

Les conditions nécessaires et suffisantes à la modification positive de la personnalité selon

Carl Rogers intégrées à la pratique avec le patient souffrant de psychose

Carl Rogers' necessary and sufficient conditions for a positive personality modification
among psychotic patients

Publié dans ACTA PSYCHIATRICA BELGICA - N° 119/3 - 2019 – pp. 35-44

Auteurs :

- 1) Antoine Xhrouet MACCS psychiatrie Adulte
- 2) Dr Benoit Gillain, Clinique Saint-Pierre Ottignies
- 3) Pr Emmanuelle Zech, Faculté de psychologie UCL

Clinique Saint-Pierre Ottignies

Auteur correspondant : Antoine Xhrouet 39 rue Vannypen 1160 Bruxelles 0472752764

antoinexhrouet@hotmail.com

Mots clés : Psychothérapie Centrée sur la Personne et Expérientielle, conditions nécessaires et suffisantes à la modification positive de la personnalité, psychose, Carl Rogers.

Résumé :

Carl Rogers, fondateur de la psychothérapie centrée sur la personne, a défini six conditions nécessaires et suffisantes à la modification positive de la personnalité, c'est-à-dire au changement psychothérapeutique. Ces six conditions sont être en contact interpersonnel, éprouver un désaccord interne, une vulnérabilité ou une angoisse chez le patient, chez le thérapeute développer une congruence, une considération positive inconditionnelle et une empathie qui sont perçues par le patient. Approfondir celles-ci chez le patient souffrant de psychose, de manière théorique et par des exemples cliniques, met en évidence qu'elles sont semblables et d'autant plus fondamentales au vu de leur symptomatologie. Rogers affirme l'universalité de ces conditions au-delà de la différence intrinsèque propre à chaque individu. Les personnes souffrant de symptômes psychotiques ne dérogent pas à ce principe.

Carl Rogers, founder of the person-centered and experiential psychotherapy, defined six necessary and sufficient conditions for a positive personality modification, or in other words, for a psychotherapeutic change. These six conditions are being in interpersonal contact, experiencing an internal conflict, vulnerability or anxiety for the patient, for the therapist, developing one's congruence, unconditional positive regard, and empathy and being perceived by the patient. Deepening these conditions with patients suffering from psychosis, both theoretically and through clinical examples, shows that they are similar and all the more fundamental given their symptomatology. Rogers affirms the universality of these conditions beyond the intrinsic difference specific to each person. People with psychotic symptoms do not derogate from this principle.

Carl Rogers, de oprichter van persoonsgerichte psychotherapie, heeft zes noodzakelijke en voldoende voorwaarden gedefinieerd voor een positieve persoonlijkheidsverandering, dat wil zeggen psychotherapeutische verandering. Deze zes voorwaarden zijn in interpersoonlijk contact zijn, een interne onenigheid, een kwetsbaarheid of angst bij de patiënt voelen, een congruentie een onvoorwaardelijke positieve overweging en empathie bij de therapeut ontwikkelen en die waargenomen door de patiënt zijn. Het verdiepen van deze voorwaarden bij patiënten met een psychose, door theoretisch en klinische voorbeelden, toont aan dat ze vergelijkbaar en zelfs meer fundamenteel zijn gezien hun symptomen. Rogers bevestigt de universaliteit van deze voorwaarden boven het intrinsieke verschil van elk individu. Mensen met psychotische symptomen zijn geen uitzondering op dit principe.

Introduction

Carl Rogers est un psychologue américain à la base du courant psychothérapeutique centré sur la personne et expérientiel. Ce courant situé dans la lignée humaniste voit la relation thérapeutique comme étant le cœur de la thérapie. Lorsqu'en 1957, il soulève la question :

« Peut-on décrire et mesurer dans des termes dépourvus d'ambiguïté, les conditions psychologiques à la fois nécessaires et suffisantes à une modification positive de la personnalité ? » (1) (traduction française : (2)) il y répond par l'affirmative.

Une modification positive de la personnalité exige qu'il soit satisfait, pendant un certain laps de temps, aux conditions suivantes :

1. L'existence d'un contact psychologique entre deux personnes.
2. L'existence chez la première, appelée client, d'une discordance intérieure, d'une vulnérabilité ou d'une anxiété.
3. L'existence chez la seconde, appelée thérapeute, d'une concordance intérieure – congruence – ou d'une véritable intégrité relationnelle.
4. L'existence chez le thérapeute d'une considération – ou d'un regard – inconditionnellement positive.
5. L'existence, chez le thérapeute, d'une compréhension empathique du système de références propre au client et la volonté de lui faire partager cette compréhension.
6. La perception, au moins embryonnaire, par le client de la compréhension empathique et de la considération positive inconditionnelle que lui porte le thérapeute.

Aucune autre condition n'est nécessaire. La présence, pendant un certain laps de temps, de ces six conditions suffit à entraîner une modification positive de la personnalité. (2)

Au travers de cette réflexion nous allons questionner, condition par condition, leur pertinence lorsque le travail psychothérapeutique se fait avec un patient souffrant de psychose et ce dans une perspective de psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle. Ces fondements développés par Rogers ont été intégrés dans la plupart des formes de thérapie et ont été validés par de nombreuses études comme le souligne Zech (3).

La pathologie psychiatrique est décrite depuis de nombreuses années au travers du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (4) ou de la CIM (Classification internationale des maladies) (5) de l'Organisation Mondiale de la Santé. Ces classifications ont pour vocation de permettre au clinicien d'objectiver l'existence de symptômes définis comme centraux de la maladie mentale. Se pose la question de comment objectiver la finesse et la subjectivité d'une maladie mentale par une liste de critères à remplir? Comment, également, ne pas limiter un être humain à sa maladie mentale et aux critères DSM qui y sont liés ? Le DSM-5 (4) classe la schizophrénie comme forme de psychose au même titre par exemple que le trouble schizoaffectif ou le trouble délirant. Il place les idées délirantes, les hallucinations et/ou le discours désorganisé comme symptômes nécessaires au diagnostic, il y ajoute un comportement grossièrement désorganisé ainsi que des symptômes négatifs comme l'aboulie ou la diminution de l'expression émotionnelle.

