

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES EFFETS DES MOMENTS DE SILENCE SUR LA QUALITÉ DE  
L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE AU COURS DE PSYCHOTHÉRAPIES

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

AUDREY BLOUIN

NOVEMBRE 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Ce parcours doctoral n'aurait pas été le même sans le soutien des personnes qui ont été présentes de près ou de loin au cours de toutes ses années.

Je tiens à remercier mon directeur J. Éric Dubé pour m'avoir permis de travailler sur un sujet qui me passionne ainsi que pour les corrections et les relectures attentives de cet essai. Je remercie aussi Hugues Leduc, statisticien de l'UQAM, pour sa disponibilité et son soutien lors des nombreuses étapes de mes analyses statistiques. La clarté de vos explications de même que votre enthousiasme par rapport au domaine de la statistique m'a permis de traverser ses étapes avec plus de légèreté.

Un immense merci à mes parents sans qui ces études doctorales n'auraient pas été possibles. Merci d'avoir été présents lors de mes nombreuses remises en question et de m'avoir encouragé à persévérer malgré les nombreuses embûches que j'ai rencontrées. Merci à mon père de m'avoir transmis sa curiosité intellectuelle et à ma mère de m'avoir transmis sa sensibilité affective. Merci tout particulier aux membres de ma famille, dont ma sœur et ma tante Johanne, pour vos encouragements chaleureux et votre intérêt pour mon parcours académique. J'ai aussi une pensée pour feu Estelle, ma grand-maman, son amour, ses attentions chaleureuses et sa vivacité d'esprit jusqu'à l'aube de ses 100 ans m'ont porté à travers ses années.

À mes amies de longue date, Laurence et Marie-Lou. Votre soutien et nos moments partagés ensemble, lors d'escapades aux quatre coins du Québec, lors de cueillette de fraises et lors de journées « piscines », m'ont fait des plus grands biens. J'ai partagé avec vous tant de moments qui signent notre lien d'amitié au-delà de ce que j'aurais pu imaginer. Pour tout cela, je vous dis merci.

À mes amies avec qui j'ai partagé rires, folies, remises en question et pleurs, merci pour votre soutien constant et votre bienveillance à mon égard. Merci Camille pour ta disponibilité, tes encouragements et ton grand cœur. Merci à Christine pour ta sensibilité et pour ton support affectif. Ta rigueur clinique et ton esprit critique sont contagieux et stimulants. Merci à Miriam pour ton honnêteté, ton authenticité, ta bienveillance et pour les moments partagés à danser et à parler de nos péripéties de vie! Catherine, merci de m'aider à m'accepter comme je suis et à m'aider à mieux me comprendre. Merci pour nos moments de créativité, de partages et de folies qui marquent notre amitié pour les années à venir. Merci à Michael pour ton oreille attentive et ta présence constante au cours des différentes étapes de notre amitié et de ma vie. Notre amitié est importante à mes yeux.

Finalement, je tiens à remercier Patrick, qui dans l'ombre, m'accompagne depuis les dernières années de mon doctorat et qui m'aide à mieux me comprendre.

À vous tous,

Merci.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
RÉSUMÉ .....	vii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I Contexte théorique .....	4
1.1 Évolution de la conceptualisation de l’alliance thérapeutique .....	4
1.2 Évaluation de l’alliance thérapeutique.....	8
1.3 Alliance et efficacité thérapeutique .....	9
1.4 Le silence en communication .....	11
1.5 Le silence en psychothérapie .....	12
1.5.1 Le silence du patient.....	13
1.5.2 Le silence du thérapeute.....	16
1.5.3 Conceptualisation intersubjective du silence .....	17
1.6 État des connaissances empiriques sur le silence en psychothérapie .....	17
1.6.1 Silence comme technique thérapeutique.....	18
1.6.2 L’expérience du silence par les thérapeutes.....	19
1.6.3 L’expérience du silence par les patients.....	20
1.6.4 Le silence, l’alliance et l’efficacité thérapeutique.....	21
1.6.5 Résumé des résultats empiriques .....	25
1.7 Objectifs et hypothèse de recherche .....	27
CHAPITRE II Méthode .....	29
2.1 Échantillon de rencontres de psychothérapie et participants.....	29
2.2 Identification des silences.....	30
2.3 Mesure de l’alliance thérapeutique et juges.....	31
CHAPITRE III Résultats .....	33

3.1	Fidélité interjuges .....	33
3.2	Analyse préliminaire des données et statistiques descriptives .....	33
3.3	L'association entre le silence et l'alliance thérapeutique .....	34
3.3.1	Résultats touchant à la durée moyenne des silences .....	35
3.3.2	Résultats touchant à la durée totale de silence .....	36
3.3.3	Résultats touchant à la fréquence des silences .....	36
CHAPITRE IV Discussion .....		38
4.1	Associations entre la durée moyenne du silence et l'alliance thérapeutique.....	38
4.1.1	Association optimale entre la durée moyenne de silence et la sous-échelle Contribution du patient .....	39
4.1.2	La rythmicité au sein de la relation mère-enfant et ses liens avec le rythme interactionnel thérapeute-patient .....	41
4.1.3	Directionnalité des influences .....	44
4.2	Limites de l'essai et recherches futures .....	45
4.3	Implications et recommandations cliniques.....	46
4.4	Conclusion .....	48
RÉFÉRENCES.....		50

## LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	Page
3.1 Statistiques descriptives pour les variables d'alliance thérapeutique et de silence .....	34
3.2 Paramètres d'estimation des effets des relations quadratiques entre la durée moyenne des silences et les scores de l'alliance thérapeutique à chacune des trois sous-échelles du VTAS-R.....	35

## RÉSUMÉ

Un nombre grandissant d'études s'intéressent à l'influence de la communication non verbale, par exemple la synchronie non verbale et l'expression faciale, sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Le silence au cours des rencontres de psychothérapie ne semble toutefois pas susciter autant d'intérêt. Parmi le nombre restreint d'études qui s'y attardent, la majorité s'intéressent à l'expérience d'un seul des deux protagonistes, ce qui limite la portée des résultats. Le présent essai doctoral s'intéresse aux moments de silence comme phénomène co-construit par la dyade thérapeutique. Il a pour objectif de mesurer l'influence de la durée et de la fréquence des silences sur la qualité de l'alliance thérapeutique au cours de rencontres de psychothérapie brève. L'échantillon se compose de 123 rencontres de psychothérapie issues de huit dyades thérapeutiques. La qualité de l'alliance thérapeutique est mesurée à l'aide de l'échelle *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale Revised* (VTAS-R) et les moments de silence, ainsi que leur durée, ont été compilés dans les bandes audio des rencontres de psychothérapie. Des analyses multi-niveaux ont été effectuées entre les scores de la durée de silence et les scores du VTAS-R ainsi qu'entre les scores de la fréquence de silences et les scores du VTAS-R. Les résultats obtenus montrent un lien quadratique significatif entre la durée moyenne de silence et les scores de la sous-échelle Contribution du patient du VTAS-R. Les moments de silence semblent ponctuer l'échange verbal et introduire un rythme particulier qui s'avère plus ou moins bénéfique pour la qualité de l'alliance thérapeutique selon la durée moyenne des pauses. La perception du patient quant à l'aide que le thérapeute peut lui apporter, de même que son engagement dans le travail thérapeutique seraient ainsi associés à la qualité de la rythmicité interactionnelle, marquée par des pauses de durée « optimale ». À partir de ces résultats, nous considérons que cette qualité rythmique serait entre autres dépendante de la capacité du thérapeute à s'ajuster aux besoins et au rythme du patient et permettrait l'élaboration d'un sentiment de sécurité et de confiance dans la relation thérapeutique. Dans ce contexte, les moments de silence permettraient un espace d'introspection et une façon de communiquer le ressenti de part et d'autre. À d'autres moments, par contre, ils pourraient introduire une distance entre les protagonistes et être interprétés par le patient comme un manque d'intérêt à son égard. Ainsi, le jugement clinique des thérapeutes s'avérerait important lors de l'usage du silence. Un usage systématique du silence comme technique thérapeutique serait déconseillé.

Mots clés : silence, alliance thérapeutique, contribution du patient, rythmicité interactionnelle

## INTRODUCTION

« Je suis fatiguée » soupira Boucles d'Or en voyant les trois lits dans la chambre. Elle grimpa sur le lit du Papa-Ours, mais redescendit aussitôt. Il était beaucoup trop dur. Elle essaya ensuite celui de Maman-Ours, mais celui-là était trop mou et plein de bosses. Elle monta enfin sur le lit de Bébé-Ours, il était tout à fait bien. Boucles d'Or s'y laissa tomber et s'endormit aussitôt.

*Boucles d'Or et les trois ours*, Frères Grimm

L'alliance thérapeutique est un concept qui a été largement étudié depuis plusieurs années. Malgré l'absence de consensus quant à la définition du concept, la majorité des écrits évoquent l'importance du lien thérapeute-patient et de la collaboration mutuelle vers l'atteinte des objectifs thérapeutiques comme aspects centraux (de Roten, 2006; Despland et al., 2000). Selon Horvath et Luborsky (1993), la qualité de l'alliance mesurée au cours des premières rencontres serait déterminante dans le succès de la psychothérapie en permettant, entre autres, au patient de s'engager dans la démarche et de tolérer la détresse psychique.

Plusieurs études se sont intéressées aux phénomènes non verbaux de même qu'à leurs influences sur le développement et le maintien d'un bon lien thérapeutique (Philippot et al., 1999; Philippot et al., 2003). Notons par exemple que la distance physique entre les deux protagonistes, la posture et l'expression faciale des protagonistes auraient un impact sur la perception des patients quant aux capacités du thérapeute à leur offrir un espace thérapeutique chaleureux, sécurisant et bienveillant (Darrow et Johnson, 2009; Fretz et al., 1979; Hall et al., 1995; Kelly et True, 1980; Tepper et Haase, 1978). Une relation de type quadratique (ou curvilinéaire, c'est-à-dire prenant

la forme d'un U inversé) unirait de nombreux comportements non verbaux du thérapeute et l'évaluation des capacités relationnelles de ce dernier selon le patient. Par exemple, un contact visuel constamment soutenu ou encore, à l'inverse, un regard fuyant de la part du thérapeute serait associé à des difficultés de la part du patient à faire confiance au thérapeute.

Ce n'est que depuis plus récemment qu'un nombre grandissant d'études se penchent sur l'influence des moments de silence au cours des rencontres de psychothérapie. Ces études montrent que l'expérience psychique du patient et celle du thérapeute lors de moments de silence auraient un impact sur la qualité du lien et sur le processus thérapeutique (Daniel et al., 2018; Frankel et al. 2006; Hill et al., 2003; Ladany et al., 2004; Levitt, 2001a, 2001b; Sharpley 1997, 2005; Stringer et al., 2010). Cependant, peu d'études abordent l'influence des moments de silence sur le développement et le maintien d'un lien thérapeutique de qualité et la portée de leurs résultats s'avère limitée par l'emploi d'un contexte expérimental et par l'utilisation d'un échantillonnage restreint.

Le présent essai propose d'étudier le silence comme un phénomène co-construit par le thérapeute et le patient. L'objectif est de mesurer l'influence de la durée et de la fréquence du silence sur la qualité de l'alliance thérapeutique.

Le premier chapitre du présent essai présente l'évolution de la conceptualisation de l'alliance thérapeutique et des différents aspects qui y sont associés. Une recension des écrits concernant le phénomène du silence et ses effets sur la démarche thérapeutique sera également exposée. Le deuxième chapitre porte sur la méthode de recherche : l'échantillonnage de rencontres de psychothérapie de même que l'instrument de mesure utilisé pour évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique. Le troisième chapitre détaille les résultats obtenus en lien avec les objectifs de recherche

alors que le dernier chapitre est dédié à la discussion générale des résultats, à l'apport et aux limites de cet essai ainsi qu'aux pistes de réflexion pour les études futures.

