 13% ont installé un système d'alarme à leur domicile et, peut-être parce qu'on est aux États-Unis, 5% gardaient même une arme à la maison pour leur protection. Il est utile de savoir qu'il existait un lien significatif entre le nombre d'attaques et le niveau d'expérience du praticien, 46% des attaques recensées étant survenues pendant les années d'apprentissage des psychologues (ceci n'empêchant nullement que des attaques se produisent par la suite).

La question se pose dès lors de savoir si les clients qui posent des actes de violence ou agressent leur psychothérapeute ont des caractéristiques particulières. Quelques articles traitent de cette question et les résultats peuvent être résumés selon cinq grands types de prédictors des agressions (Guy et al., 1990, 1992; Tishler, Gordon, & Landry-Meyer, 2000). Il s'agit souvent (1) d'hommes (74%), (2) ayant reçu un diagnostic de psychose ou schizophrénie (40%), de trouble de la personnalité (29%), souffrant de détresse psychologique sévère et chronique, d'abus de substances, ou encore de lésions cérébrales. Ces personnes ont souvent eu (3) des comportements violents antérieurement, par exemple en famille ou dans leur réseau social et (4) elles peuvent également avoir elles-mêmes subi de la maltraitance personnelle pendant l'enfance. Enfin, (5) les lieux de ces agressions se situent plus fréquemment dans des hôpitaux ou des résidences psychiatriques publiques ainsi que dans les services d'urgences (psychiatriques).

Légitimement, on peut donc se demander si, ayant connaissance de ces facteurs de risque, il est possible de prévenir les actes de violence, de s'en prémunir et donc de développer des stratégies permettant de réagir plus adéquatement lorsqu'une situation d'agression se produit ou est sur le point de se produire. Tishler et ses collègues (2000) ont rédigé des recommandations pratiques très précises pour réagir pas-à-pas en situation de crise. Ces recommandations peuvent être appliquées par exemple dans les services de premiers secours (urgences psychiatriques et autres). Je reprends ci-après leurs recommandations une à une. D'après eux, il faut dans un premier temps effectuer une évaluation initiale du patient lors du tout premier contact. Très concrètement, il est conseillé d'approcher physiquement de face ou de côté le patient (pas de derrière afin de ne pas le faire sursauter ou l'inquiéter), de garder une distance physique de minimum un bras afin qu'il ne puisse pas agripper ou attraper l'intervenant. Il est également conseillé de reproduire le langage corporel du patient afin de lui montrer de l'empathie et de se présenter ouvertement comme clinicien, membre d'une profession d'aide afin que le patient comprenne que la personne qui lui adresse la parole est un intervenant professionnel et qu'il lui veut du bien. Lors des déplacements vers le local prévu pour l'entretien, il est conseillé de marcher ensemble (l'un à côté de l'autre, donc ni devant pour ne pas se faire agresser par surprise, ni derrière le patient afin qu'il ne se sente pas menacé par la personne qui le suit). Le local pourra varier en termes de confidentialité (ouvert ou fermé, avec d'autres membres du personnel présents ou absents) mais permettra et veillera, dans tous les cas, à ce que la sécurité du praticien soit assurée. Dans cette première phase d'évaluation, les auteurs proposent alors d'évaluer le risque de violence en interrogeant l'histoire (de violence) du patient. Cela se fera en maintenant une attitude calme et en développant une écoute active, en parlant toujours clairement au patient ou devant le patient, sans parler en dehors de sa connaissance (cela pouvant paraître suspect).

Dans un deuxième temps, les auteurs reconnaissent qu'il sera peut-être nécessaire de prévoir des stratégies de « contention ». Parmi celles-ci, les auteurs privilégient et insistent sur l'utilisation d'interventions verbales tout au long de la situation de crise plutôt que toute autre intervention. Par exemple, ils conseillent de verbaliser calmement ce qui se passe et est vécu « sans dédain ni sarcasme » comme par exemple en disant : *« vous êtes en colère, vous avez une arme, cela me fait peur et je ne peux pas vous aider ainsi, dans ce genre de situation, la police est généralement appelée »*. Il est ensuite conseillé de demander de déposer l'arme

(voire toutes les armes !) sur le sol et d'aller dans une autre pièce que l'endroit où se trouvent les armes et de prévenir ouvertement un membre du personnel qu'il y a une arme pour la confisquer. Les stratégies de contention physique ou chimique ne devraient être utilisées que si et seulement si les interventions verbales ne suffisent pas et ce, dans le but de diminuer les stimulations sensorielles de patients psychotiques ou maniaques. Ces interventions devraient par contre toujours être exclues chez des patients qui ont tendance à s'automutiler ou sont sous l'effet de drogues (ne connaissant pas les interactions possibles avec les sédatifs).