Ces critères diagnostiques correspondent à des symptômes rarement perçus par les patients atteints de schizophrénie et donc comportent une difficulté thérapeutique majeure : comment soigner le patient pour une pathologie dont il est anosognosique ? Certaines décompensations des troubles de l'humeur, dépressives ou maniaques, peuvent entraîner des symptômes de la lignée psychotique, comment aborder avec eux cette déconnection transitoire avec le réel ? La perspective rogerienne développée dans ce travail permet d'envisager le patient en étant centré sur la personne et non pas sur sa maladie. De plus, elle s'inscrit dans l'« ici et maintenant » du patient, c'est-à-dire avec ce qu'il éprouve, pense et transmet au thérapeute au moment de l'entretien. Une personne souffrant de troubles de l'humeur compliqués de symptômes psychotiques sera donc rencontrée avec ceux-ci. Les conditions de la rencontre seront donc semblables à celles des patients souffrant de psychose. Les termes « psychose » et

« schizophrénie » y seront mélangés à dessein car ils recouvrent les mêmes difficultés psychothérapeutiques. En raison de leur pathologie, les personnes souffrant de psychose ont un regard autre sur le monde et ont une lecture différente des relations interpersonnelles.

Quel est l'objectif du travail psychothérapeutique chez le patient psychotique, est-ce la disparition du symptôme délirant ? Est-ce l'obtention d'un regard critique sur celui-ci ? Est-ce arriver à insérer la personne dans notre société ? Ou est-ce, comme dans toute relation psychothérapeutique, une forme de relation d'aide dans laquelle « au moins un des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie » (6)?

Cet article propose de reprendre une à une les conditions nécessaires et suffisantes postulées par Rogers et d'examiner dans quelle mesure elles sont également pertinentes ou valables dans le travail avec des personnes présentant des troubles psychotiques. Les illustrations sont basées sur la pratique psychothérapeutique et psychiatrique du premier auteur avec des patients souffrant de psychose.

I. « L'existence d'un contact psychologique entre deux personnes »

La première condition nécessaire et suffisante d'une modification thérapeutique de la personnalité selon Rogers est l'existence d'un contact psychologique entre deux personnes. Il explique développer sa réflexion sur l'hypothèse « qu'aucune modification positive et de quelque importance de la personnalité ne peut advenir en dehors d'une relation. » (2). Par « contact », il entend que « deux personnes sont en présence l'une de l'autre et que chacune d'elles affecte le champ expérientiel de l'autre dans une mesure soit perçue, soit subliminale » (7).

Dans le courant rogerien, ce préambule à la thérapie a été peu étudié et est souvent considéré comme acquis. Or la pratique de la psychothérapie chez le patient souffrant de psychose nous confronte régulièrement à la difficulté de l'entrée en contact. Loin de la vision dichotomique du contact « on » ou « off », cette clinique montre la variabilité des contacts possibles et la nécessité de les développer progressivement. Nombreuses sont les situations cliniques fortement décompensées où l'obtention d'une relation thérapeutique est primordiale vu l'isolement de par la symptomatologie du patient.

Garry Prouty s'est intéressé à cet aspect de la psychothérapie centrée sur la personne et a développé la théorie de la pré-thérapie qui permet de travailler l'entrée en relation chez des patients dont les capacités de contacts sont altérées (8). Il souligne le fait que les patients souffrant de psychose ou de schizophrénie se situent souvent à un niveau pré-verbal ou non-verbal. Il définit la pré-thérapie comme un prolongement théorique de la théorie des conditions nécessaires et suffisantes à une modification positive de la personnalité de Rogers et singulièrement de sa première condition. Prouty qualifie la pré-thérapie d'une aide méthodologique pour concrétiser les attitudes de la thérapie centrée sur la personne et insiste pour ne pas intégrer celle-ci de manière mécanique.

Prouty distingue trois fonctions de contact : le contact avec la réalité, le contact affectif et le contact de communication. La pré-thérapie a pour but d'aider le patient à se reconnecter à ceux-ci ou à les développer. Le contact avec la réalité correspond à la perception du monde concret qui entoure le patient, c'est-à-dire les personnes, les lieux, les objets et les événements. Le contact affectif désigne la perception d'émotions, de sentiments ou d'états d'âme, il s'agit donc d'un contact avec le soi. Enfin, le contact de communication, lui, est tourné vers l'autre. Il s'agit de la « symbolisation de la réalité (monde) et des affects (self) pour les autres à travers des mots ou des phrases » (8). Il permet donc à l'individu de communiquer ce qu'il ressent et ce qu'il perçoit à l'autre.

Lorsque le contact, à travers une ou plusieurs de ces fonctions est défaillant, Prouty suggère d'utiliser des réflexions de contact. Celles-ci peuvent être des réflexions situationnelles, des réflexions faciales, des réflexions corporelles, des réflexions mot à mot ou des réflexions répétitives. Elles offrent au patient des occasions d'entrer en relation en s'exprimant à différents niveaux et favorisent les comportements de communication. En les pratiquant, le thérapeute facilite l'expression du contact avec la réalité, du contact affectif et du contact de communication.

Lorsque le patient schizophrène décompensé s'exprime, son discours peut sembler dépourvu de toute signification, les propos ont l'air incohérents et sans aucun rapport à la réalité. L'entrée en relation par les techniques de pré-thérapie permet, selon Prouty, de faire émerger la part de signification réelle de cette parole qui paraît insensée. Le patient est d'abord dans un état pré-expressif ce qui désigne « une propension à exprimer une expérience qui doit d'abord être intégrée » (8) et les techniques de pré-thérapie ont pour objectif de l'aider à d'abord intégrer cette expérience puis ensuite pouvoir nous la communiquer et passer progressivement à un état expressif.

La notion spatio-temporelle est importante dans l'attitude réflexive du thérapeute. Le temps est perçu à géométrie variable par le patient en fonction de son état clinique. Il faut donc adapter le tempo des réflexions de contact pour qu'elles ne paraissent pas écrasantes ou à l'inverse, qu'elles n'accentuent pas le manque de contact. L'espace vital du patient peut être plus ou moins envahi par son délire et donc l'espace autour de celui-ci ainsi que la proximité physique du thérapeute doivent être ajustés en fonction du patient pour encourager le contact sans être soi-même intrusif. Le discours du thérapeute peut également être adapté. L'utilisation de pronoms personnels « tu » ou « vous » sont porteurs d'un aspect relationnel qui peut être trop menaçant pour un patient qui craint celui-ci. Prouty suggère l'utilisation des prénoms chez certains patients par exemple : « Michel tape du pied » plutôt que « vous tapez du pied ». Un

patient mutique qui ne réagit pas de façon verbale aux réflexions de contact a des réactions discrètes qui peuvent être reflétées comme une modification de la posture, un son discret, une expression sur le visage, une émotion dans les yeux. Si ceux-ci ne sont pas présents, le thérapeute peut refléter la position du patient, sa proximité ou son éloignement et même refléter son immobilité ou son impassibilité.