## CHAPITRE I

### CONTEXTE THÉORIQUE

#### 1.1 Évolution de la conceptualisation de l'alliance thérapeutique

Le concept d'alliance thérapeutique a grandement évolué au cours des années et sa complexité fait de lui l'un des concepts les plus étudiés encore aujourd'hui. L'alliance thérapeutique a d'abord été élaborée par divers psychanalystes. Ceux-ci y intégraient le rôle de l'inconscient et de la conscience (Freud, 1912/1958; Greenson, 1965, 1967; Zetzel, 1956). En effet, Freud (1912/1958) s'intéressait, dès ses premiers écrits, à la question du transfert qu'il définissait comme un déplacement des affects d'un objet vers la personne du thérapeute. Il mentionnait l'importance d'établir dès le début de l'analyse un transfert positif minimal qui faisait référence à un lien d'attachement du patient à la personne du thérapeute (Bioy et Bachelart, 2010).

De plus, Zetzel (1956) a été la première à affirmer que l'alliance était nécessaire à toute démarche thérapeutique et dépendait de la capacité du patient à établir des relations de confiance avec autrui. Lorsque cette capacité ne serait pas présente d'emblée chez le patient, il serait de la responsabilité du thérapeute de susciter le développement d'une relation de soutien et un sentiment de confiance (Bioy et al., 2012). De son côté, Greenson (1967) a offert une première définition du concept d'alliance thérapeutique qui serait fondée sur l'habileté de la dyade thérapeutique à

travailler ensemble en vue de l'accomplissement des objectifs du traitement (Greenson, 1971).

Il est important de mentionner l'apport des définitions de Luborsky (1976) et de Bordin (1979, 1994) à la conceptualisation actuelle de l'alliance thérapeutique. Leurs définitions servent encore aujourd'hui de référence lorsqu'il est question d'étudier les liens qui unissent l'alliance à l'efficacité thérapeutique.

Luborsky (1976) abordait l'alliance comme étant un lien affectif, un engagement et une collaboration mutuelle dans la psychothérapie. Sa conceptualisation mettait de l'avant l'importance de l'expérience relationnelle du patient avec le thérapeute dans l'établissement et le maintien du lien thérapeutique. Il distinguait deux types d'alliance. Ceux-ci se développeraient de manière séquentielle au cours des premières rencontres et s'inter-influenceraient par la suite. L'alliance de type 1 correspondait aux perceptions du patient quant à l'aide que le thérapeute peut lui apporter et au lien affectif qu'il ressent envers le thérapeute. L'alliance de type 2 renvoyait au sentiment de collaboration ainsi qu'à l'engagement mutuel dans le travail thérapeutique. Il est à noter que les patients qui ressentiraient des affects positifs à l'égard de leur thérapeute et de la psychothérapie auraient davantage de chance de connaître une issue thérapeutique positive (Horvath et Symonds, 1991).

Selon Bordin, l'alliance se composerait de trois dimensions : l'entente sur les objectifs thérapeutiques, l'entente sur les moyens et les rôles du patient et du thérapeute, ainsi que le lien affectif qui les unit. L'entente sur les objectifs thérapeutiques faisait référence au processus de négociation qui prend place au cours des premières rencontres concernant les buts et les attentes du patient et du thérapeute. L'entente sur les moyens correspondait aux techniques thérapeutiques utilisées lors des rencontres. Cette dimension faisait aussi référence à la clarification des attentes de chacun quant au rôle qu'ils endosseront au cours du processus thérapeutique. Le

lien affectif faisait référence, quant à lui, à la confiance et au sentiment d'attachement du patient envers le thérapeute.

Les trois composantes s'inter-influenceraient et la qualité de l'alliance thérapeutique dépendrait de la façon dont le thérapeute et le patient négocient ensemble au cours des rencontres. Par exemple, la difficulté à établir une entente sur les objectifs et les moyens aurait un impact sur le lien qui les unit et inversement. Il serait important que le thérapeute fasse preuve de flexibilité lors de la négociation, c'est-à-dire d'être capable de s'adapter aux besoins, aux attentes et aux capacités du patient. Il devrait aussi être en mesure de bien cerner la problématique du patient et de lui présenter l'orientation thérapeutique appropriée. Horvath et Symonds (1991) expliquaient d'ailleurs que cette capacité d'adaptation de la part du thérapeute, de même que l'établissement d'un accord sur les visées thérapeutiques, favoriserait l'engagement et la collaboration du patient au sein du processus thérapeutique.

De plus, diverses caractéristiques associées au patient et au thérapeute auraient un impact sur l'établissement de la relation thérapeute-patient. Du côté du patient, ces caractéristiques ont été regroupées selon les habiletés et les attentes interpersonnelles (Gibbons et al., 2003; Kokotovic et Tracey, 1990) ainsi que selon le fonctionnement psychique (Horvath et Luborsky, 1991). L'âge, le niveau d'éducation, l'appartenance à une minorité ethnique (Bateman et Fonagy, 2000; Bordin, 1994; Brogan et al., 1999) de même que le degré de motivation et d'attente au sujet de la thérapie (Gonzalez, 2001) interviendraient aussi dans la capacité du patient à développer une relation de confiance (Bateman et Fonagy, 2000; Bordin, 1994; Brogan et al., 1999). Du côté du thérapeute, ces caractéristiques renverraient à ses attitudes et compétences relationnelles. À titre d'exemple, le respect, l'ouverture, l'empathie et la bienveillance du thérapeute influenceraient positivement le développement de l'alliance (Alexander et Luborsky, 1986; Del Re et al., 2012; Hersoug et al., 2001) alors que la rigidité, ou une attitude critique ou distante l'influenceraient

négativement (Ackerman et Hilsenroth, 2003). De plus, la perception positive du lien thérapeutique par le patient serait dépendante de la croyance en son thérapeute comme pouvant lui venir en aide.

Dans une perspective intersubjective, l'alliance a été conçue comme étant un processus relationnel bidirectionnel d'influences entre les contributions provenant du thérapeute et celles provenant du patient (Orange et al., 1997). C'est au cœur de cette expérience relationnelle réciproque que s'articuleraient l'investissement et la collaboration mutuelle vers l'atteinte des objectifs visés par la démarche thérapeutique (Baillargeon et al., 2005). En ce sens, Hartley et Strupp (1983) expliquaient qu'il faut porter attention à la façon dont le thérapeute et le patient sont « assortis » dans la compréhension du développement et du maintien de la qualité de l'alliance thérapeutique (Kokotovic et Tracey, 1990). Ce qui est fondamental serait non seulement ce que le thérapeute et le patient « font ensemble », mais aussi « comment ils sont ensemble » (Orlinsky et Rønnestad, 2005). Ainsi, l'alliance thérapeutique découlerait de la co-construction d'expériences relationnelles partagées entre le thérapeute et le patient. Le travail thérapeutique se situerait alors dans l'expérience constamment renouvelée de la rencontre entre la subjectivité du patient et celle du thérapeute.

Un consensus semble émerger des études empiriques, malgré l'absence d'une définition universelle portant l'alliance thérapeutique. Les dimensions du lien affectif et de la collaboration mutuelle dans le travail thérapeutique, de même que la capacité des protagonistes à s'entendre sur les objectifs et les tâches associés à la démarche thérapeutique sont présentes dans la majorité des définitions (de Roten, 2006; Despland et al., 2000; Hardy et Shapiro, 1985; Martin et al., 2000). De plus, il apparaît essentiel que le patient se sente compris, accepté et comme ayant de la valeur aux yeux du thérapeute (Bachelor, 1988).

## 1.2 Évaluation de l'alliance thérapeutique

Au fil des années, l'alliance thérapeutique est devenue l'un des concepts les plus étudiés empiriquement et son évaluation a donné lieu à l'élaboration de nombreux instruments de mesure, ceux-ci se basant sur les définitions de l'alliance précédemment présentées. La majorité des instruments mesurent quatre composantes de l'alliance; soit la relation affective du patient envers le thérapeute, la capacité du patient à travailler consciencieusement en thérapie, l'implication et la compréhension empathique du thérapeute ainsi que l'accord mutuel concernant les objectifs, les rôles et les tâches de chacun (Gaston, 1994; Lambert et Ogles, 2004).

L'évaluation de l'alliance thérapeutique différencierait selon que la tâche est assumée par le patient, le thérapeute ou par un observateur externe. Les patients auraient tendance à émettre une évaluation plus positive de l'alliance comparativement à celle des thérapeutes et des observateurs externes. Au cours de la psychothérapie, la perception de la qualité de l'alliance selon les patients demeurerait plutôt stable et serait légèrement plus prédictive du résultat de la démarche que celle du thérapeute et de l'observateur externe (Bachelor, 1995; Hersoug et al., 2001; Horvath et Symonds, 1991; Martin et al., 2000).

Selon Martin et al. (2000), six instruments de mesure seraient communément utilisés dans le cadre d'études empiriques ayant pour objectif d'évaluer les effets de l'alliance sur le processus et l'efficacité thérapeutique. Ces instruments sont : le *Pennsylvania Helping Alliance Scale* (Alexander et Luborsky, 1986), le *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (Hartley et Strupp, 1983), le *Toronto Alliance Rating Scale* (Marziali et al., 1981), le *Working Alliance Inventory* (Horvath et Greenberg, 1986, 1989), le *California Psychotherapy Alliance Scale* (Marmar et al., 1989) et le *Therapeutic Bond Scale* (Saunders et al., 1989). Ces instruments posséderaient de bonnes propriétés psychométriques mesurées à travers différentes études. D'ailleurs, les

scores de ces instruments tendraient à être corrélés les uns avec les autres (Fenton et al., 2001; Hatcher et Barends, 1996; Martin et al., 2000; Safran et Wallner, 1991; Tichenor et Hill, 1989) de même qu'avec les mesures d'efficacité du traitement psychothérapeutique (Fenton et al., 2001; Martin et al., 2000).

### 1.3 Alliance et efficacité thérapeutique

Il existe un support empirique important portant sur la primordialité de la qualité de la relation thérapeute-patient sur l'issue de toute démarche thérapeutique. En effet, l'association entre l'alliance et l'efficacité thérapeutique serait modeste, mais robuste, c'est-à-dire que la qualité de l'alliance permettrait de prédire les changements thérapeutiques. Selon quatre méta-analyses effectuées au cours des 30 dernières années (Horvath et Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Horvath et Symonds, 1991; Martin et al., 2000), l'alliance thérapeutique expliquerait environ 7 % de la variance du succès thérapeutique, et ce, sans égard aux approches thérapeutiques ou aux problématiques psychologiques étudiées. Cette proportion de la variance ne serait pas à négliger puisqu'elle représenterait l'un des prédicteurs les plus importants du succès thérapeutique et constituerait la base de tout changement thérapeutique (Norcross et Lambert, 2014; Wampold, 2001).