A l'exposé de ces recommandations et lignes directrices qui paraissent a priori très logiques, utiles et respectueuses, on se rend compte combien il est en fait compliqué voire même inadéquat de commencer par faire une évaluation du potentiel agressif d'une personne en crise en lui demandant si elle s'est fait agresser par le passé ou a elle-même déjà eu des comportements agressifs, ou encore d'effectuer un « test » permettant de déceler si la personne est sous l'effet de drogues avant de lui imposer une contention physique ou chimique. Il paraît par contre très important de privilégier la discussion respectueuse permettant cette évaluation.

Cependant, dans d'autres settings que les structures de soins psychiatriques fermées ou d'urgence, la violence physique sur les intervenants est plus rare que la violence psychologique. Il s'avère également que la prédiction de la violence physique future n'est d'ailleurs pas toujours fiable ou même faisable. Ceci rend la vaste majorité des situations de violence avec les clients exclues de ces principes directeurs. En revanche, on sait que la violence se déroule *toujours* dans la relation entre des personnes et dans le rapport établi entre les personnes. La colère, la frustration qui déborde dans un passage à l'acte violent, dans une agression physique ou psychologique, exprime ouvertement et explicitement qu'un besoin, une valeur importante d'une personne n'a pas été respectée. L'origine tout autant que l'objet de la violence se situent dans le rapport humain (à soi dans l'auto-agression, à autrui dans l'hétéro-agression). Il apparaît donc très important de bien prendre ces aspects relationnels en compte lorsqu'on veut apprivoiser ou réagir à la violence, que ce soit celle du client ou celle du thérapeute.

Il m'apparaît encore utile de reprendre un article récent de Jussab et Murphy (2015) qui répertorie les effets de la violence (physique et psychologique) sur les professionnels. Ceux-ci peuvent présenter des réponses de stress comparables à celles provoquées lors d'un traumatisme, de l'anxiété, de la peur, voire même un stress post-traumatique, mais aussi de la colère, de la frustration ou de la culpabilité. Les auteurs relèvent aussi que la violence des clients peut induire chez le professionnel une perte du moral et de la confiance en soi (et en l'autre). Dans certains cas, la violence induira de la dépression chez le professionnel et une perte de sa performance professionnelle qui peut être marquée par un manque de concentration, des ruminations mentales, une perte de la qualité relationnelle et d'alliance avec ses clients et des ruptures thérapeutiques (rejet) plus fréquentes. Une littérature abondante dans le domaine de l'impact du métier de soignants concerne le burnout et l'usure de compassion qui peuvent être favorisés par les actes de violence des clients. Enfin, les auteurs constatent que les professionnels peuvent également être amenés à changer de lieu de pratique, voire même de métier. Les conséquences de la violence des clients sur le thérapeute peuvent donc être non négligeables et mettre à mal l'aidant de manière très significative.

De la violence du thérapeute

Même si les violences des clients sont un peu plus décrites dans la littérature que celles dont les thérapeutes sont l'auteur, on peut s'interroger sur ce qui peut constituer, au regard du client, des actes de violence de son thérapeute. En présentant une des vidéos du site d'auto-apprentissage aux compétences d'aide que nous avons développé à l'Université

catholique de Louvain avec le soutien financier de Fonds de développement pédagogique (Jaeken & Zech, 2015), on peut assez vite se rendre compte de l'inadéquation et du manque de respect que certains comportements de l'intervenant peuvent représenter pour le client, même s'ils peuvent a priori paraître anodins (cf. vidéo A de la compétence d'aide « encouragement minimal » sur <http://sites.uclouvain.be/helpingskills>). Ainsi par exemple, le fait de ne pas regarder le client, de se remettre les cheveux en place, de balayer ses pellicules quand le client parle ou le regarde et attend une réponse de l'intervenant peuvent vite être perçues comme un manque d'attention et d'intérêt pour ce que le client—même réticent à venir en consultation—peut vouloir dire et générer a minima de l'irritation, de la frustration, voire de la colère et du désengagement.