Avant de découvrir le travail de Prouty et Van Werde à propos de la pré-thérapie, j'ai (AX) eu en consultation de psychiatrie un patient qui m'a fait découvrir au fur et à mesure des entretiens la nécessité de l'attitude « pré-thérapeutique » lorsque le contact relationnel est difficile à établir.

Lorsque je vais chercher pour la première fois cet homme d'une trentaine d'années dans la salle d'attente, ses parents, inquiets, me signalent qu'il refuse de quitter la voiture. Je propose donc d'aller le trouver. Monsieur est assis sur la banquette arrière et, lorsque je l'invite à rejoindre mon bureau, il refuse, argumentant qu'il est en pantoufles. Lorsque je lui communique mon accord pour qu'il vienne malgré ce détail, monsieur accepte. Vu l'inquiétude apparente des parents, je lui demande s'il désire que ceux-ci participent au début de l'entretien. Le patient me bredouille un refus et je débute donc l'entretien juste avec lui. Après avoir décliné son identité, sa date de naissance, son adresse et son médecin traitant sans difficulté, je le questionne sur les raisons de sa visite. A ce moment débute un mutisme de sa part qui ne va être entrecoupé que de quelques mots ou bribes de phrases durant l'heure et demi que va durer cet entretien. Il me semble avoir essayé de le faire parler de toutes les façons imaginables. J'ai débuté par des questions ouvertes : « Pourquoi êtes-vous venu aujourd'hui ? », « Comment vous sentez-vous ? », « Que ressentez-vous en ce moment ? », « En quoi puis-je vous aider ? ». Mais chaque question entraînait un long silence de sa part. Petit à petit, j'ai fermé les questions, de peur que cela soit trop effrayant ou trop difficile pour le patient d'avoir la liberté totale d'orienter son discours. J'en suis arrivé à essayer de deviner la raison de son mutisme : « Vos

parents vous ont conduit aujourd'hui, vous ne vouliez pas venir ? », « Cela vous donne de l'angoisse de me parler ? », « Vous comprenez ce que je vous dis ? », « Vous ne me parlez pas parce que vous êtes en colère d'être là ? », « Est-ce que vous êtes timide d'habitude ? », « Vous vous sentez triste, en colère, effrayé, anxieux ? », « Vous avez difficile à vous exprimer parce que vous avez peur ? », « Vous entendez des voix ? », « Vous avez quelque chose à me dire mais ça ne veut pas sortir ? ». Malgré toutes ces questions, ouvertes, ou fermées, nécessitant une réflexion ou une réponse simplement par l'affirmative ou la négative, malgré un rythme du questionnement tantôt plus rapide, tantôt entrecoupé de grandes pauses pour laisser le temps au patient de formuler ou d'exprimer sa réponse, il ne me répondait par aucun mot ou aucune phrase. Mais une attitude non-verbale, des onomatopées et des rires étaient bien présents. Lorsque je lui posais une question, il semblait y réfléchir, puis avoir quelque chose à dire, tournait la tête sur le côté regardant le plafond comme s'il se questionnait sur la manière de formuler ce qu'il allait dire, il rougissait souvent, puis se tournait vers moi comme s'il allait enfin s'exprimer, émettait parfois un son, une onomatopée et même occasionnellement un tout début de phrase, puis souvent son regard devenait vague, puis vide, comme s'il était déconnecté de la situation. Lorsque je le restimulais par la répétition de ma question ou par une autre, il recommençait ce cycle. Sans le savoir, petit à petit, j'ai commencé à faire des réflexions de contact. « Vous êtes venus en pantoufles aujourd'hui » qui est une réflexion de situation. « Votre visage à l'air anxieux » qui est une réflexion faciale ou « Vous êtes là, assis, avec moi » qui mélange réflexion de situation et d'attitude corporelle.

Au cours de l'entretien, je me suis rendu progressivement compte que ces réflexions étaient celles-qui amenaient le plus de contact entre le patient et moi et donc le plus de contenu à l'entretien. Il y a eu deux points d'orgue sur l'heure et demi passée ensemble. A un moment, le visage du patient s'est rempli d'une émotion de tristesse :

– *Thérapeute : « Votre visage semble triste » (réflexion faciale). Le patient se met alors à pleurer.*

– *T. : « Vous pleurez » (réflexion faciale)*

Le patient hoche alors vivement la tête et reste silencieux.

– *T. : « Vous êtes triste ? »*

– *Patient : « Oui »*

Il s'agissait alors des premiers mots prononcés par le patient depuis qu'il avait décliné son identité, environ trente minutes plus tôt, et ceux-ci étaient l'expression d'une émotion. Durant les vingt ou trente minutes suivantes de l'entretien, le patient semblait vouloir me dire quelque chose mais reprenait son cycle d'hésitations et de barrages. Il débutait parfois par « C'est pas... » puis retournait dans ses hésitations et son mutisme malgré mes questions et mes interventions : « c'est pas quoi ? », « c'est pas facile de parler ? », « vous voulez me dire quelque chose, je vous écoute », « vous pouvez avoir confiance, allez-y ! », « prenez votre temps, je suis là »,... Ces tentatives d'affirmer un lien de confiance se sont avérées infructueuses. En effet, en s'adressant au cognitif, elles ne correspondaient pas à l'expérience du patient. Cette discordance entre les deux était un risque pour lui d'incongruence et d'anxiété. Par essai-erreur, je me suis progressivement remis à faire des réflexions de contact.

– *Patient : « c'est pas.... » puis il se tait, dans une forme de barrage.*

– *Thérapeute : « C'est pas... » (répétition mot à mot)*

– *P. : « C'est pas... »*

– *T. : « C'est pas... » (répétition mot à mot)*

Cette répétition mot à mot a été répétée à plusieurs reprises. Chaque fois, le patient semble se déconnecter et se met à regarder dans le vague un point dans le fond de la pièce. Je finis par faire une autre réflexion.

– *T. : « Vous regardez là » (réflexion de situation)*

Le patient paraît se ressaisir et me regarde à nouveau.

– P. : « C'est pas facile de ... »

– T. : « C'est pas facile de ... » (répétition mot à mot)

Le patient regarde en l'air et semble réfléchir.

– T. : « Votre visage semble réfléchir » (réflexion faciale)

– P. : « C'est pas facile pour moi de m'organiser ».