La qualité de l'alliance mesurée au cours de la phase initiale serait l'indicateur le plus fiable de l'efficacité thérapeutique (Chalifour, 2000; Gelso et Carter, 1985; Garske et Davis, 2000; Horvath et Bedi, 2002; Horvath et Symonds, 1991; Safran et Muran, 2017; Teyber, 2000). En ce sens, Horvath et al. (Horvath et Bedi, 2002; Horvath, 2000) expliquaient qu'il serait important qu'un lien de confiance se soit installé à la fin de la phase initiale de psychothérapie sans quoi le succès thérapeutique serait grandement diminué. Ce lien initial soutiendrait le patient dans l'exploration des difficultés pour lesquelles il vient consulter tout en l'aidant à tolérer la souffrance psychique associée (Horvath et Luborsky, 1993). La présence d'insécurité dans le lien

serait délétère à l'engagement du patient dans le processus et serait liée à l'abandon thérapeutique prématuré. Ainsi, les thérapeutes qui arriveraient à établir un lien suffisamment bon tôt dans le processus thérapeutique accorderaient une grande importance au développement d'un lien chaleureux et soutenant, ce qui contribuerait à la perception du patient quant à la capacité du thérapeute à lui venir en aide (Wampold, 2001). L'attention portée à la collaboration active et à l'élaboration d'un sens conjoint au vécu psychique du patient favoriseraient aussi l'établissement du lien thérapeutique (Hardy et Shapiro, 1985).

L'alliance thérapeutique mesurée en milieu de processus, quant à elle, refléterait davantage diverses fluctuations de la qualité du lien et serait associée à la présence d'épisodes de rupture du lien thérapeutique, ce qui n'exclut pas la possibilité de tensions relationnelles au cours de la phase initiale de thérapie.

Safran et Muran (1996) définissaient ces épisodes comme étant une détérioration significative de la qualité de l'alliance qui affecte la compréhension et la collaboration mutuelles. Elles seraient dues, entre autres, à une mésentente concernant les objectifs, les moyens, les rôles de chacun ou les techniques thérapeutiques utilisées. Il serait donc réaliste, voire normal, que la dyade thérapeutique traverse des épisodes de rupture au cours de la psychothérapie (Safran et Segal, 1996). Il s'avérerait difficile même pour les thérapeutes expérimentés d'aborder les tensions relationnelles présentes au cours du processus thérapeutique. Par contre, Horvath et Luborsky (1993) soulignaient que d'occulter ces moments de tension du travail thérapeutique amènerait une dégradation de la qualité de l'alliance à court et à long terme (et est aussi liée à l'échec thérapeutique). Les thérapeutes « efficaces » parviendraient à identifier les épisodes de rupture et à camper le travail thérapeutique dans une perspective mutuelle et intersubjective (Forman et Marmar, 1985). Cela demanderait au thérapeute d'être en mesure de reconnaître sa contribution personnelle à la dynamique intersubjective (Safran et Muran, 2000).

Une bonne gestion de ces moments demanderait la participation active des deux protagonistes dans un processus d'exploration des aspects sous-jacents afin de dénouer l'impasse relationnelle et de lui donner un sens. La collaboration et l'ajustement constant entre le thérapeute et le patient seraient d'autant plus complexes à établir et à maintenir lorsque le patient présenterait des difficultés à être en relation (Safran et al., 2011). Lorsque les épisodes de rupture d'alliance seraient travaillés adéquatement, ils offriraient des « fenêtres d'opportunités » de changement et renforceraient la relation entre le thérapeute et le patient (Safran et Kraus, 2014; Safran et Muran, 1996, 2000, 2006; Safran et al., 2011). Ainsi, le changement thérapeutique s'effectuerait à travers un processus complexe au cœur duquel la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient occupe une place centrale (Norcross et Lambert, 2014; Teyber, 2000; Teyber et Teyber, 2014).

#### 1.4 Le silence en communication

Hennel-Brzozowska (2008) définissait la communication non verbale comme « une construction et un partage des significations qui arrivent sans emploi de la parole » (p. 21). Elle correspondrait à une forme d'interaction et d'engagement de la part des interlocuteurs (Salvador, 2013). L'expression des phénomènes non verbaux s'effectuerait en grande partie de manière inconsciente et serait donc moins sujette à la censure comparativement à la communication verbale (Hennel-Brzozowska, 2008). Le silence ferait partie des phénomènes de la communication non verbale prenant place au sein de la dynamique interactionnelle et relationnelle (Bruneau et Achaz, 1973). Il véhiculerait un large spectre d'expériences affectives pouvant s'opposer telles que la joie, l'amour, l'excitation, l'harmonie ou la colère, la peur, la tristesse, le désespoir et l'hostilité (Liegner, 1974).

Dans une perspective linguistique, Malik (2000) conférait au silence un rôle fondamental dans la compréhension, l'expression et la réception d'un message verbal.

Il permettrait d'une part, un intervalle de réflexion dédié à la compréhension et l'organisation de l'expression verbale et d'autre part, il serait essentiel à l'écoute de l'autre et offrirait une présence active (Salvador, 2013). En ce sens, Metidji (2014) stipulait que « tout acte de communication porte sa part de silence » (p. 217).

Malgré que l'on confère au silence un grand potentiel de communication, il demeure un phénomène de la communication non verbale difficile à interpréter puisqu'il interférerait avec d'autres signes non verbaux et serait influencé par le contexte culturel, social et relationnel de l'échange (Hennel-Brzozowska, 2008). Ainsi, le silence est considéré comme un phénomène ambigu, hétérogène et polysémique de la communication (Guzmán Sánchez, 2018). Il serait néanmoins un élément essentiel à l'interaction interpersonnelle (Lane et al., 2002).

### 1.5 Le silence en psychothérapie

La présente section a pour objectif de présenter l'évolution de la conceptualisation du silence lors de rencontres psychothérapeutiques. De prime abord, le silence a longtemps été sous-estimé et relayé au second plan comparativement à la communication verbale (Cosnier, 1996; Langs, 1973). Les premiers écrits psychanalytiques concevaient que le silence du patient possédait une signification particulière et plutôt unidimensionnelle, celle de la résistance du patient, alors que le silence du thérapeute relevait plutôt du cadre thérapeutique. Toutefois, comme nous le verrons ci-bas, des travaux plus récents ont donné lieu à un élargissement de sa conceptualisation. Certains auteurs conçoivent ainsi le silence comme étant une manifestation consciente de la part du thérapeute et du patient, alors que d'autres y voient le résultat de processus subjectifs et intersubjectifs inconscients.

### 1.5.1 Le silence du patient

Les premiers écrits portant sur le silence proviennent des psychanalystes classiques. Ceux-ci concevaient le silence des patients comme un obstacle à l'analyse, décrite comme étant une « cure par la parole » (Breuer et Freud, 1895/1955). Le succès de l'analyse résidait, entre autres, dans la capacité du patient à verbaliser, sans retenue, ce qui lui venait à l'esprit. L'analyse privilégiait donc l'interprétation des associations libres, des rêves, du transfert et de la parole elle-même.

Le silence pouvait aussi être l'expression de mouvements défensifs associés à la conflictualité psychique correspondant aux différents stades de développement psychosexuel (Bergler, 1938). À titre d'exemple, un silence « phallique » représentait une manifestation défensive contre l'angoisse de castration et/ou l'angoisse liée à la scène primitive (Fliess, 1949). La théorie de la deuxième topique a introduit la notion d'instances psychiques (ça, moi et surmoi) et les résistances du patient pouvaient être attribuées à l'une des instances suivant sa localisation topique (Freud 1923/1991). Selon cette théorie, le silence pouvait être une défense du moi contre une montée pulsionnelle agressive et sexuelle (Fliess, 1949; Sabbadini, 2004). Ainsi, Sabbadini (2004) expliquait que les manifestations de silence seraient l'expression de la formulation de compromis résultant de la conflictualité psychique du patient.

De plus, un grand pan de la littérature concernant le silence des patients a été dédié à sa signification en fonction des enjeux psychiques distinctifs du développement précoce et des mouvements régressifs qui y sont associés (Lane et al., 2002). Selon Ionescu et al. (1997), le concept de régression faisait référence à « un retour plus ou moins organisé et transitoire à des modes d'expression antérieurs de la pensée, des conduites ou des relations objectales, face à un danger interne ou externe, susceptible de provoquer un excès d'angoisse ou de frustration » (p. 256).

Il est pertinent de s'intéresser aux travaux de Winnicott (1958, 1969) puisqu'il a amené une compréhension différente et plus approfondie du silence (Lane et al., 2002; Sabbadini, 2004). Selon sa conceptualisation, le temps passé en silence avec les patients serait un moment partagé plutôt qu'une absence de communication. Les concepts de préoccupation maternelle primaire et de capacité à être seul sont particulièrement utiles pour comprendre le silence des patients (Lane et al., 2002; Sabbadini, 2004).

Durant le développement précoce, les interactions mère-enfant passeraient principalement par le langage non verbal et la façon dont elles seraient vécues a un impact dans le développement du « self ». Nacht (1964) expliquait que l'expérience de sécurité fondamentale au cœur de laquelle la mère et l'enfant sont indifférenciés ne pourrait qu'être vécue en silence. Cette expérience pourrait être vécue de façon harmonieuse ou de façon discontinue et irrégulière, ce qui a aurait impact sur le développement psychique de l'enfant. À l'âge adulte, le silence partagé avec le thérapeute permettrait un retour fantasmatique au noyau nucléaire mère-enfant indifférencié. La réactualisation de cette expérience qui se fait au sein de la dynamique transféro-contre-transférentielle serait thérapeutique lorsqu'elle renverrait au sentiment de sécurité fondamentale en présence d'une « mère suffisamment bonne ». Or, cette réactualisation pourrait être vécue comme menaçante lorsqu'elle renverrait à un sentiment de discontinuité qui serait associé à des soins primaires ponctués d'irrégularités (Arlow, 1961; Khan, 1963; Leira, 1995; Nacht, 1964; Sabbadini, 1991; Weinberger, 1964; Zelig, 1961).

De plus, Winnicott (1958) concevait que la capacité du patient d'être en silence impliquerait l'intégration de la capacité d'être seul en présence de la mère « suffisamment bonne » à l'enfance. Au cours du développement, le « self » de l'enfant serait soutenu par le moi de la mère et l'enfant intérioriserait graduellement les aspects maternels « suffisamment bons », ce qui permettrait, entre autres, de faire

l'expérience d'être seul. De cette façon, être seul ne renverrait pas à un vécu de solitude, mais deviendrait un espace sécuritaire d'exploration de sa propre subjectivité. Winnicott soulignait ainsi que l'acquisition de cette capacité serait soutenue de façon paradoxale par l'expérience d'être seul en présence d'un autre.

Dans l'éventualité où le développement s'est effectué normalement, le silence partagé en rencontre pourrait correspondre à un espace sécuritaire analogue à celui de l'enfant seul en présence d'une « mère suffisamment bonne » dans lequel le patient se sentirait apaisé et compris par le thérapeute (Strean, 1969). De même, l'acquisition de la capacité d'être seul permettrait au patient un espace d'exploration et de construction de l'individualité psychique. Interrompre trop rapidement ces moments, dans ces circonstances, ne donnerait pas la chance au patient de s'appuyer sur ses propres ressources et de mettre des mots sur son vécu subjectif. Par conséquent, cet espace devrait être autorisé, respecté et encouragé (Strean, 1969).

Par contre, lorsque le développement a été mis à mal au cours de l'enfance, le silence en rencontre deviendrait menaçant lorsqu'il renverrait à une réactivation des angoisses précoces liées à l'absence ou aux irrégularités de la présence d'une figure maternelle « suffisamment bonne ». L'enfant n'aurait pas pu compter sur sa mère pour construire ses repères internes et se construire en tant que sujet, ce qui fragiliserait ce sentiment d'être. Le silence ne permettrait pas au patient d'utiliser ses ressources internes et de penser par lui-même. Il serait alors synonyme de discontinuité et de rupture dans le lien avec le thérapeute.

Nous pouvons ainsi noter les enjeux importants qu'impliquerait le silence dans le développement de l'enfant et ses impacts dans la façon dont le patient vivrait le silence dans la rencontre thérapeutique (Ducieux, 2019). La tâche du thérapeute serait de comprendre avec le patient les raisons qui sous-tendent son silence (Sabbadini,

2004) de même que ses besoins affectifs et relationnels (Lane, Koetting et Bishop, 2002).