Dans une étude assez ancienne, Pope et Tabachnick (1993) avaient examiné les sentiments que 285 psychologues inscrits dans plusieurs divisions de l'*American Psychological Association* rapportaient avoir déjà ressentis envers leurs clients. Ils ont constaté que les sentiments des psychologues envers leurs clients étaient loin d'être inhabituels. Ainsi par exemple, 46% des psychologues ont rapporté avoir ressenti de la colère ou de la haine vis-à-vis de clients à un niveau tellement intense qu'ils regrettaient avoir agi d'une certaine manière avec eux. 20% à 31% ont rapporté déjà avoir ressenti une peur telle, par exemple que le client se suicide, ou d'être attaqué ou vis-à-vis de certains types de clients, qu'ils mettaient en place des attitudes surprotectrices ou de rejet vis-à-vis du client. Les sentiments de dégoût, ennui, inattention, endormissement furent également rapportés et enfin, divers types d'attirances sexuelles. 87% pourcents révélaient qu'ils avaient déjà été sexuellement attirés par leurs clients et beaucoup (63%) se sentaient coupables, confus, anxieux à ce sujet. Enfin, 9% des psychologues (27/285) reconnaissaient avoir déjà été impliqués sexuellement avec un client (dans des actes comme se coucher sous ou sur lui, toucher les parties génitales, raconter un fantasme sexuel, envisager avec le client une relation sexuelle après l'arrêt de la thérapie). On sait pourtant que les passages à l'acte de nature sexuelle sont totalement proscrits déontologiquement au cours ou après une relation entre thérapeute et client. C'est le cas parce que cela marque une rupture de la protection, de la confiance et de la sécurité qu'il appartient au professionnel de mettre en place afin que le processus psychothérapeutique puisse se développer et se poursuivre. Mais de manière plus générale, ces données indiquent bien la fréquence importante des sentiments variés que les psychologues peuvent éprouver envers leurs clients. Les sentiments que le thérapeute ressent envers son client se révèlent en fait être une source et même une ressource inestimable pour le processus thérapeutique: ils disent quelque chose du cadre de référence (valeurs, besoins) et des modes de fonctionnement du thérapeute et de ses interactions avec le client. Ceux-ci peuvent et devraient être travaillés en supervision lorsqu'ils sont gênants ou interfèrent avec le processus thérapeutique du client.

Une autre source d'information, provenant cette fois des clients eux-mêmes, révèle que les clients ayant vécu et consultant à la suite d'un événement traumatique peuvent se mettre en colère en thérapie pour un ensemble de raisons directement liées aux comportements du thérapeute, en ce incluses toutes les réponses relationnelles possibles, et même les réponses empathiques (non directives) (voir Tableau 1) (Dalenberg, 2004). Ceci suggère qu'aucun thérapeute, quelle que soit l'orientation thérapeutique qu'il pratique, n'est à l'abri de générer des réactions de colère chez ses clients. Cela fait même vraisemblablement partie du processus psychothérapeutique.

Ainsi, on se rend bien compte que, même si la plupart des comportements des thérapeutes peuvent ne pas sembler aussi « graves » que ceux que certains clients peuvent démontrer (en menaçant physiquement ou verbalement leur thérapeute), la question de la perception de ce qui a été violent ou agressant pour l'un ou pour l'autre dépendra de sa

sensibilité et de son cadre de référence. Il m'apparaît utile, même si l'on sait en thérapie centrée sur la personne combien la relation de confiance, respectueuse et chaleureuse est importante, de rappeler les conditions relationnelles qui permettent le développement de la personne.

Tableau 1. Origines de la colère de patients traumatisés

Source de colère	% de l'échantillon (N = 132 clients)
Interprétations du thérapeute	41.8
Incrédulité ou minimisation du thérapeute	40.3
Changements de limites ou leur arbitraire	23.1
Manipulation du thérapeute	14.2
Irritabilité généralisée du thérapeute	11.9
Ne pas donner de réponse directive	11.2
Sur-dépendance au thérapeute	11.2
Raisons structurelles (retards, comptabilité, parking)	10.4