– T. : « C'est pas facile de vous organiser ». (répétition presque mot à mot)

Cette dernière réflexion a déclenché chez le patient un soulagement largement perceptible non verbalement, il s'est complètement détendu, sa posture a semblé plus confortable dans son fauteuil, il a poussé un soupir et son visage a affiché une fierté d'être parvenu à communiquer son message. Lorsque je lui ai demandé si cela était important pour lui de me dire cela, il a hoché la tête. Il n'a pas semblé vouloir aller plus loin dans son explication. Le message était passé. J'ai perçu dès ce moment une confiance massive du patient en la relation que l'on venait de créer. Le contact avait pu s'établir malgré son énorme difficulté à se connecter avec quelqu'un. Cette relation de confiance a permis à cette personne de poursuivre son suivi avec moi. Au fil des entretiens, il a pu exprimer plus d'éléments, qui m'ont permis de découvrir qu'il avait eu un diagnostic de trouble schizo-affectif, que sous médication il était sociable, bien dans sa peau et plein de capacités mais qu'il était rapidement en rupture thérapeutique, en arrêt de traitement et donc en rechute mutique. Ensemble, nous avons pu décider d'une hospitalisation pour mettre en place un traitement, malgré ses craintes. Monsieur a même décidé de poursuivre notre suivi après mon changement d'affectation, dans une autre ville, malgré les difficultés de transports.

Chez ce patient, la question du contact entre lui et son thérapeute était au cœur de la symptomatologie de sa décompensation schizo-affective mais était en même temps essentielle dans la perspective d'une compliance aux soins et aux traitements à long terme. Il était donc

capital malgré la difficulté majeure d'entrée en relation, que celle-ci puisse s'établir de manière forte et dans une confiance mutuelle. Certes, une contrainte, qu'elle soit hospitalière ou médicamenteuse, aurait pu améliorer le tableau clinique de façon rapide mais aurait donné peu de garanties d'une relation thérapeutique à long terme et donc d'une modification positive de la personnalité.

II. « L'existence chez la première, appelée client, d'une discordance intérieure, d'une vulnérabilité ou d'une anxiété »

Lorsque le patient se tourne vers un psychothérapeute, il est poussé par un état de mal-être ou de questionnement qui traduit une discordance intérieure, une vulnérabilité ou une anxiété. Cette discordance peut être bien identifiée ou floue pour lui. Le patient sollicite un professionnel pour être accompagné dans son exploration introspective et dans sa réflexion autour de ses difficultés internes. Les personnes souffrant de psychose sont confrontées au quotidien à des positions de discordance intérieure, de vulnérabilité ou d'anxiété. Selon Prouty, « on pourrait décrire la division psychologique entre l'hallucination et la personne comme la plus grande incongruence possible entre le soi et l'expérience » (8). Malgré l'anosognosie initiale fréquente de leur pathologie psychotique, les patients communiquent rapidement au thérapeute ce mal-être de façon verbale ou non verbale et en attendent une aide. Les patients souffrant de psychose ne diffèrent pas des autres par rapport à ce deuxième critère de Rogers.

III. « L'existence chez la seconde, appelée thérapeute, d'une concordance intérieure – congruence – ou d'une véritable intégrité relationnelle »

Le troisième pilier nécessaire, selon Rogers, à la modification positive de la personnalité est la congruence ou l'authenticité chez le thérapeute, c'est-à-dire sa capacité à se percevoir lui-même durant la relation et être en harmonie avec le ressenti interne, que son expérience puisse

être en accord avec sa symbolisation. Rogers définit l'idéal vers lequel tendre : « mon attitude ou le sentiment que j'éprouve, quels qu'ils soient, seraient en accord avec la conscience que j'en ai ». (9). Dès 1962, Rogers a considéré cette attitude comme étant la plus fondamentale. Lietaer (10) a distingué deux facettes à l'authenticité. La première facette est relative à l'intégration personnelle du thérapeute dans la relation. Il s'agit de pouvoir être tout proche de ce qui se passe en soi, de pouvoir s'écouter, pouvoir être librement et profondément soi-même, sans façade, sans faux-fuyant. Cela consiste à savoir identifier exactement ce que l'on ressent au moment présent, moment après moment. Cette première facette peut aussi être définie comme un processus de conscientisation et de représentation correcte de l'expérience que l'on vit, de notre vécu expérientiel dans toutes ses dimensions (physiques, cognitives, affectives, comportementales). Elle est donc tournée vers l'intérieur. La deuxième facette de l'authenticité concerne la capacité du thérapeute à communiquer au patient son expérience vécue avec celui-ci. Le thérapeute doit décider d'être ou non transparent : se faire connaître à l'autre, être ouvert à lui, se révéler. Il s'agit également de pouvoir communiquer à autrui ce qu'on ressent au moment présent en relation avec le patient s'il l'estime utile pour le patient. Elle réfère à une attitude de transparence de son propre vécu et est donc tournée vers l'extérieur (10). Aujourd'hui, la Task Force sur les relations psychothérapeutiques empiriquement fondées a établi que cette attitude était probablement efficace au vu des premiers résultats empiriques accumulés, avec une taille d'effet $d=0.46$ (11) (12) (13).

La difficulté de s'agripper au réel est au cœur de la problématique des personnes souffrant de psychose. Face à l'angoisse déstabilisante qu'entraînent des hallucinations ou des idées délirantes, le thérapeute peut être investi par le patient comme un repère, une accroche stable au monde dans lequel il a du mal à rester ancré. Par ailleurs les personnes souffrant de psychose expriment souvent leur difficulté à trouver une place dans la société dont ils perçoivent plus difficilement les codes et au sein de laquelle ils se sentent étrangers. Ce rôle de point de repère

est donc d'autant plus important pour le patient atteint de psychose. Parvenir à être en accord avec son ressenti interne est essentiel pour être serein psychologiquement et physiquement face au patient et lui permettre de nous envisager comme un repère stable. Pour être perçu comme ce point d'ancrage solide à la réalité, le thérapeute doit viser la plus grande congruence possible. En la percevant progressivement, le patient mesure la stabilité qui en découle et peut se sentir suffisamment en sécurité pour confier son délire. Il peut faire le pari que le thérapeute pourra rester présent. Cette confiance forte est précieuse et rare pour le patient souffrant de psychose au vu de son incompréhension du monde et des autres personnes qui l'entourent.