### 1.5.2 Le silence du thérapeute

Le silence du thérapeute possède différentes fonctions et celles-ci ont été approfondies au fil des années. Il a été d'abord conçu comme une dimension fondamentale du cadre analytique ou comme une technique thérapeutique qui contribuerait à la mise en place des conditions propices à la régression ainsi qu'à l'écoute du patient (Langs, 1973). Zelig (1961) et Nacht (1964) postulaient que l'empathie et la bienveillance du thérapeute s'exprimeraient à travers une posture silencieuse et que celle-ci serait fondamentale afin que le travail thérapeutique puisse avoir lieu. De plus, Lane, Koetting et Bishop (2002) évoquaient la fonction de contenance et de « holding » du silence du thérapeute. En ce sens, la fonction contenante du silence permettrait un espace où la détresse affective du patient pourrait être reçue, contenue et « pensée ensemble ». Cela nécessiterait une capacité d'écoute empathique.

Similairement, la notion de « holding » a été associée aux capacités de contenir physiquement et psychologiquement la détresse du patient par l'entremise de la sensibilité, de la compréhension empathique du thérapeute ainsi que d'un environnement affectif et sécurisant. Un silence thérapeutique contenant et empathique offrirait au patient un espace sécuritaire (Nacht, 1964) permettant l'élaboration d'un travail au cœur duquel la relation thérapeute-patient se veut réparatrice. Flores (2012) ajoutait que ces capacités dites « suffisamment bonnes » permettraient un ajustement du thérapeute à l'expérience psychique du patient à l'instar de ce qui se passe dans la relation mère-enfant. Nacht (1964) résumait ces capacités comme étant l'être du thérapeute : la capacité du thérapeute silencieux d'accueillir et d'accepter la conflictualité psychique du patient. Ainsi, le silence représenterait un élément essentiel au travail de psychothérapie (Nacht, 1964).

### 1.5.3 Conceptualisation intersubjective du silence

Selon une perspective intersubjective, le silence représenterait un moment au sein de l'interaction entre le thérapeute et le patient, qui se situe dans l'intersubjectivité de la relation thérapeutique (Sabbadini, 2004; Yousef, 2010). Il n'appartiendrait pas seulement à l'un ou à l'autre des protagonistes, mais au « nous » du couple thérapeutique (Maffei, 2005). Cela signifierait que la responsabilité du moment passé en silence serait partagée par les deux protagonistes et résulterait de l'interaction de leurs contributions mutuelles. Suivant la même logique, Fauré et Alix (2016) expliquaient que le silence correspondrait à l'action de « se taire ensemble » et renverrait à une façon « d'être » avec le patient plutôt qu'à une façon « de faire ». Cette perspective se distingue des premiers écrits psychanalytiques qui situent l'origine du silence à la conflictualité psychique du patient principalement.

En somme, le silence en psychothérapie possède de multiples significations. Il a d'abord été conçu comme un obstacle thérapeutique de même qu'une manifestation défensive de la part du patient. Il a ensuite été conceptualisé en s'appuyant sur les expériences précoces durant l'enfance ainsi qu'à l'aide des notions d'intersubjectivité. Il est important de retenir que le silence revêtirait un amalgame de significations dépendamment des particularités psychiques et relationnelles du thérapeute et du patient.

## 1.6 État des connaissances empiriques sur le silence en psychothérapie

La présente section vise à présenter les résultats principaux des études empiriques effectuées jusqu'à maintenant sur le silence dans un contexte psychothérapeutique. Différentes méthodologies ont été utilisées afin de mesurer et de conceptualiser le silence. Celles-ci varient en fonction de la manière d'opérationnaliser le construit et

de sa mise en relation avec différents aspects de l'alliance et du processus thérapeutique.

### 1.6.1 Silence comme technique thérapeutique

Tindall et Robinson (1947) ont été dans les premiers à réaliser une étude sur le silence en psychothérapie. Tout comme beaucoup d'études effectuées à cette époque, ils s'intéressaient à l'effet du silence conceptualisé en tant que technique thérapeutique utilisée consciemment par les thérapeutes sur les changements observables chez les patients. L'étude avait pour but de mesurer l'impact de la fréquence des silences initiés par les patients et par les thérapeutes sur l'interaction thérapeute-patient.

Sur la base de leurs résultats, ils ont identifié trois types de silence initiés par les thérapeutes et quatre types de silence initiés par les patients. Les silences initiés par les thérapeutes étaient : les silences délibérés, les silences organisationnels, les silences neutres. Les silences organisationnels étaient les plus fréquemment initiés par les thérapeutes (196 sur 369) et seraient utilisés dans le but d'organiser leurs pensées afin qu'elles soient transmises de façon cohérente. Les silences délibérés seraient, quant à eux, utilisés afin d'encourager la reprise de parole par le patient alors que les silences neutres s'apparenteraient à des pauses discursives du discours extra-thérapeutique.

Les silences initiés par les patients étaient : les silences d'indécision, les silences neutres, les silences organisationnels et les silences de sollicitation. Ces derniers (27 sur 285) étaient le type de silence le moins employé par les patients et seraient utilisés afin de susciter la reprise de la parole par le thérapeute. Les silences d'indécision refléteraient l'ambivalence des patients quant à l'exploration d'affects ou la mise à distance de contenus affectifs. À l'opposé, peu d'affects seraient ressentis chez les patients au cours des silences neutres et ils s'apparenteraient à des pauses discursives du discours extra-thérapeutique. Les patients utiliseraient les silences organisationnels

pour organiser leurs pensées afin qu'elles traduisent aussi adéquatement que possible leurs expériences internes. Les silences neutres (109 sur 285) et les silences organisationnels (101 sur 285) étaient les types de silence les plus fréquemment employés.

### 1.6.2 L'expérience du silence par les thérapeutes

Hill et al. (2003) ainsi que Ladany et al. (2004) se sont intéressés à la perception du silence du point de vue des thérapeutes à l'aide d'un questionnaire et d'un entretien semi-structuré. Les résultats de ces études faisaient ressortir que les thérapeutes utilisaient le silence de manière intentionnelle. Plusieurs éléments contextuels influenceraient l'usage qu'ils en font, par exemple, le type de tâche effectuée au cours de la rencontre ou le moment de sa manifestation en rapport aux phases de la psychothérapie (au début, au milieu ou à la fin de la psychothérapie) (Ladany et al., 2004). Par ailleurs, ce serait la qualité de l'alliance thérapeutique perçue par les thérapeutes qui serait déterminante dans l'usage qu'ils font du silence. En ce sens, les thérapeutes n'utiliseraient pas le silence lorsqu'ils percevraient que le lien est de mauvaise qualité, car dans ces circonstances, les patients seraient plus enclins à vivre le silence comme un rejet de la part du thérapeute et à se désengager du processus thérapeutique. En présence d'une alliance de qualité, le silence permettrait de communiquer leur empathie et leur bienveillance ainsi que de donner un espace de réflexion au patient. Les auteurs notaient aussi que le silence permettrait au patient de s'engager davantage dans le processus thérapeutique en explorant des thèmes centraux au travail thérapeutique.

Leurs résultats semblent toutefois s'appliquer aux rencontres dans une psychothérapie assez avancée, c'est-à-dire lorsque les thérapeutes connaîtraient davantage leurs patients et qu'un lien thérapeutique serait établi. Il serait possible que l'usage du silence par les thérapeutes se base sur différents éléments lors des premières rencontres de psychothérapie puisque l'alliance thérapeutique serait alors à construire.

De plus, la façon dont les patients vivraient et emploieraient le silence n'est pas prise en compte dans le cadre de ces études. La validité et la fidélité du questionnaire « maison » ne sont par ailleurs pas connues.

### 1.6.3 L'expérience du silence par les patients

Levitt (2001a, 2001b, 2002) a effectué une série d'études afin d'explorer l'expérience subjective des patients lors des moments de silence et de développer un instrument de mesure soit le *Pausing Inventory Categorization System* (PICS : Levitt, 1998). Les trois principaux types étaient les silences productifs, les silences obstructifs et les silences neutres sous lesquels plusieurs sous-types de silences se déclinent.

Levitt opérationnalisait le silence comme un moment dans une rencontre thérapeutique au cours duquel l'interaction verbale entre le thérapeute et le patient est interrompue pendant une durée de trois secondes et plus. Ces silences même très courts renverraient à une intentionnalité du patient et du thérapeute et se distingueraient des silences discursifs d'une interaction spontanée extra-thérapeutique.

Les silences productifs étaient présents lorsque les patients entraient en contact avec un grand éventail d'affects. Un travail d'exploration et d'appropriation des affects s'effectuait au cours de ces pauses. En ce sens, ils favoriseraient l'expression de contenu affectif en lien avec les enjeux psychiques du patient.

Les silences neutres, quant à eux, étaient présents dans le discours des patients lorsque ceux-ci changeaient de sujet de discussion sans en avertir leur interlocuteur ou lorsqu'ils revenaient à un sujet précédemment abordé dans la rencontre. De plus, un manque du mot ou un oubli concernant des événements spécifiques, passés ou actuels, induirait aussi ce type de pause. Levitt mentionnait que ce type de silence demeure difficile à décrire et serait peu fréquent dans le discours des patients.

Finalement, les silences obstructifs étaient présents lorsque les patients tentaient de mettre à distance des affects et des contenus psychiques angoissants ou confrontants. Les patients se désengageraient de la relation et du processus thérapeutique lors de ses silences.

Les résultats de ces études permettaient à Levitt de conclure que les silences des patients refléteraient différentes expériences subjectives en lien avec la nature de l'échange thérapeutique précédant le silence. Elle suggérait que l'identification du type de silence par les thérapeutes au cours des rencontres les aiderait à effectuer des interventions plus adaptées à l'expérience du patient, ce qui en retour, contribuerait à favoriser le processus thérapeutique (Levitt, 2002). Levitt définissait le silence au cours d'une rencontre thérapeutique comme un moment co-construit par le thérapeute et le patient. Néanmoins, le PICS porte uniquement sur l'expérience des patients au cours des silences.

#### 1.6.4 Le silence, l'alliance et l'efficacité thérapeutique

Différents auteurs s'intéressent à l'effet qualitatif et quantitatif des moments silencieux sur la qualité de l'alliance thérapeutique et sur le succès thérapeutique. L'une des premières études effectuées à ce sujet est celle de Cook (1964). Elle visait à mesurer les associations entre la proportion de silence dans un segment de 120 secondes de psychothérapie sur le changement thérapeutique mesuré au moyen de l'échelle *Process Scale* (Walker et al., 1960). Les analyses statistiques portaient sur les silences qui ont été interrompus par le client uniquement et qui étaient d'une durée de cinq secondes et plus.

Les résultats montraient la présence d'une relation quadratique entre la proportion de silence et le succès thérapeutique. Un score élevé à l'échelle *Process Scale* était associé à une proportion de silence entre 4 % et 20 % dans un segment de 120 secondes alors qu'un score faible était associé à une proportion de silence variant soit

entre 0 % et 3 % ou au-delà de 21 %. Aussi, il concluait que 22 % de la variance totale du score à l'échelle *Process Scale* serait attribuable à des effets associés à la proportion de silence. Plus spécifiquement, différents facteurs associés à une proportion de silence entre 4 % et 20 % seraient responsables du changement thérapeutique. Selon l'auteur, ces facteurs pourraient renvoyer aux attitudes et aux habiletés relationnelles du thérapeute tels que l'empathie, la compréhension, la congruence et l'intérêt à l'égard du patient. Ces habiletés se traduiraient dans une utilisation particulière du silence.