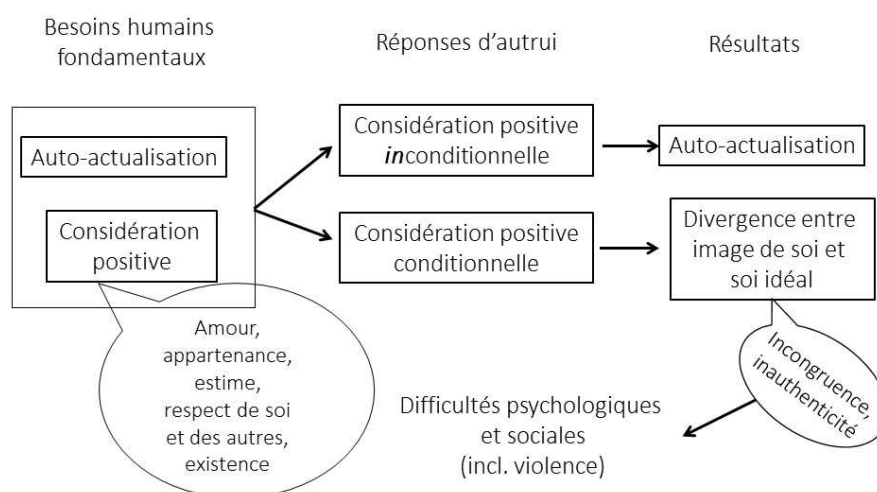
La relation qui permet le développement de la personne

Une relation qui permettra le développement de la personne comportera les conditions relationnelles facilitatrices qui permettent d'assurer, autant que faire se peut, une sécurité de base au client en démontrant une attention, une présence (contact) à l'autre bienveillante, chaleureuse, compréhensive et authentique (Rogers, 1957). Ceci implique de développer notre considération positive inconditionnelle composée de chaleur, non-jugement, respect, acceptation de tout ce que le client est. Ceci suppose aussi de développer notre congruence, authenticité qui nécessite de pouvoir s'écouter, s'accepter et choisir d'être ou non transparent avec le client lorsque cela peut être utile à son processus de développement personnel, qu'il pourra intégrer et comprendre l'information et que l'incongruence du thérapeute persiste (Lietaer, 1993). Enfin, l'empathie, la plus connue et pourtant parfois la moins réellement comprise des attitudes thérapeutiques, implique de « percevoir *comme si* j'étais à la place de l'autre ». Cette attitude comporte deux phases préliminaires. D'une part, il s'agit de pouvoir ressentir ce que l'autre expérimente « en étant dans son siège » (s'identifier émotionnellement). D'autre part, il s'agit de prendre une perspective en revenant « dans son propre siège » et en faisant la différence entre l'autre et soi-même (prise de perspective). En plus, l'empathie implique également de faire savoir à l'autre, verbalement et non verbalement, ce que l'on a entendu de son expérience. Enfin, Rogers (1957) postulait qu'il est important que le client ait perçu l'empathie, la sincérité, le respect du thérapeute, sans quoi les attitudes relationnelles sont moins utiles pour le client. On sait aujourd'hui que les postulats rogoriens sont largement validés empiriquement (Elliott & Freire, 2008; Elliott, Greenberg, & Lietaer, 2004; Elliott, Watson, Greenberg, Timulak, & Freire, 2013; Norcross, 2002, 2011; Zech, 2008) et nous sommes tous bien convaincus de leur efficacité.

La question qui se pose est de savoir pourquoi ces principes d'intervention fonctionnent ou sont efficaces? La théorie de la personnalité et du développement de l'auto-actualisation (Rogers, 1967, 1968/1998) peut être schématisée comme au Graphique 1. Il existe deux grands types de besoins chez les êtres humains : d'une part, le besoin de considération positive qui comporte les besoins fondamentaux d'amour, d'appartenance, d'estime, de respect de soi et des autres et le sentiment d'exister au monde et d'autre part, le besoin d'auto-actualisation, de se réaliser dans des projets qui font du sens. Face à ces besoins humains fondamentaux, les réponses des personnes qui entourent l'enfant en développement

peuvent être de deux ordres. Lorsque les autres répondent aux expressions de ces besoins avec considération positive *inconditionnelle*, on peut s'attendre à ce que la personne se développe de manière congruente, authentique, mature, sociale. Cependant, dans beaucoup de cas, l'entourage va montrer une considération positive (quand tout va bien) conditionnelle de ce que l'enfant vit. Ceci signifie que l'entourage envoie comme message que l'enfant doit ressentir et vivre en fonction de ce que le parent ou le proche indique. L'enfant petit-à-petit développe dès lors une divergence entre l'image qu'il a de lui-même et son self idéal, celui qui est désiré ou attendu d'abord par les parents ou l'entourage et qui sera intériorisé comme une valeur à suivre, sans trop de considération pour le vécu expérientiel de l'organisme lui-même. L'enfant développe dès lors non pas auto-actualisation mais incongruence et inauthenticité. C'est l'incongruence et l'inauthenticité, la divergence entre l'image de soi et le soi idéal, qui explique pourquoi les personnes développent des difficultés psychologiques ou sociales, en ce compris les comportements violents envers soi-même ou les autres.