Mais il n'est pas simple pour le thérapeute de faire face au délire. Celui-ci peut prendre une tournure impressionnante, inquiétante ou même dangereuse pour son intégrité physique ou psychique. Le thérapeute peut se sentir bousculé dans ses certitudes internes, effrayé par le monde décrit par le patient ou même menacé par son comportement délirant. Ces situations peuvent entraîner des sentiments divers comme de l'anxiété, de la peur ou de l'impuissance chez le thérapeute qui doit pouvoir les identifier pour tenter de restaurer plus de congruence. En effet, un emballement émotionnel du thérapeute risque d'être suivi d'une mise à distance par le patient ou d'une exacerbation de sa symptomatologie. Une peur d'un passage à l'acte violent peut s'avérer fondée et représenter un risque pour le thérapeute autant que pour le patient. Restaurer la congruence peut passer par rechercher des soutiens professionnels auprès de ses collègues ou de son superviseur, réfléchir avec les proches du patient, faire un pas en arrière par rapport au patient pour retrouver la juste distance, se mettre à l'abri en cas de danger,... Elle doit être restaurée pour que le thérapeute puisse à nouveau remplir sa fonction d'ancrage au réel et de soutien solide auprès du patient souffrant de psychose. Être congruent signifie également pour le thérapeute d'avoir un bon ancrage dans la réalité et de ne pas se laisser envahir par les idées délirantes du patient. Lorsque le délire n'est pas franc mais plus

insidieux comme dans certaines psychoses paranoïaques, la frontière du réel n'est pas forcément nette. Il est capital que le thérapeute soit congruent avec sa réalité et ne se sente pas perdu dans le délire du patient.

La congruence du thérapeute est d'autant plus essentielle que le patient souffrant de psychose va souvent nous confronter à nos incohérences et mettre le doigt sur nos incongruences. Il vit dans un monde dont il peine à percevoir les codes et qui représente une menace potentielle permanente pour son altérité. Ce contexte peut entraîner une hyper-vigilance relationnelle à l'origine d'une meilleure perception de nos moments d'incongruence. Or, sans accès au filtre social commun, le patient psychotique aura plus tendance à les souligner auprès du thérapeute lorsqu'il les perçoit.

Dans cette recherche d'authenticité, il est capital de distinguer la congruence et la transparence. En effet, la transparence est la part de ressenti interne que l'on transmettrait au patient. Celle-ci peut être utile dans la relation psychothérapeutique mais doit toujours être modérée et au service du patient. Les patients souffrant de psychose viennent régulièrement mettre en tension cette notion de transparence lorsqu'ils cherchent une validation de leur délire auprès du thérapeute. Pour rester congruent, tout en respectant le vécu du patient, il est important de ne pas nier le délire mais également ne pas le valider. Notre réponse doit être axée sur le fait que le patient vit ce qu'il décrit mais que ce n'est pas notre perception. Dans une perspective expérientielle, la réalité ne peut être qu'une réalité vécue, dont on a fait l'expérience. Les personnes souffrant de cette pathologie vivent réellement leur délire et ne fabulent pas. Leur délire, aussi farfelu puisse-t-il paraître, est leur vérité. Il est capital de la respecter. Le thérapeute doit accepter ce que le patient vit mais sans renier ce qu'il vit lui-même si le patient l'interroge. L'important est de se recentrer ensuite sur le vécu du patient.

La question de la congruence me rappelle un échange que j'ai eu avec un patient lors d'un de mes premiers stages en psychiatrie. Nous étions dans un contexte d'un service de soins sous contrainte. J'avais réussi à nouer contact avec un jeune homme, arrivé en catatonie et mutisme complet. Il s'ouvrait petit à petit en ma présence et nous avons pu mettre en place de courtes sorties dans le parc situé à proximité. Le patient exigeait toujours de marcher derrière moi et parlait peu. Je retranscris ici, tel que je m'en souviens, la conversation que nous avons eue un jour, seuls au milieu de ce parc :

– Patient : Dites, il faut que je vous parle de quelque chose, mais cela vous mettra en grand danger.

– Thérapeute : Je vous écoute...

– P : Je ne peux pas vous en parler, cela vous ferait plonger avec moi !

– T : Vous pouvez y aller, je suis là pour vous écouter.

– P : Vous allez me prendre pour un fou, et puis ça va vous arriver et vous deviendrez comme moi !

– T : Vous voulez me parler de quelque chose que vous vivez ?

– P : On me parle par télépathie.

– T : Par télépathie ?

– P : Oui mais ça c'est pas grave, ça fait longtemps.

– T : D'accord.

– P : Ce qui me tracasse c'est que là c'est différent.

– T : Différent ?

– P : Oui ça me fait peur.

– T : Vous avez peur ?

– P : *Oui, je suis pas comme ça, ils me disent... Si je vous le dis vous allez plonger comme moi, je peux pas vous faire ça.*

– T : *Allez-y, il s'agit de mon travail, ne vous inquiétez pas pour moi, j'ai des gens vers qui me tourner si c'est compliqué pour moi.*

– P : *Vous êtes sûr ? Je peux vous le dire ? Il faut que je vous le dise...*

– T : *Oui.*

– P : *Depuis quelques semaines, ils me disent que je vais tuer quelqu'un ! Et moi je ne suis pas un criminel, je suis gentil, je ne veux pas ! C'est impossible ! Je préfère me donner la mort avant !*

– T : *Vous avez peur de tuer quelqu'un ?*

– P : *C'est pas de la peur, c'est qu'ils me disent que je vais le faire ! Que je vais tuer quelqu'un ! Enfermez-moi ! Plutôt mourir moi ! Vous me croyez ?*

– T : *J'entends que vous vivez des choses difficiles...*

– P : *Non non je vous dis que je vais tuer quelqu'un ! Vous ne me croyez pas hein ? Vous pensez que je suis fou ?*

– T : *Je vous crois quand vous me dites que vous entendez que quelqu'un qui vous dit que vous allez tuer. Moi je ne les entends pas et en vous connaissant je ne pense pas que vous allez tuer quelqu'un, mais ce qu'on vous dit là vous fait peur ?*

Cette conversation est venue confronter mon authenticité à plusieurs reprises, à la fois au niveau de ma congruence mais également de ma transparence. Du point de vue de la congruence, je me souviens que le questionnement du patient sur ma capacité à faire face à sa réalité sans être embarqué dans son vécu hallucinatoire était tellement pressant qu'il m'avait induit une légère angoisse de contagion. Je me souviens avoir identifié celle-ci durant l'entretien, ce qui m'avait permis de l'apaiser immédiatement. Je me souviens également de m'être posé la question du danger pour moi-même face à cette certitude délirante qu'il allait

commettre un meurtre. Je me suis demandé si j'étais en danger, seul dans un parc avec ce patient qui marchait derrière moi ou si le patient risquait de profiter de la liberté de cette sortie pour mettre fin à ses jours. Mais je me suis senti également en congruence sur ce point. Je ressentais un lien relationnel caractérisé par une confiance mutuelle forte qui avait permis au patient de confier le cœur de sa décompensation récente. Le patient se sentait en sécurité avec moi, tout comme je me sentais en sécurité avec lui. Durant l'entretien, le patient a également mis en exergue la question de la transparence. « Vous me croyez ? », « Vous ne me croyez pas hein ? », « Vous pensez que je suis fou ? ». Plus j'évitais la question, plus elle revenait de façon directe et confrontante. Comment répondre à cette question sachant que je considérais son vécu comme délirant ? Pour répondre à la demande de transparence du patient de façon congruente, j'ai voulu souligner que j'entendais ce qu'il traversait tout en disant que moi, je ne vivais pas la même chose et en revenant vers le patient pour centrer le débat sur son ressenti par rapport à ce qu'il vivait. De cette manière, il me semble avoir répondu à sa demande de transparence de manière congruente, je ne partageais pas le vécu de son délire.