Sharpley (1997) et Sharpley et al. (2005) se sont intéressés à l'effet de la fréquence et de la durée du silence lors de premières rencontres de psychothérapie sur la qualité de l'alliance (selon le thérapeute) dans le cadre de deux études effectuées de manière séquentielle. La définition du silence correspondait à un moment au cours de la rencontre de cinq secondes et plus au cours duquel il n'y avait aucune interaction verbale entre les deux protagonistes.

Une situation clinique analogue, soit celle d'un « client standardisé » (CS), a été utilisée afin de présenter aux thérapeutes participants une problématique similaire. Le CS était un étudiant aux études supérieures en psychologie ayant reçu une formation visant à présenter un contenu standardisé composé de seize éléments : des informations biographiques et factuelles de même que des contenus affectifs verbaux et non verbaux aux thérapeutes. De plus, la qualité de l'alliance thérapeutique a été obtenue selon la perception du CS à chaque 60 secondes de la rencontre en se basant sur la définition de la troisième dimension de l'échelle du *Working Alliance Inventory* (Horvath et Greenberg, 1986) : une relation confortable, harmonieuse et collaborative entre le patient et le thérapeute (Trout et Rosenfeld, 1980). Le CS recevait un signal sonore dans une oreillette au moment où il devait soumettre sa perception de la qualité de l'alliance (faible, moyenne et bonne) sur un dispositif installé sur l'une de ses mains.

Les résultats ont montré une différence significative dans la qualité du lien selon la fréquence de silences au cours de rencontres initiales et selon la fréquence de silences aux différents stades des rencontres (début, milieu et fin). En effet, les segments de rencontres possédant un plus grand nombre de silences étaient associés à une perception plus élevée de la qualité du lien thérapeutique par le CS. De plus, peu importe la qualité du lien, il y avait un plus grand nombre de silences au milieu et à la fin des rencontres alors que le CS était davantage engagé dans l'exploration de ses affects et du contenu psychique associé. Ainsi, les segments en début de rencontre possédaient moins de silence et étaient associés à un lien de moindre qualité alors que les segments en milieu et en fin de rencontres présentaient un plus grand nombre de silences et un lien thérapeutique de meilleure qualité.

Par ailleurs, les résultats indiquaient une tendance selon laquelle les segments associés à un lien de bonne qualité seraient caractérisés par des silences de plus longue durée comparativement aux segments associés à un lien de moindre qualité. Sharpley et al. (2005) expliquaient que la durée du silence ne semble pas influencer la qualité de l'alliance thérapeutique à elle seule. En effet, malgré que la généralisation de ces résultats se trouve limitée par le contexte expérimental, Sharpley et al. (Sharpley, 1997; Sharpley et al., 2005) concluaient que le silence et sa fréquence favoriseraient le développement du lien thérapeutique au cours des rencontres initiales. Lors des silences, les patients auraient le temps de réfléchir sur ce qui a été abordé et d'entrer en contact avec leurs expériences affectives. Ils concluaient que les silences permettraient de favoriser le développement du lien thérapeutique.

Plusieurs études (Daniel et al., 2018; Frankel et al., 2006; Stringer et al., 2010) ont employé le *Pausing Inventory Categorization System* (Levitt, 1998), précédemment présenté, afin de mesurer l'influence de la fréquence des silences productifs et obstructifs sur la qualité de l'alliance et le succès thérapeutique. D'une part, les résultats de Frankel et al. (2006) montraient que la fréquence totale de silence était

significativement plus élevée au cours des rencontres de psychothérapie non fructueuses comparativement aux rencontres de psychothérapie fructueuses, et ce, sans égards au type de silence. De plus, deux tendances statistiques se dégagent des résultats en ce qui concerne les silences productifs et les silences obstructifs. La fréquence totale des silences productifs serait plus élevée au cours des psychothérapies fructueuses alors que la fréquence totale de silences obstructifs serait plus élevée au cours des psychothérapies non fructueuses. Les auteurs suggèrent que ces deux types de silence de même que leur fréquence différencieraient le processus thérapeutique des psychothérapies fructueuses de celles non fructueuses. À cet égard, ils expliquaient que certains patients seraient plus enclins à utiliser le temps passé en silence pour explorer leurs affects et leurs pensées, ce qui contribuerait à l'engagement des patients ainsi qu'à l'efficacité thérapeutique. Or, d'autres patients démontreraient davantage de difficultés à être en contact avec leur vécu psychique. Cette difficulté serait associée au désengagement relationnel et à une alliance de moins bonne qualité avec le thérapeute.

D'autre part, les résultats obtenus par Daniel et al. (2018) montraient que la qualité de l'alliance était significativement plus élevée au cours des psychothérapies qui présentaient peu de silence. De plus, la fréquence de silences obstructifs était significativement liée à une alliance de moindre qualité alors que la fréquence des silences productifs tendrait à être associée à une alliance de meilleure qualité.

La fréquence de silences variait selon les stades (début, milieu, fin) de la psychothérapie. Les patients manifestaient moins de silence (tous types confondus) en début de thérapie. Les auteurs émettaient l'hypothèse que les thérapeutes s'affairaient à développer un lien sûr et à amasser des informations sur les patients lors des premières rencontres, ce qui aurait une influence dans l'usage du silence au sein de l'interaction thérapeutique.

Finalement, l'étude effectuée par Stringer et al. (2010) s'intéresse à l'influence des moments passés en silence au cours de la phase initiale de la psychothérapie. Leurs résultats montraient que la fréquence des silences obstructifs était liée à l'échec thérapeutique. Plus spécifiquement, ce type de silence était associé, de façon significative, à des représentations de soi négatives de même qu'à un sentiment d'échec et d'insatisfaction par rapport à soi. Les auteurs expliquaient ce résultat par le fait que le désengagement présent au cours des premières rencontres contribuerait à la résistance du patient quant à l'exploration de représentations de soi négatives, ce qui aurait un impact négatif sur le déroulement de la psychothérapie de même que sur son issue. Aussi, la fréquence des silences obstructifs était liée négativement à la qualité de l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire que plus la fréquence de ce type de silence était élevée moins la qualité de l'alliance thérapeutique était bonne (Stringer et al., 2010). Selon les auteurs, le développement d'une relation de confiance tôt dans le processus thérapeutique offrirait le support nécessaire au patient dans l'exploration de contenus et affects négatifs. Il est important de noter que la méthode d'analyse statistique utilisée ne permettait pas de connaître la directionnalité de cette association. Certains auteurs (Daniel et al., 2018; Stringer et al., 2010) émettaient l'hypothèse que les liens qui unissent ces deux variables seraient davantage bidirectionnels lors des premières rencontres.

#### 1.6.5 Résumé des résultats empiriques

En somme, les études recensées ont étudié différents aspects du phénomène du silence et leurs impacts sur la qualité de l'alliance et sur le succès thérapeutique. Selon Frankel et al. (2006), les silences productifs favorisaient la réflexion et la compréhension des expériences subjectives et étaient associés à l'efficacité thérapeutique. Les silences obstructifs reflétaient une mise à distance de contenus affectifs de même qu'un désengagement de la part du patient. Ils étaient aussi associés à l'échec thérapeutique.

Par ailleurs, les résultats restent contradictoires quant aux liens entre la fréquence de silences et la qualité de l'alliance thérapeutique. Les résultats de Sharpley et al. (1997; 2005) montraient que les segments de rencontres présentant une fréquence de silences significativement plus élevée étaient liés à une meilleure qualité d'alliance alors que les résultats de Daniel et al. (2018) indiquaient qu'une bonne alliance thérapeutique était associée à une faible fréquence de silences.

Nous retrouvons également des résultats divergents en ce qui concerne la directionnalité des associations entre les moments de silence et la qualité de l'alliance thérapeutique. Certains auteurs (Hill et al., 2003; Ladany et al., 2004) suggèrent que l'effet du silence dépend de la qualité de l'alliance thérapeutique au moment de son utilisation alors que d'autres stipulent la présence d'influences bidirectionnelles entre ces deux variables (Daniel et al., 2018; Stringer et al., 2010). Il à noter que la majorité des études mentionnées précédemment postulaient que la relation qui unit la fréquence et la durée de silence à la qualité du lien thérapeutique serait linéaire. Il nous semble peu réaliste qu'une rencontre essentiellement silencieuse ou, au contraire, une rencontre ne comptant essentiellement aucun silence soit liée à une meilleure qualité du lien thérapeutique qu'une rencontre possédant plusieurs silences de durées variables. Il nous apparaît plus cohérent de postuler qu'une relation de type curvilinéaire unisse le silence et l'alliance thérapeutique.

À notre connaissance, les études de Sharpley et al. (Sharpley, 1997; Sharpley et al., 2005) et celle de Stringer et al. (2010) étaient les seules à s'être intéressées au silence au cours de la phase des premières rencontres de psychothérapie. Leurs résultats indiquaient que le lien thérapeute-patient était de meilleure qualité lors des rencontres présentant une fréquence plus élevée de silences. Sharpley (1997) observait aussi que les segments associés à une alliance de bonne qualité présenteraient des silences de plus longue durée. Par contre, la généralisation de leurs résultats est limitée par le

contexte expérimental (Sharpley, 1997; Sharpley et al., 2005) et par un échantillonnage restreint (Stringer et al., 2010).

Finalement, la majorité de ces études exploraient les moments passés en silence selon le point de vue d'un des protagonistes de la dyade thérapeutique uniquement. Nous croyons que le silence doit être appréhendé comme étant un phénomène intersubjectif résultant de l'influence mutuelle des protagonistes impliqués (Bartels et al., 2016; Daniel et al., 2018; Levitt, 1998, 2001, 2002). Un silence est présent au sein de l'interaction verbale jusqu'au moment où l'un des deux protagonistes « choisit » de reprendre la parole (Bartels et al., 2016; Daniel et al., 2018). Ainsi, dans le cadre du présent essai, nous conceptualisons le silence comme un phénomène co-construit par la dyade thérapeutique.

### 1.7 Objectifs et hypothèse de recherche

Notre essai a pour objectif de mesurer l'effet de la durée et de la fréquence du silence sur la qualité de l'alliance thérapeutique au cours de rencontres de psychothérapie. Nous émettons l'hypothèse que les scores de la qualité de l'alliance thérapeutique covarieront de façon significative dans une relation de type curvilinéaire avec la fréquence ainsi qu'avec la durée du silence. Autrement dit, une augmentation de la fréquence des silences de même qu'une augmentation de la durée de silence devraient être accompagnées d'une augmentation de la qualité de l'alliance jusqu'à l'atteinte d'un plateau à partir duquel ces influences s'inverseraient.

Cette hypothèse tente de pallier les limites méthodologiques et de généralisation des résultats précédemment cités en apportant un éclairage d'une part, quant à l'effet de la fréquence et d'autre part, quant à l'effet de la durée de silence sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Ces deux variables indépendantes (fréquence et durée) n'ont jusqu'à maintenant été mesurées qu'au cours de premières et de dernières rencontres

de psychothérapie. Il nous semble donc pertinent de mesurer ce phénomène au cours de processus de psychothérapie à court terme.

Du point de vue clinique, notre hypothèse traduirait d'une part, selon nous une appréciation spontanée par le thérapeute, probablement « naturelle » et inconsciente, de l'espace nécessaire au patient pour être seul avec l'autre sans se sentir abandonné d'un côté ou poussé à l'extrême de l'autre. D'autre part, ceci traduirait par ailleurs selon nous une entrée progressive dans un espace de réflexion et d'introspection accompagnée, sans distanciation trop anxieuse d'un côté ou d'appels constants à être validé ou secouru de l'autre. En ce sens, la co-construction envisagée ici par notre hypothèse devrait se refléter dans la qualité plus ou moins bonne de l'ajustement fondamental de la dyade thérapeutique que constitue le développement et le maintien d'une alliance « suffisamment solide » au cours de la psychothérapie.