Théorie de la personnalité et développement de l'auto-actualisation (Rogers)

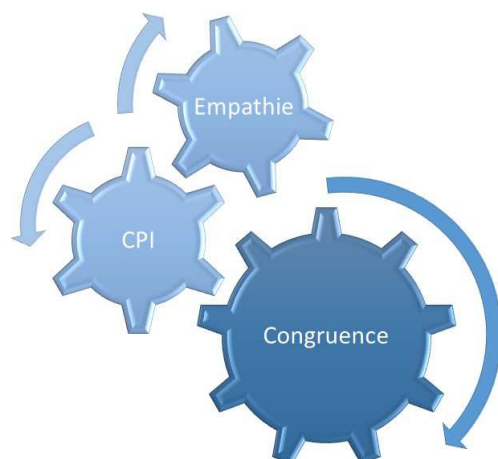


Graphique 1. Théorie de la personnalité et développement de l'auto-actualisation selon Rogers.

La réorganisation de la personnalité implique une relation réparatrice dans laquelle on reflète de la même façon et avec le même poids le vécu du client et on respecte le rythme du client (ni trop vite, mais ni trop lentement). Les attitudes relationnelles génèrent un sentiment de sécurité et de liberté d'expression chez le client, de pouvoir être ce qu'il est. Cela répond au besoin universel de considération positive (chaleur, accueil, sympathie, amour) venant des autres et qui permet le développement de la considération positive de soi et permet la reconnaissance que le lieu du jugement et de la responsabilité réside en soi-même plutôt qu'en autrui ou des critères externes. La sécurité de base instaurée par le thérapeute permet au client d'être libre, d'opérer les choix qui lui conviennent, d'explorer --ou non-- les endroits de son monde qui lui paraissent étranges ou dangereux. Sans sécurité de base, il n'y a pas d'exploration possible (voir aussi la théorie de l'attachement, Bowlby, 1969; Cassidy & Shaver, 1999; Kosminsky & Jordan, 2016).

Cela n'est possible que parce que les trois attitudes facilitatrices sont imbriquées et intimement interdépendantes (voir Graphique 2). En effet, nous ne pouvons être empathiques que parce que nous pouvons identifier en nous, en essayant de nous mettre à la place du client,

ce que nous ressentons de ce qu'il vit. Notre congruence nous permet de spécifier et différencier les sentiments et expériences qui appartiennent au client et celles qui nous appartiennent. C'est ainsi que nous pouvons mieux nous centrer sur l'autre en le respectant et, en essayant de mieux encore comprendre ce qu'il vit, de son point de vue, de nous détacher de nos jugements implicites et automatiques, de notre cadre de référence en augmentant notre considération et notre respect de ce qu'il est et vit. Une attitude ne peut se développer sans l'autre. Elles sont intimement liées et s'alimentent l'une l'autre.



Graphique 2. Représentation de l'imbrication des attitudes thérapeutiques.

L'interdépendance des attitudes facilitatrices implique essentiellement deux aspects. D'une part, il s'agit d'augmenter notre congruence et notre réflexivité et d'autre part, nous devons prendre soin de nous-même.

Augmenter notre congruence et notre réflexivité

D'abord, il s'agit d'augmenter notre congruence et notre réflexivité (Lamboy, Blanchet, & Lecomte, 2004). En effet, on sait aujourd'hui que les thérapeutes qui ont les meilleurs résultats thérapeutiques sont ceux qui sont attentifs et sensibles au feedback de leurs clients et à leur impact (Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004). Les meilleurs thérapeutes sont flexibles pour ajuster leurs interventions aux besoins du client. On sait aussi que la majorité des thérapeutes ont besoin de feedback *externe* pour prendre conscience de l'expérience de leur client (et donc par exemple en allant en supervision, ils favorisent ces processus). Conrad Lecomte (2009) rapporte, sur base des travaux de Béatrice² Lamboy (2002; Lamboy et al., 2004) notamment, que le thérapeute efficace qui n'a pas ou peu besoin de feedback d'une source externe semble être un intervenant qui est en contact réflexif avec son expérience émotionnelle, sensible au contexte interactif, attentif à l'expérience subjective du client et il offre alors des interventions optimales facilitant le changement. En d'autres termes, il s'agit d'un thérapeute qui développe sa congruence au service de la considération positive inconditionnelle et de l'empathie pour le client.