IV. « L'existence chez le thérapeute d'une considération – ou d'un regard – inconditionnellement positive »

Rogers définit la considération positive inconditionnelle en disant : « si les expériences d'une autre personne relatives à elle-même m'affectent toutes comme également dignes de considération positive, autrement dit, si parmi toutes ces expériences, il n'en est aucune que je distingue comme plus ou moins digne de considération positive, nous disons que j'éprouve à l'égard de cette personne une attitude de considération positive inconditionnelle. » (7). Par cette définition, il indique que l'individu est accepté dans sa globalité avec un regard positif sans mettre en balance des éléments négatifs et des éléments positifs. A l'inverse, une considération positive conditionnelle sous-tendrait que le thérapeute accepte certaines facettes du patient et

en désapprouve d'autres de façon implicite ou explicite. Les recherches ont aujourd'hui montré de manière consistante que le soutien et le regard positif sont des éléments essentiels de l'efficacité thérapeutique (14). La chaleur exprimée par le thérapeute est substantiellement et de manière consistante associée aux effets positifs thérapeutiques (15). Il est donc établi qu'il est essentiel que le thérapeute soit chaleureux, patient et qu'il respecte le rythme du patient (ni trop vite, ni trop lentement) (16). Dans les cas contraires, la thérapie est contreproductive et on observe même une détérioration de la santé mentale du client. De même, chez les thérapeutes, les comportements critiques, contrôlants ou négligents sont significativement associés à de mauvais résultats thérapeutiques (17).

La considération positive inconditionnelle est essentielle dans l'accompagnement psychothérapeutique du patient souffrant d'une psychose pour différentes raisons. La considération positive inconditionnelle permet de laisser le patient exprimer sa symptomatologie délirante auprès du thérapeute de façon libre et dépourvue de crainte d'être jugé. Avoir cette possibilité est précieuse pour lui. En effet, le délire est souvent très anxiogène pour le patient mais difficile à confier dans le monde social dont il peine à percevoir les codes et dont il se sent souvent étranger. Comme tout être humain, le patient a besoin de pouvoir compter sur un thérapeute qui puisse l'accueillir avec bienveillance dans sa globalité, y compris dans sa partie délirante. S'il peut faire l'expérience d'un thérapeute qui reste présent et bienveillant de manière inconditionnelle, il pourra réfléchir avec lui à l'ensemble des éléments de sa vie sans crainte de jugement. Il pourra oser être pleinement lui-même. A l'inverse une relation conditionnelle entre le thérapeute et le patient implique qu'il doit aller mieux pour continuer à être considéré positivement par son thérapeute. Il risque de ne plus oser parler de son délire qui serait vu de manière négative par le thérapeute et le danger est grand de passer à côté des enjeux psychothérapeutiques.

Le parcours clinique des personnes souffrant de psychose reste émaillé de rechutes, d'arrêts de la médication et d'interruptions de suivi (18). Il est capital que ces éléments qui ne vont pas vers une amélioration de la santé mentale puissent être entendus sans jugement par le thérapeute, de manière « inconditionnellement positive ». Le patient doit pouvoir se sentir suffisamment en confiance pour parler au thérapeute de ses doutes quant au diagnostic et au suivi ou d'un arrêt de traitement par exemple. S'il ne peut le faire, cela majorera encore le risque d'interruption du suivi.

La considération positive inconditionnelle pousse à se poser la question de l'objectif du travail psychothérapeutique avec le patient souffrant de psychose. Le but n'est pas de soigner la psychose mais d'aider une personne à aller mieux d'un point de vue psychothérapeutique. La disparition du symptôme n'est pas une fin en soi. L'objectif de toute psychothérapie est l'amélioration du bien-être de la personne.

Cette question fut centrale chez une patiente que j'ai accompagnée quelques mois en hospitalisation. A son entrée, madame souffrait d'un délire mystique qu'elle décrivait comme « lui faisant mal à se rouler par terre », ce qui était, dans les faits littéralement le cas. Cette patiente a très bien répondu au traitement neuroleptique et les idées délirantes ont rapidement disparu. Malgré cette avancée importante dans le combat contre sa psychose, la patiente a rapidement mis en doute son traitement et me déclarait : « je me sens vide docteur, je me sens creuse, ce sont les effets secondaires de vos neuroleptiques, je veux changer pour un autre qui m'ira mieux ». La suite de son parcours thérapeutique n'a pu être autre que des essais de changements et d'adaptation des neuroleptiques jusqu'à l'interruption de son suivi ambulatoire, déçue par l'inefficacité de notre prise en charge. Contrairement à l'attente de la

patiente, enlever son délire ne l'a pas guérie de son mal-être. Le défi psychothérapeutique était ailleurs. Il s'agissait de l'accompagner dans la restauration de sa congruence interne, de l'aider à être elle, en tant que personne, et de se sentir bien dans cette position. Une acceptation positive inconditionnelle permet d'accéder à ce travail de fond sans juger négativement son besoin d'interrompre le traitement qui semblait pourtant lui faire beaucoup de bien. Une fois que l'attention du patient n'est plus focalisée sur ses idées délirantes qui l'envahissent, reste la question de « comment se sentir bien avec soi ? ». Celle-ci est une question essentielle chez tous les patients en psychothérapie centrée sur la personne. La considération positive inconditionnelle donne le champ au patient d'être pleinement lui-même sans le pousser à être un patient modèle aux yeux du thérapeute.