## CHAPITRE II

### MÉTHODE

#### 2.1 Échantillon de rencontres de psychothérapie et participants

L'échantillon du présent essai a été tiré d'une banque d'archives anonymisées de rencontres de psychothérapie<sup>1</sup>. Cette banque est constituée d'enregistrements vidéo de psychothérapies brèves (jusqu'à 20 rencontres) d'orientation humaniste menées avec des patients ayant consulté dans une clinique universitaire de services psychologiques pour des motifs divers. Les patients avaient tous consenti à ce que les rencontres de psychothérapie soient enregistrées à des fins de recherche. Pour garantir plus avant leur anonymat, les visages des participants (thérapeutes tout autant que patients) avaient été floutés au préalable.

La sélection des dyades thérapeutiques retenues pour le présent essai a été effectuée sur la base de deux critères : un nombre suffisant de rencontres au cours de la psychothérapie et une bonne qualité de l'enregistrement vidéo des rencontres. Ainsi, les analyses ont été effectuées sur 123 rencontres de la psychothérapie, issues de huit dyades thérapeutiques distinctes. Chacune des dyades comptait en moyenne 15,38 rencontres utilisables au cours de la psychothérapie. Les patients de l'échantillon,

---

<sup>1</sup> L'accès à l'archive a été gracieusement autorisé par son curateur, le professeur Marc-Simon Drouin du département de psychologie de l'UQAM.

quatre femmes et quatre hommes étaient âgés en moyenne de 31 ans et travaillaient à temps plein ou à temps partiel. La majorité d'entre eux étaient célibataires et n'avaient pas d'enfants. Les huit thérapeutes, sept femmes et un homme, étaient internes doctoraux en psychologie et ils effectuaient une année de pratique supervisée à la clinique universitaire.

## 2.2 Identification des silences

Deux assistantes de recherche, étudiantes au baccalauréat en psychologie, ont été formées à identifier et à comptabiliser la fréquence et la durée des silences à l'aide des bandes audio des rencontres de psychothérapie et de leur spectre. Elles ont consigné la durée (en secondes) de toute pause de 3 secondes et plus dans l'interaction verbale entre le thérapeute et le patient dans chacune des 123 rencontres retenues.

Afin d'établir le critère de la durée des silences du présent essai, nous nous sommes basés sur l'opérationnalisation du silence issu des études, précédemment citées, portant sur le silence de même que sur les connaissances empiriques dans le domaine linguistique. En ce sens, les moments de silence de même que leur durée possèderaient un rôle essentiel dans la compréhension, l'expression et la réception d'un message verbal (Hennel-Brzozowska, 2008; Malik, 2000; Salvador, 2013). La signification des silences de courte durée (quelques millisecondes à deux secondes) serait liée à la complexité de la structure syntaxique et prosodique de même qu'au décodage sémantique d'un message verbal alors que celle des silences de plus longue durée (trois secondes et plus) seraient associée à la nature et au contexte de la relation interpersonnelle dans laquelle se déroule l'échange verbal (Bruneau et Achaz, 1973; Goldman- Eisler, 1968; Rochester, 1973). Ainsi, dans l'objectif de capter le phénomène du silence d'un point de vue intersubjectif (co-construction), nous avons choisi d'inclure les silences présents dans l'échange entre le patient et le thérapeute

d'une durée de trois secondes et plus. Ce critère peut sembler très court d'un point de vue clinique. Par contre, il nous apparaît important de garder à l'esprit qu'un silence de trois secondes et un silence de soixante secondes, par exemple, auraient des effets potentiellement différents au sein de l'échange psychothérapeutique.

### 2.3 Mesure de l'alliance thérapeutique et juges

L'alliance thérapeutique a été évaluée à l'aide de la version courte du *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale-Revised* (VTAS-R : Diamond et al., 1996). Cette échelle est composée de 24 items, évalués sur une échelle de Likert à 6 points (0 = « *none at all* », 5 = « *a great deal* »). Elle permet d'obtenir un score pour chacune de deux sous-échelles, soit Contribution du patient et Interaction thérapeute-patient, de même qu'un score global. La sous-échelle Contribution du patient renvoie à la capacité du patient à aborder et élaborer sur ses difficultés de même que sur ses affects, ses pensées et ses comportements. Elle fait aussi référence à son engagement et à sa volonté de changement au cours de la rencontre ainsi qu'à sa perception affective du thérapeute. La sous-échelle Interaction thérapeute-patient, quant à elle, porte sur l'engagement et la collaboration mutuelle dans le travail thérapeutique. Elle évalue aussi l'accord entre les deux protagonistes concernant les difficultés et les causes de celles-ci de même que l'entente concernant les moyens utilisés afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques fixés. La version révisée possède une bonne consistance interne, tel que démontré par un alpha de Cronbach de .95 (Diamond et al., 1999).

Considérant que l'échantillon de notre essai provient d'une banque d'archives anonymisées, la qualité de l'alliance thérapeutique devait être évaluée a posteriori par des observateurs externes. Nous avons choisi d'utiliser le VTAS-R puisqu'il était l'un des six instruments de mesure les plus communément utilisés dans les travaux empiriques (Martin et al., 2000). Ses qualités psychométriques de même que sa facilité d'utilisation ont aussi contribué au choix de cet instrument.

Trois juges (deux femmes, dont l'auteure du présent essai, et un homme), tous des étudiants au doctorat en psychologie ayant complété au moins une année de stage clinique, ont effectué la cotation de l'échelle.

## CHAPITRE III

### RÉSULTATS

#### 3.1 Fidélité interjuges

La fidélité interjuges au VTAS-R a été estimée au moyen de coefficients de corrélation intraclasse basés sur l'accord absolu de trois juges considérés comme effet aléatoire, ce qui correspond à la notation  $ICC(2,1)$  de Shrout et Fleiss (1979). Elle a porté sur 19 des 123 rencontres (15.45 % du matériel) utilisées. Au score global, nous avons obtenu un  $\rho_1 = .67$ ; alors qu'aux sous-échelles « Contribution du patient » et « Interaction patient-thérapeute », nous avons obtenu respectivement  $\rho_1 = .69$  et  $\rho_1 = .62$ . Ces résultats montrent que la fidélité interjuges peut être qualifiée dans les trois cas de « bonne » (Cicchetti, 1994) à « substantielle » (Landis et Koch, 1977), selon le degré de conservatisme des points de référence utilisés.

#### 3.2 Analyse préliminaire des données et statistiques descriptives

Une inspection préliminaire des données de silence et d'alliance thérapeutique a permis de constater que les distributions des variables à l'étude rencontraient dans la majorité des cas les postulats de normalité. Dans les quelques cas où les distributions présentaient des données aberrantes, ces dernières ont été winsorisées (c'est-à-dire ramenées au seuil limite de trois écarts-types de la moyenne).

Les statistiques descriptives pour les variables d’alliance thérapeutique et de silence sont présentées au Tableau 3.1.

Tableau 3.1 Statistiques descriptives pour les variables d’alliance thérapeutique et de silence

Variable	Moyenne	Écart-type
Alliance thérapeutique (VTAS-R)		
Échelle globale	95.80	15.80
Sous-échelle Interaction patient-thérapeute	46.57	7.92
Sous-échelle Contribution du patient	32.23	8.90
Silences par rencontre		
Fréquence	75.62	34.28
Durée (sec.)	3.92	1.18
Durée totale (sec.)	314.62	205.92

$N = 31$  rencontres.

### 3.3 L’association entre le silence et l’alliance thérapeutique

Des analyses multi-niveaux ont été effectuées dans le but de vérifier la présence de relations quadratiques entre les scores de la fréquence, de la durée moyenne et de la durée totale de silence d’une part et les scores au VTAS-R d’autre part. Ce type d’analyse a été utilisé puisqu’il permet de prendre en compte la dépendance des données (Field, 2009) et d’être effectué malgré la présence de données manquantes (séances de psychothérapie) au sein des dyades thérapeutiques de l’échantillon.

### 3.3.1 Résultats touchant à la durée moyenne des silences

Les résultats des analyses portant sur les paramètres d'estimations des effets des relations quadratiques entre la durée moyenne des silences et les scores de l'alliance thérapeutique à chacune des trois sous-échelles du VTAS-R sont présentés au Tableau 3.2.

Tableau 3.2 Paramètres d'estimation des effets des relations quadratiques entre la durée moyenne des silences et les scores de l'alliance thérapeutique à chacune des trois sous-échelles du VTAS-R

Paramètre	Sous-échelle					
	Échelle globale		Interaction patient-therapeute		Sous-échelle Contribution du patient	
	Pseudo $R^2$	$\beta$	Pseudo $R^2$	$\beta$	Pseudo $R^2$	$\beta$
Quadratique	.26**		.29		.25**	
(Constante)		0.14		0.06		0.20
Durée moyenne des silences		0.15		0.13		0.14
(Durée moyenne des silences) <sup>2</sup>		-0.17		-0.10		-0.21

\*\*  $p < .01$

D'une part, la durée moyenne de silence s'est avérée liée significativement et de manière quadratique aux scores de l'échelle globale du VTAS-R. Les résultats indiquent une taille d'effet (pseudo  $R^2 = .26$ ,  $p < .01$ ) que l'on peut qualifier de « grande » suivant les barèmes de Cohen (1992).

Le plateau de cette relation quadratique correspondrait à une durée moyenne de silence de 4.91 secondes et à un score de 99.65 à l'échelle globale du VTAS-R : les rencontres présentant des silences de plus courte ou de plus longue durée moyenne que 4.91 secondes seraient associées à un score plus faible de la qualité de l'alliance thérapeutique.

D'autre part, la durée moyenne de silence s'est avérée liée significativement et de manière quadratique à la sous-échelle Contribution du patient. Les résultats indiquent une taille d'effet (pseudo  $R^2 = .25$ ,  $p = .002$ ) que l'on peut qualifier de « moyenne » à « grande » suivant les barèmes de Cohen (1992).

Le plateau de cette relation quadratique correspondrait à une durée de silence de 4.67 secondes et à un score de 51.31 à la sous-échelle Contribution du patient du VTAS-R : les rencontres présentant des silences de plus courte ou de plus longue durée moyenne que 4.67 secondes de silence seraient associées à un score plus faible de la qualité de la contribution du patient comme composante de l'alliance thérapeutique.

Par ailleurs, la durée moyenne de silence ne s'est pas avérée liée significativement aux scores de la sous-échelle Interaction thérapeute-patient.

### 3.3.2 Résultats touchant à la durée totale de silence

Les scores de la durée totale de silence ne se sont pas avérés liés de manière quadratique à l'un ou l'autre des scores du VTAS-R : ni à l'échelle globale (pseudo  $R^2 = .25$ , *ns*), ni à la sous-échelle Interaction thérapeute-patient (pseudo  $R^2 = .29$ , *ns*) et enfin ni à la sous-échelle Contribution du patient (pseudo  $R^2 = .22$ , *ns*).

### 3.3.3 Résultats touchant à la fréquence des silences

Pour terminer, les scores de fréquence des épisodes discrets de silence (c'est-à-dire le nombre de silences de plus de trois secondes par rencontre) ne se sont pas non plus

avérés liés de manière quadratique à l'un ou l'autre des scores du VTAS-R : ni à l'échelle globale (pseudo  $R^2 = .24$ , *ns*), ni à la sous-échelle Interaction thérapeute-patient (pseudo  $R^2 = .29$ , *ns*) et enfin ni à la sous-échelle Contribution du patient (pseudo  $R^2 = .21$ , *ns*).