² NB c'est bien Béatrice et non Bernadette

Prendre soin de soi

Ensuite, il faut, en tant qu'intervenant de l'aide, prendre soin de soi. Pour introduire ce point, je voudrais reprendre quelques citations trouvées dans l'excellent livre de Skovholt et Trotter-Mathison (2016) sur la résilience des intervenants des professions de l'aide et qui m'ont marquée tant je les trouvais vraies pour beaucoup d'entre nous, et pour moi en particulier, raison qui fait que j'enseigne aujourd'hui le self-care aux étudiants de master en sciences psychologiques dans le cadre du cours sur les relations psychothérapeutiques. « *I have always been better at caring for and looking after others than I have been at caring for myself. But in these later years, I have made progress.* » Ces mots ont été prononcés par ... Carl Rogers à l'âge de 75 ans (Rogers, 1995, p. 80). « *Too often, we therapists neglect our personal relationships. Our work becomes our life. At the end of our workday, having given so much of ourselves, we feel drained of desire for more relationship.* » par Irvin D. Yalom (2002, p. 252). Et enfin, « *Many therapists, for example, grew up playing the role of caretaker, go-between, parentified child or burden-bearer within their families of origin. Having learned at an early age to attune themselves to others, therapists often have great difficulty attending to their own emotional needs* » M. B. Sussman (1995, p. 4).

Ces citations montrent combien nous n'avons pas choisi notre métier par hasard. Comme nos autres choix, il a un sens qui peut être restitué dans notre histoire de vie. Ces citations disent également que nos plus grandes qualités dans le soin aux autres peuvent nous épuiser et nous malmenner si nous n'y prenons pas garde et que nous ne prenons pas, avant tout, d'abord soin de nous-même. En effet, nous nous retrouvons dans une sorte de dilemme, de rapport entre le soin de soi et celui des autres. Il est bien connu que les meilleurs intervenants ont une tendance naturelle à se pencher sur les besoins des autres mais aussi, en corollaire, à se sentir parfois épuisés lorsqu'ils disent « oui » et coupables quand ils disent « non ». Skovholt et Trotter-Mathison (2016) rappellent combien il n'est en fait pas naturel de mettre l'Autre avant soi-même. En effet, se préserver soi l'est. Et pourtant, nous, intervenants de l'aide, pouvons avoir tendance à oublier nos propres besoins. On perd alors de vue le besoin de ne pas répondre aux besoins des autres. Il est pourtant essentiel de prendre soin de soi. Pourquoi ? Parce que prendre soin de l'autre est la qualité essentielle qui doit être maintenue dans une relation d'aide. Or, le thérapeute est son outil principal. Dans une perspective mécaniste, il paraît évident que l'on s'occupe de nos outils pour continuer à travailler et on les entretient, on les bichonne, on les huile, les dépoussière, les range. On sait bien que sinon, ils se dégradent, cassent et on doit les jeter ou les remplacer. Nous aussi, sans « entretien », sans soin de nous-même, nous cassons, nous nous consomons. A la différence d'outils matériels que l'on peut remplacer, nous n'avons qu'un seul nous-même, qu'un seul corps.

Skovholt et Trotter-Mathison (2016) expliquent que le cycle du soin à autrui implique plusieurs phases, celle d'attachement empathique, d'implication active, de séparation ressentie du client mais aussi une quatrième phase dite « Re-créative » pour le soignant : celle où tous les « R » sont utiles pour que le cycle puisse se poursuivre dans d'autres relations, avec d'autres personnes. Il s'agit alors de se ressourcer, se reposer, se restaurer, se regarnir, se rénover, ... faire un break, prendre du temps pour soi, quelle que soit l'activité récréative qui permette au thérapeute à la fois de se re-créer tout autant que de se régénérer. Chacun de nous choisira ce qui lui convient : faire du sport, voir des amis ou la famille, dormir, admirer la

nature, méditer, faire la cuisine, aller au spectacle, écouter ou faire de la musique, lire, sculpter ou peindre, aller au sauna, bricoler... les possibilités sont infinies.