V. « L'existence, chez le thérapeute, d'une compréhension empathique du système de références propre au client et la volonté de lui faire partager cette compréhension »

Selon Rogers, « l'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, « comme si ». » (7). Le thérapeute doit donc aller puiser dans son répertoire d'émotions pour ressentir au plus juste l'univers du patient mais en gardant bien à l'esprit qu'il n'est pas le patient et donc sans être dans une projection de ce qu'il aurait vécu lui. Depuis les écrits de Rogers, la recherche a largement pu valider les effets positifs de l'empathie sur le résultat thérapeutique (3). Celle-ci a un impact démontré sur la conscience et la modulation des réactions émotionnelles chez le patient. Elle lui permet de mettre des mots et de symboliser ses expériences intérieures et a un impact sur sa capacité réflexive et ouvre le

patient à la notion de la subjectivité de son point de vue (17). Les études démontrent également une augmentation de la satisfaction et donc une meilleure adhérence à la prise en charge.

La littérature s'est intéressée au manque d'empathie des personnes psychotiques et a démontré que celles-ci ont un déficit significatif à ce niveau (19). L'empathie consiste à pouvoir percevoir le paradigme de l'autre et s'y mettre à sa place. C'est justement là que se trouve une des difficultés majeures de la personne souffrant de psychose. Elle peine à avoir un sens commun avec son interlocuteur et peine à percevoir son cadre de références. Elle se retrouve donc en difficulté au moment de se mettre à la place de l'autre et d'éprouver de l'empathie. La relation se fait donc sans tenir compte de la finesse émotionnelle de l'interlocuteur, de façon plus directe ou plus abrupte, ou elle ne se fait pas lorsque la personne souffrant de psychose renonce à se lancer dans une communication dont elle ne perçoit pas la nuance. La recherche en neurosciences a permis de mettre en évidence la déficience du circuit fronto-limbique et de la région ventro-médiale du cortex préfrontal comme responsable des difficultés liées à l'empathie chez la personne souffrant de psychose (20).

Rogers (21) affirme que l'empathie dissout l'aliénation, elle est essentielle envers le patient souffrant de psychose. Celui-ci vit dans un cadre de référence éloigné de celui de la majorité des individus ce qui implique qu'être empathique de façon juste est un défi. Il s'agit d'arriver à appréhender le monde dans lequel il vit selon sa grille de lecture pour se mettre à sa place. La logique du patient souffrant de psychose n'est souvent pas celle du thérapeute, elle fluctue en fonction des décompensations et elle peut sembler à géométrie variable là où, pour le thérapeute, elle devrait être linéaire. Ce n'est qu'avec du temps, et en suivant le parcours expérientiel propre à chaque patient souffrant de psychose, que son cadre de référence s'esquissera aux yeux du thérapeute. Progressivement, celui-ci pourra saisir l'impact

émotionnel de ce que son patient vit et pourra tendre vers une empathie de plus en plus adaptée à sa singularité. Cette justesse de l'empathie est capitale dans l'alliance thérapeutique entre un patient souffrant de psychose et son thérapeute car son parcours relationnel a été particulièrement émaillé d'échecs dus aux dissonances des cadres de référence. En trouvant chez le thérapeute une relation qui petit à petit se situe dans une empathie émotionnelle juste, le patient va sentir sa confiance renforcée et pouvoir aborder en profondeur son vécu avec l'espoir d'être compris. Cela va participer au maintien de la relation psychothérapeutique sur le long terme et donc permettre le changement. Dans le travail auprès des personnes psychiquement très détériorées, Prouty souligne que l'empathie peut constituer un « être avec là où il n'y a plus rien d'autre à faire » (8). Pour des raisons cognitives ou dans le cas d'une pathologie psychiatrique tellement lourde qu'elle rend le travail psychothérapeutique impossible, l'empathie est parfois la seule chose que le thérapeute peut offrir, c'est-à-dire rester présent avec son humanité.

Cela rejoint une expérience que j'ai faite lors d'une garde en psychiatrie. J'avais été appelé auprès d'une patiente mise en chambre d'isolement et attachée au lit car elle était en pleine crise délirante, fortement hallucinée et avec des comportements auto-agressifs qui la mettaient en danger. J'avais tenté, sans succès, d'apaiser ce délire aigu par un traitement neuroleptique et anxiolytique. J'avais ensuite essayé de sédaté la patiente pour calmer cette crise mais elle luttait contre le sommeil, effrayée par ce qu'elle vivait. L'entrée en communication était impossible, mes tentatives ainsi que celles de l'équipe infirmière, semblaient raviver la peur et majorer le délire. Je me suis donc assis, sur le sol, à côté du lit sur lequel elle était étendue. Les cris se sont progressivement arrêtés, elle a tourné sa tête vers moi et les larmes se sont mises à couler sur ses joues. Elle a ensuite pu s'endormir. Il me semble que cette patiente a pu, au travers de mon attitude physique, percevoir ma présence comme rassurante dans l'horreur

qu'elle vivait. Cette présence empathique a pu être perçue par la patiente malgré mon sentiment d'impuissance à « faire ». Il s'agissait d' « être ».

VI. « La perception, au moins embryonnaire, par le client de la compréhension empathique et de la considération positive inconditionnelle que lui porte le thérapeute »

Même si la personne psychotique est en difficulté dans son rapport à l'autre, l'empathie et la considération positive inconditionnelle sont des attitudes relationnelles essentielles dans le travail psychothérapeutique avec elle. Un jugement, une moralisation, une froideur du thérapeute sera rapidement perçue par le patient et sera un facteur de rupture thérapeutique. Celle-ci est d'autant plus probable que le patient psychotique peine à accorder sa confiance au thérapeute qui peut rapidement représenter une menace pour sa subjectivité car il provient de ce monde relationnel dont il ne comprend pas le fonctionnement et est vecteur de remise en doute de son délire. La rupture thérapeutique fait intrinsèquement partie du tableau de la psychose donc l'empathie et la considération positive inconditionnelle sont essentielles pour limiter ses facteurs iatrogènes. Dans les situations de psychose les plus sévères, lorsque le contact est le plus ténu ou lorsque le délire est le plus franc, ces deux attitudes sont les premières perches relationnelles à tendre au patient pour qu'il puisse trouver les ressources et la confiance d'avancer vers notre monde relationnel. La notion de perception embryonnaire avancée par Rogers y prend tout son sens et permet d'envisager une croissance de celle-ci et plus largement de la relation thérapeutique.

VII. Conclusion

Au travers de cette réflexion nous voyons que le patient souffrant de psychose nécessite les mêmes conditions de processus thérapeutique, c'est-à-dire un contact avec son thérapeute, un ressenti de désaccord interne, une vulnérabilité ou une angoisse chez le patient, une congruence

et enfin une considération positive inconditionnelle et une empathie chez le thérapeute perçues par le patient.