## CHAPITRE IV

### DISCUSSION

Le présent essai avait pour objectif de vérifier si, au cours de rencontres de psychothérapie, la durée et la fréquence de silences covarient avec les scores d'alliance thérapeutique suivant une relation curvilinéaire. Les résultats obtenus appuient partiellement notre hypothèse. Aucune relation significative n'a été observée entre les scores de la durée totale du silence et les scores du VTAS-R de même qu'entre les scores des épisodes discrets de silence et les scores du VTAS-R. Par contre, les scores de la durée moyenne du silence se sont avérés associés de manière quadratique au score global de l'alliance thérapeutique et aux scores de la sous-échelle Contribution du patient, tel que mesuré par le VTAS-R. Compte tenu des tailles d'effet observées dans ces deux cas et compte tenu de la cohérence de ces relations statistiques en regard des hypothèses cliniques sous-jacentes, il nous est apparu d'intérêt de rapporter les résultats de ces analyses et d'approfondir leur portée au plan clinique.

#### 4.1 Associations entre la durée moyenne du silence et l'alliance thérapeutique

D'une part, les résultats statistiques obtenus montrent que les scores de la durée moyenne de silence seraient associés de façon quadratique au score global de l'alliance thérapeutique telle que mesurée au moyen du VTAS-R. Ceci suggère que, au cours de rencontres de psychothérapie, la durée moyenne des silences semble

ponctuer l'échange verbal entre le thérapeute et le patient en introduisant un rythme particulier, qui s'avère plus ou moins optimal selon la durée des pauses. Il semble qu'il serait important que les silences soient suffisamment longs pour permettre un espace d'exploration et de réflexion, sans toutefois être trop longs et ainsi introduire par exemple une distance entre les deux protagonistes.

Les études de Hill et al. (2003) et de Ladany et al. (2004) en arrivaient à une conclusion similaire : ces auteurs stipulaient que les moments de silence permettraient aux patients d'explorer et d'élaborer sur ce qui est présent dans leur expérience affective, ce qui favoriserait en retour leur engagement dans le processus thérapeutique.

D'autre part, l'association entre la durée moyenne de silence et la qualité de l'alliance thérapeutique semble plus particulièrement déterminée par les aspects de la contribution du patient, mesurés par la sous-échelle du même nom. Selon les auteurs de l'instrument, la sous-échelle Contribution du patient renvoie à la perception affective du patient envers le thérapeute. Elle fait aussi référence à l'engagement et à la collaboration du patient au sein du travail thérapeutique de même qu'à la volonté de changement du patient. L'association observée entre la durée moyenne de silence et cette sous-échelle suggère donc que des silences comptant en moyenne un peu moins de cinq secondes soutiennent positivement engagement et espoir chez le patient.

#### 4.1.1 Association optimale entre la durée moyenne de silence et la sous-échelle Contribution du patient

Il demeure que l'association optimale décrite par les résultats statistiques obtenus se traduirait selon nous par la participation active des deux protagonistes dans le travail thérapeutique, mais possiblement avec des responsabilités distinctes. Bien que nous ne l'ayons pas vérifié formellement à partir du contenu des rencontres, il semble

crédible de penser qu'au cours des rencontres thérapeutiques, le patient serait engagé activement dans l'interaction thérapeutique en élaborant ouvertement sur les thèmes et sur les expériences psychiques centraux aux difficultés pour lesquelles il vient consulter. En parallèle, et malgré que chacune de ses interventions ne puisse être thérapeutique en soi, il s'avérerait important que le thérapeute relance le patient « en panne de mots » sans trop laisser le silence se prolonger afin de signifier sa présence et son soutien. Le patient serait alors plus enclin à s'appuyer sur les relances du thérapeute dans la poursuite du travail thérapeutique. Dans le même sens, il se pourrait que le thérapeute ayant terminé une intervention verbale et constatant un silence plus prolongé qui s'ensuit ait davantage à inviter le patient à partager ses réflexions (à reprendre la parole) plutôt qu'à laisser le silence se prolonger trop longtemps. Encore une fois, plusieurs cas de figures existent mais il apparaît clair que le silence demeure une co-création.

En ce sens, la façon dont la dyade thérapeutique travaillerait ensemble pour établir un rythme particulier, ni trop pressé ni trop distant, serait potentiellement déterminante dans la qualité de l'alliance thérapeutique de la psychothérapie. Ce serait donc tout particulièrement en regard de la qualité de la co-construction de leur « danse relationnelle » que cette modulation optimale du temps passé en silence pourrait opérer.

Des résultats similaires ont été obtenus par Sharpley (1997) entre la durée moyenne du silence et la qualité de l'alliance thérapeutique définie comme un lien de confiance et d'harmonie ainsi qu'un sentiment de collaboration selon le patient. Les rencontres présentant des silences de plus longue durée auraient tendance à être associées à une perception plus élevée de la qualité de l'alliance thérapeutique selon le patient. Bien que l'opérationnalisation de la durée de silence correspondait dans ce cas à des silences de plus longue durée (5 secondes et plus) que celle de notre essai, il en ressortait que la rythmicité de l'échange thérapeutique interviendrait dans la

qualité de certains aspects de l'alliance thérapeutique, dont la perception du lien thérapeutique par le patient.

#### 4.1.2 La rythmicité au sein de la relation mère-enfant et ses liens avec le rythme interactionnel thérapeute-patient

Les travaux portant sur l'accordage affectif de la relation précoce mère-enfant nous informent sur l'importance de la rythmicité dans le développement psychique de l'enfant et nous semblent offrir des parallèles apportant un éclairage clinique aux résultats statistiques obtenus, à tout le moins en ce qui concerne plus spécialement l'apport du thérapeute aux silences co-construits. Il nous apparaît donc pertinent de faire un court détour sur certains aspects de la rythmicité de la relation mère-enfant pour ensuite aborder ses implications potentielles dans la perception du lien thérapeutique selon le patient de même que dans l'engagement de ce dernier au sein du travail thérapeutique, tel que mesuré par la sous-échelle Contribution du patient du VTAS-R.

Il est établi que la rythmicité interactionnelle fournit une base de sécurité dans le développement psychique. La qualité de cette sécurité dépendrait, entre autres, de la disponibilité et de la capacité de la mère à s'ajuster aux besoins et au rythme de l'enfant (Ciccone, 2006; Ciccone et al. 2007; Mellier et Ciccone, 2012). Ce dernier pourra s'appuyer sur la contingence des réponses maternelles et sur leur rythmicité réciproque lorsqu'il fait face aux aléas de la vie. En ce sens, Marcelli (2000) expliquait que la rythmicité des interactions mère-enfant a pour fonction de lier « ce qui est du registre de la continuité d'un côté et ce qui est du registre de la suspension, rupture, césure, coupure, de l'autre ». Au fil du temps, les interactions entre la mère et l'enfant constituent un ensemble de réactions réciproques, qui caractérise l'interaction de la dyade. En ce sens, la réciprocité des échanges serait un des indicateurs de la qualité de l'interaction.

L'expérience de réparation c'est-à-dire le réajustement du rythme maternel à celui de l'enfant posséderait un caractère essentiel afin d'assurer une continuité rythmique suffisante (Stern, 1997). C'est ainsi que Ciccone (2006) explique que les interactions mère-enfant représenteraient une « danse » au cours de laquelle les moments d'ajustement et de désajustement donnent lieu à la co-création d'un rythme interactionnel réciproque qui soutient le partage d'expériences communes à la base du développement psychique de l'enfant. La présence de dysrythmie momentanée dans le rythme interactionnel serait normale voir nécessaire au développement de la subjectivité de l'enfant. Par contre, lorsque cette expérience de dysrythmie persiste dans le temps ou au-delà du seuil de tolérance de l'enfant, celui-ci ne peut s'appuyer sur une expérience cohérente et continue d'existence nécessairement à son développement.

Il a souvent été suggéré que la relation thérapeutique possède un caractère analogue à celle de la relation mère-enfant (Ciccone, 2005; Ciccone et Ferrant, 2006; Leclère, 2015). L'établissement d'un rythme réciproque nécessiterait que le thérapeute fasse preuve de sensibilité et qu'il soit capable de s'ajuster, tôt dans le processus thérapeutique, aux besoins du patient qui sont en constante évolution. Cet ajustement permettrait de créer une base de confiance et de sécurité nécessaire au travail thérapeutique (Canonne, 2012). En ce sens, l'implication du thérapeute dans l'échange et dans le rythme du patient serait essentielle à la qualité des interactions thérapeutiques.

En se basant sur les notions de rythmicité de la relation mère-enfant et sur les résultats obtenus, un rythme « trop pressé » caractérisé par des silences de courte durée de même qu'un rythme « trop distant » caractérisé par des silences de longue durée correspondraient à des moments de dysrythmie au sein de l'interaction thérapeutique. Plus spécifiquement, nous émettons l'hypothèse qu'un rythme « trop distant » pourrait être vécu par le patient comme un manque de soutien et d'étayage

de la part du thérapeute. Tout comme c'est le cas pour l'enfant qui est face aux irrégularités ou à l'absence de la mère, le patient ne pourrait s'appuyer sur ce que le thérapeute lui renvoie afin de donner un sens à ces difficultés et de réguler son vécu affectif.

Nous suggérons aussi qu'un rythme « trop pressé » pourrait être associé à une reprise « trop » rapide de parole de la part du thérapeute laissant peu de place au développement des capacités de symbolisation et à l'appropriation subjective de la part du patient concernant son fonctionnement psychique. Ciccone (2006) expliquait qu'un engagement continu de la mère dans l'interaction avec son enfant est sur-excitant. L'enfant aurait tendance à vivre un sentiment d'intrusion et à manifester des comportements de retrait. Ainsi, il serait possible qu'un rythme accéléré génère un vécu similaire chez le patient, ce qui influencerait possiblement son engagement et sa collaboration dans l'interaction avec le thérapeute.

Les besoins affectifs et psychiques ne pourraient recevoir de réponse parfaitement contingente de la part du thérapeute lorsque la dysrythmie persiste au sein de la relation thérapeute-patient. Néanmoins, dans la mesure où le thérapeute serait capable de se réajuster et de rétablir un rythme qui serait marqué, entre autres, par la présence de pauses suffisantes en terme de durée, le patient pourrait se sentir à nouveau soutenu et en confiance pour collaborer et s'appuyer sur la personne du thérapeute dans la poursuite de la démarche thérapeutique. En ce sens, Lehalle et Millier (2005) expliquaient que les thérapeutes « accordants » seraient ceux qui s'ajustent aux émotions, aux affects, à l'expérience et au rythme qu'ils perçoivent chez le patient. Cette capacité suggérerait l'implication d'une posture bienveillante et empathique de même que des capacités d'adaptation de la part du thérapeute. Ces aspects ont d'ailleurs été soulignés par Cook (1964) et par Daniel et al. (2018), dont les études ont été présentées précédemment.

Bref, les notions de rythmicité interactionnelle de la relation mère-enfant ont permis d'apporter un éclairage clinique aux résultats statistiques portant sur l'association entre la durée moyenne de silence et les scores de la sous-échelle Contribution du patient. Dans un premier temps, cette association optimale traduirait la co-construction d'une rythmicité qui s'avérerait commune et mutuelle pour les protagonistes et permettrait au patient de se sentir suffisamment en confiance et en sécurité dans le lien au thérapeute. Dans un deuxième temps, cette réciprocité rythmique contribuerait à la collaboration et à l'engagement du patient dans le travail thérapeutique et plus spécifiquement dans l'exploration de ses difficultés, dans sa propension à s'appuyer sur la personne du thérapeute de même que sur ce que ce dernier amène dans l'espace de travail et dans sa capacité à se montrer vulnérable. Le patient se sentirait davantage compris et supporté par le thérapeute lorsque le rythme interactionnel s'avérerait mutuel.