Conclusions

Prévenir la violence dans la relation thérapeutique implique d'intégrer les attitudes thérapeutiques pour l'autre ET pour soi-même. Ainsi, autant nous développons notre capacité à écouter l'autre, autant nous devrions nous écouter nous-même. Nous sommes vite tentés d'essayer de comprendre l'autre, ses forces autant que ses limites, faisons-le pour nous-même également en essayant de nous comprendre avec nos forces et nos limites. On essaie de respecter l'autre et se respecter est tout aussi important. Accepter l'autre tel qu'il est paraît essentiel... faisons de même pour nous aussi et acceptons-nous tels que nous sommes. Il n'est pas toujours facile d'avoir vraiment, complètement confiance en l'autre mais nous essayons et on nous le rappelle tellement souvent dans les supervisions (fais-lui confiance, respecte son rythme, tu vas trop vite...) et pourtant nous oublions que nous pouvons aussi alors avoir confiance en nous. Enfin, l'aide à autrui implique de prendre en considération l'autre et nous pouvons le faire pour nous-même également. Ces deux pôles, l'un orienté vers autrui, l'autre orienté vers le soi, sont en lien dialectique car lorsque je favorise l'un, l'autre est également stimulé. Je pense même que des boucles et des cercles vertueux s'opèrent entre eux et permettent de favoriser l'auto-actualisation, à la fois des clients et de nous-même. L'écoute empathique et bienveillante d'autrui est donnée comme prévention et intervention à la violence des clients. Cette même écoute de nous-même en lien avec notre authenticité nous permet de nous respecter, de nous faire moins violence et par-là de reconnaître, exprimer nos besoins et de réduire la violence dans la relation thérapeutique.

Références

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment*: Hogarth London.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford.
- Dalenberg, C. J. (2004). Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: Countertransference and complex trauma. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 438-447.
- Elliott, R., & Freire, E. (2008). Person-centred/experiential therapies are highly effective: Summary of the 2008 meta-analysis. *Person-Centred Quarterly*, 45, 1-3.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 493-539). New York: Wiley.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L. S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 495-538). New York: Wiley.
- Guy, J. D., Brown, C. K., & Poelstra, P. L. (1990). Who gets attacked? A national survey of patient violence directed at psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(6), 493-495.
- Guy, J. D., Brown, C. K., & Poelstra, P. L. (1992). Safety concerns and protective measures used by psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(5), 421-423.

- Jaeken, M., & Zech, E. (2015). Formation en auto-apprentissage aux compétences d'aide par elearning., from <http://sites.uclouvain.be/helpingskills/>
- Jussab, F., & Murphy, H. (2015). "I just can't, I am frightened for my safety, I don't know how to work with her": Practitioners' experiences of client violence and recommendations for future practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(4), 287-297.
- Kosminsky, P. S., & Jordan, J. R. (2016). *Attachment-Informed Grief Therapy: The clinician's guide to foundations and applications*. New York: Routledge.
- Lamboy, B. (2002). *La conscience réflexive du psychothérapeute: conceptualisation, opérationnalisation et étude empirique*. (Unpublished doctoral dissertation), Paris 8.
- Lamboy, B., Blanchet, A., & Lecomte, C. (2004). L'opérationnalisation du concept de conscience réflexive du psychothérapeute. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 54(3), 189-205.
- Lecomte, C. (Producer). (2009, 15 September 2015). Quel est le secret des psychothérapeutes efficaces? L'évaluation au service de la réflexivité. [Powerpoint presentation] Retrieved from mpprg.mcgill.ca/Final%20-%20Lecomte%20-%20French.ppt
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lietaer, G. (1993). Authenticity, congruence and transparency. In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers* (pp. 17-46). London: Constable and Company.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to clients* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 142-152.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. doi: 10.1037/h0045357
- Rogers, C. R. (1967). *Devenir une personne*. Paris: Dunod.
- Rogers, C. R. (1968/1998). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Tishler, C. L., Gordon, L. B., & Landry-Meyer, L. (2000). Managing the violent patient: A guide for psychologists and other mental health professionals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 34-41.
- Zech, E. (2008). 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. *Approche Centrée sur la Personne*, 2(8), 31-49.