Ces conditions sont présentes dans la relation thérapeutique avec le patient souffrant de psychose au même titre qu'avec tout autre patient. Elles y sont tout aussi essentielles mais le défi de les réunir peut être plus grand en raison de la difficulté potentielle de l'entrée en contact, de la difficulté pour le patient de s'exposer dans une réalité qui diffère fondamentalement de la sienne et au vu des difficultés relationnelles qui sont au cœur de sa problématique psychotique. Rogers considérait que toutes les conditions pouvaient varier à des degrés divers, excepté la présence d'une relation thérapeutique, qui elle serait présente ou pas de manière dichotomique. Prouty nous démontre que celle-ci est également variable, même chez le patient avec qui le contact est quasi inexistant. Les trois attitudes du thérapeute, la congruence, l'empathie et la considération positive inconditionnelle existent en interdépendance. Selon Zech (3) : « ce sont les tensions entre les attitudes et l'effort pour résoudre ces tensions qui sont au cœur du processus thérapeutique ».

Zech (3) décrit les conditions comme des objectifs qui ne sont jamais pleinement atteints. Depuis 1957, la littérature scientifique a largement démontré l'efficacité des conditions de Rogers pour le changement thérapeutique. Leur aspect suffisant a par contre parfois été remis en cause. De plus, les auteurs ont également mis en évidence le fait que les conditions au changement thérapeutique ne se situent pas uniquement chez le thérapeute mais bien de part et d'autre, dans une interaction mutuelle. Chaque patient a, lui-même, des facteurs personnels qui le rendent plus ou moins résistant ou motivé au changement mais également plus ou moins disposé à être réceptif à ces attitudes relationnelles de congruence, de considération positive inconditionnelle et d'empathie. L'objectif psychothérapeutique est de les développer progressivement en commençant par la congruence.

Face au patient psychotique, le thérapeute se retrouve confronté à la question de l'objectif psychothérapeutique de son travail. S'agit-il d'amener le patient à ne plus délirer ? Ou de le ramener à une réalité acceptable ? De lui permettre une insertion dans notre société ? Ces propositions peuvent être des moyens mais ne représentent pas le but psychothérapeutique qui vise un meilleur bien-être au travers d'une modification positive de la personnalité.

Cette relation entre deux personnes rappelle l'importance d'une relation thérapeutique dans laquelle le thérapeute accompagne le patient, « côte-à-côte », et non pas dans une relation de supériorité de celui qui sait. Cette position est essentielle chez le patient souffrant de psychose malgré le fait que leur pathologie les met en situation de fragilité par rapport à l'autre en leur donnant un handicap relationnel et un handicap fonctionnel dans notre monde.

La psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle vise un développement de l'individu dans une certaine perspective de liberté. Le symptôme est le signe d'une discordance interne. Elle n'est pas un traitement de la maladie mais bien un soin de l'homme avec toutes ses composantes, y compris symptomatiques. Elle se distingue alors de la perspective médicale qui donne pour étiologie au symptôme positif un excès de dopamine dans la voie méso-limbique et au symptôme négatif une carence dopaminergique dans la voie méso-corticale. Cette différence de vision étiologique du symptôme peut, de manière théorique, paraître inconciliable mais en pratique permet d'aborder celui-ci sous ses différents angles. Aborder le patient en tant qu'être à part entière et écouter sa discordance interne au travers de sa symptomatologie délirante, n'empêche pas de proposer à la personne de soulager celle-ci au travers d'une médication.

Rogers assume le fait de proposer la même série de conditions thérapeutiques sans tenir compte de la différence intrinsèque à chaque individu. En effet, chacun fera un usage différent de la relation proposée et « il semble qu'une telle manipulation nuise précisément au caractère le plus important et le plus précieux de la relation, à savoir qu'elle représente une relation

authentique entre deux personnes dont chacune s'efforce de son mieux d'être « elle-même » dans son interaction avec l'autre » (7). Peu importe que le patient souffre de psychose, il fera usage à sa façon de la relation authentique proposée.

Références

1. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2007 1957;44(3):240-8.
2. Rogers CR, Kirschenbaum H, Henderson VL. L'approche centrée sur la personne. Genève; Le Touvet: Ambre Editions; 2001. 544 p.
3. Zech E. 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 Pratique et recherche*. 2008;8(2):31.
4. Amercian Psychiatric Association. Mini DSM-5 Critères Diagnostiques. 3^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. 408 p.
5. Organisation mondiale de la Santé. CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris: Editions Masson; 1992. 328 p.
6. Rogers CR. Le développement de la personne - 2^{ème} édition. Nouvelle présentation. Paris: InterEditions; 2005. 296 p.
7. Rogers CR. Psychothérapie et relations humaines. 3^{ème} édition 2016. ESF éditeur; 2009. (Art de la psychothérapie).
8. Prouty G, Werde DV, Pörtner M. La pré-thérapie : Le travail de contact dans l'approche centrée sur la personne. Lyon: Chronique Sociale; 2017. 235 p.
9. Rogers CR. Les caractéristiques des relations d'aide. In: Le développement de la personne. Paris: Dunod-InterEditions; 2005. p. 27-43.
10. Lietaer G. Authenticity, congruence and transparency. Beyond Carl Rogers. D. Brazier. 1993;17-46.
11. Gelso CJ, Kivlighan DM, Markin RD. The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chic)*. 2018;55(4):434-44.
12. Kolden GG, Klein MH, Wang C-C, Austin SB. Congruence/genuineness. *Psychotherapy (Chic)*. mars 2011;48(1):65-71.
13. Kolden GG, Wang C-C, Austin SB, Chang Y, Klein MH. Congruence/genuineness: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chic)*. 2018;55(4):424-33.
14. Farber BA, Suzuki JY, Lynch DA. Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy (Chic)*. 2018;55(4):411-23.
15. Norcross JC, éditeur. *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2011. 440 p.
16. Bozarth JD. Unconditional positive regard. In: *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling*, 2nd ed. New York, NY: Palgrave Macmillan; 2013. p. 180-92.
17. Watson JC. Reassessing Rogers' necessary and sufficient conditions of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2007;44(3):268-73.
18. Olivares JM, Sermon J, Hemels M, Schreiner A. Definitions and drivers of relapse in

patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Annals of General Psychiatry*. 2013;12(1):32.

19. Bonfils KA, Lysaker PH, Minor KS, Salyers MP. Affective empathy in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*. août 2016;175(1-3):109-17.

20. Decety J, Ickes W. *The Social Neuroscience of Empathy*. Cambridge, Mass.: MIT Press; 2011. 264 p.

21. Rogers CR. L'empathie. Une manière d'être qui n'est pas appréciée à sa juste valeur. *Le Journal de l'AFPC*. 1990;(N°1):6-18.