#### 4.1.3 Directionnalité des influences

L'interprétation des résultats du présent essai fournit un éclairage quant à la directionnalité des influences, soulignée par certains auteurs mentionnés précédemment (Daniel et al., 2018; Stringer et al., 2010), entre les moments de silence et la qualité de l'alliance thérapeutique au cours des rencontres de psychothérapie. Ils avaient émis l'hypothèse que la relation entre ces deux variables serait bidirectionnelle. D'une part, la façon dont le thérapeute et le patient vivraient les moments de silence au cours d'une rencontre aurait un impact sur leur évaluation de la qualité de leur lien thérapeutique. D'autre part, la qualité du lien influencerait la façon dont la dyade utiliserait et vivrait le temps passé en silence.

Malgré que nous n'ayons pas formellement mesuré la bidirectionnalité de cette association en raison de choix méthodologiques et statistiques, les résultats statistiques obtenus et les travaux sur la rythmicité précoce, le développement et le maintien de l'alliance (et plus particulièrement de la sous-échelle Contribution du

patient) suggèrent qu'elle s'effectuerait par l'entremise d'une co-construction de la rythmicité interactionnelle qui prendrait en compte la présence de pauses suffisantes en terme de durée. Nous croyons qu'il serait essentiel que la dyade prenne le temps de « bâtir » dans un premier temps cette rythmicité, afin de soutenir l'établissement d'une bonne alliance au cours des premières rencontres. L'expérience commune et réciproque semblerait être l'une des assises sur lesquelles l'alliance entre le patient et le thérapeute se construirait.

Par la suite, tel que certains auteurs le mentionnaient, il est possible que dans un second temps au cours de la psychothérapie les liens qui uniraient la durée des silences et la qualité de l'alliance deviennent plus nettement bidirectionnels. La qualité de l'alliance pourrait alors influencer la longueur « tolérable » des pauses, et les pauses pourraient servir à consolider l'alliance en permettant réflexion, communion empathique, etc. Des études futures devront être effectuées afin d'approfondir cette hypothèse. Par contre, toujours selon l'interprétation des résultats du présent essai, la présence d'un rythme réciproque, caractérisé entre autres par la présence de silences de durée suffisante, contribuerait à la qualité de l'alliance thérapeutique et non l'inverse. Les moments de silence vécus comme des expériences de syntonie affective seraient ainsi l'un des « ingrédients » influençant la qualité du lien thérapeutique.

#### 4.2 Limites de l'essai et recherches futures

Le présent essai comporte certaines limites. D'une part, le nombre restreint de dyades faisant partie de l'échantillon a pu avoir un impact sur notre capacité à obtenir des résultats significatifs en ce qui concerne l'association entre les scores de la durée (totale ou moyenne) de silence et les scores de la sous-échelle Interaction thérapeute-patient, de même qu'entre la fréquence d'épisodes discrets de silence et les scores aux différentes sous-échelles de l'alliance thérapeutique. Il serait intéressant de vérifier si

ces associations s'avéreraient significatives dans le cadre de recherches futures portant sur un échantillon plus grand. Il est à noter que des résultats d'études antérieures demeurent divergents quant à l'effet du silence sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Les résultats de Sharpley et al. (Sharpley, 1997; Sharpley et al., 2005) montraient que les rencontres possédant une fréquence de silences significativement plus élevée étaient associées à une meilleure qualité du lien thérapeute-patient alors que Daniel et al. (2018) avaient obtenu des résultats opposés.

D'autre part, il aurait été intéressant d'investiguer plus en détails la relation entre les moments de silence et la qualité de l'alliance thérapeutique selon les phases de la psychothérapie (début, milieu et fin). Cela aurait pu nous aider à élaborer des hypothèses quant à la nature de la relation qui unirait les épisodes discrets de silence et la qualité de l'alliance thérapeutique, relation qui s'est avérée non significative dans le présent contexte. À cet effet, certains auteurs dont Daniel et al. (2018) évoquaient qu'il y aurait significativement moins de silence au sein des premières rencontres de psychothérapie. Les thérapeutes emploieraient moins fréquemment le silence comme technique thérapeutique au cours des premières rencontres puisque les patients auraient plus de chance d'y réagir négativement (Ladany et al., 2004). Tel que nous le proposons, Stringer et al. (2010) soulignent l'importance de la présence d'un lien de confiance afin que le silence soit au profit de la qualité de l'alliance thérapeutique. Ainsi, nous suggérons d'étudier prochainement cette association en effectuant des analyses statistiques permettant de distinguer les associations entre ces variables aux différentes phases de la psychothérapie (début, milieu et fin).

### 4.3 Implications et recommandations cliniques

Compte tenu que la qualité de l'alliance thérapeutique serait déterminante dans le bon déroulement de toute démarche thérapeutique et compte tenu du nombre restreint d'études portant sur des processus de psychothérapie brefs en regard des effets du

silence sur le lien thérapeute-patient, le présent essai avait pour objectif d'approfondir l'influence des moments de silence selon une conceptualisation intersubjective (co-construction) au cours de rencontres de psychothérapie. Cette façon de conceptualiser le silence de même que son apport à la qualité de certaines dimensions de l'alliance thérapeutique (liées à la sous-échelle Contribution du patient) constitue des aspects novateurs du présent essai. De plus, tel que mentionné précédemment, une grande partie des études s'intéressant à l'impact de silence sur la qualité de l'alliance thérapeutique ont été effectuées dans un contexte expérimental. Le présent essai visait donc à approfondir les liens entre les moments de silence et le lien thérapeute-patient dans un contexte naturel de psychothérapie clinique.

Au plan de la méthode, l'évaluation de la qualité de l'alliance thérapeutique par des juges externes comporte certains avantages particulièrement en ce qui touche à la validité de l'évaluation du construit de l'alliance. Sachant que les patients tendent à sous-estimer les tensions présentes au sein de la relation avec le thérapeute, l'évaluation par observateurs tiers permettrait une meilleure validité de l'évaluation de ce qui est présent au sein de la relation thérapeute-patient. Tashakkori et Teddlie (1998) expliquent en effet que l'évaluation de l'alliance selon les patients et les thérapeutes serait influencée par leur perception de la relation au cours des rencontres précédentes. Par contre, l'évaluation selon les patients serait légèrement plus prédictive du succès thérapeutique. Il serait donc intéressant d'effectuer une étude comportant des objectifs similaires à la présente afin de vérifier si les résultats seraient comparables lorsque l'alliance thérapeutique est évaluée par des thérapeutes et par des patients.

Au plan clinique, les résultats du présent essai permettent d'élaborer des recommandations concernant l'usage du silence en psychothérapie. D'abord, il apparaît qu'il serait peu recommandé d'utiliser le silence prolongé comme technique d'intervention. Dans ce contexte, les silences pourraient être interprétés comme un

désintérêt ou une mise à distance de la part du thérapeute. Par ailleurs, une reprise de la parole de façon précipitée par le thérapeute aurait aussi des effets délétères sur la qualité du lien thérapeutique. Il semble que certains thérapeutes seraient moins à l'aise lors de moments de silence et auraient tendance à reprendre la parole de façon précipitée afin de combler le « vide », ce qui pourrait freiner le travail d'appropriation subjective du patient. Hill et al. (2003) expliquent que le silence en rencontres générerait de l'anxiété particulièrement chez les jeunes thérapeutes. Dans ces circonstances, il apparaît important que le thérapeute tente de se « reconnecter » à l'expérience du patient en portant attention à son rythme afin de lui offrir une réponse « la plus ajustée possible » lors de silences. La qualité de l'alliance thérapeutique passerait, entre autres, par la façon par laquelle le thérapeute soutient le patient dans l'expression de son vécu psychique. Un tel soutien s'exprimerait alors plus efficacement en regard de la création de l'alliance par des encouragements à élaborer ou des demandes de clarification que par une attente silencieuse, tout empathique qu'elle se veuille.

#### 4.4 Conclusion

En conclusion, le présent essai avait pour but de mesurer l'effet de la durée et de la fréquence de silences sur la qualité de l'alliance thérapeutique au cours de rencontres de psychothérapie brève. Nous avons conceptualisé les moments de silence comme étant un phénomène co-construit dans lequel la subjectivité des deux protagonistes est prise en compte. Les résultats obtenus suggèrent qu'au cours de rencontres, le rythme interactionnel optimal, s'exprimant, entre autres, par des moments de silence suffisants en terme de durée, s'est avérés significativement lié à la sous-échelle Contribution du patient du VTAS-R. La rythmicité thérapeute-patient peut être décrite comme l'ajustement réciproque des protagonistes au cours de l'interaction et serait liée à la collaboration du patient dans le travail thérapeutique de même qu'à la perception d'être soutenu et compris par le thérapeute. Cet ajustement s'effectuerait à

travers la participation active du thérapeute et du patient, mais avec des responsabilités distinctes. Le patient contribuerait à l'interaction en abordant des thèmes et des difficultés liés aux raisons pour lesquelles il a entrepris la démarche thérapeutique alors que le thérapeute y contribuerait en adaptant sa posture et ses interventions selon les besoins et le rythme d'élaboration du patient. Une dysrythmie au sein de l'interaction thérapeutique s'exprimerait lorsque les besoins d'étayage et de contenance du patient ne recevraient pas de réponse suffisamment contingente de la part du thérapeute. Dans ces circonstances, le silence aurait tendance à être perçu par le patient comme un désengagement ou une distance de la part du thérapeute. De plus, le travail de symbolisation du patient serait freiné par des interventions précipitées de la part du thérapeute. Ainsi, ce serait tout particulièrement en regard à leur « danse relationnelle » que le temps passé en silence opérerait et tout spécialement en ce qui a trait à l'engagement du patient dans le processus de même qu'à sa perception du lien avec le thérapeute.

## RÉFÉRENCES

- Ackerman, S. J. et Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Alexander, L. B. et Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. Dans L. S. Greenberg et W. M. Pinsof (dir.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (p. 325-366). Guilford Press.
- Arlow, J. A. (1961). Silence and the theory of technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9(1), 44-55.  
<https://doi.org/10.1177/000306516100900103>
- Bachelor, A. (1988). How clients perceive therapist empathy: A content analysis of "received" empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(2), 227-240. <https://doi.org/10.1037/h0085337>
- Bachelor, A. (1995). Clients perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 323-337.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.3.323>
- Baillargeon, P., Pinsof, W. M. et Leduc, A. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 55(3), 137-143.  
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.09.001>
- Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 177(2), 138-143.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.138>
- Bartels, J., Rodenbach, R., Ciesinski, K., Gramling, R., Fiscella, K. et Epstein, R. (2016). Eloquent silences: A musical and lexical analysis of conversation between oncologists and their patients. *Patient Education and Counseling*, 99(10), 1584-1594. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.04.009>
- Bergler, E. (1938). On the resistance situation: The patient is silent. *Psychoanalytic Review*, 25(2), 170-186.

- Bioy, A. et Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.  
<https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317.htm>.
- Bioy, A., Bénony, H., Chahraoui, K. et Bachelart, M. (2012). Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'Evolution psychiatrique*, 77(3), 342-351. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.02.003>
- Bordin, E. S (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychologist*, 11(1), 35-42. <https://doi.org/10.1177/00110000831111007>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research in the therapeutic working alliance: New directions. Dans A. Horvath et L. S. Greenberg (dir.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (p. 13-37). Wiley.
- Breuer, J. et Freud, S. (1955). Studies in hysteria. Dans *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (traduit par J. Strachey; Vol. II, pp. 19-135). Hogarth Press. (Ouvrage original paru en 1895.)
- Brogan, M. M., Prochaska, J. O. et Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 105-113.  
<https://doi.org/10.1037/h0087773>
- Bruneau, T. J. et Achaz, F. (1973). Le silence dans la communication. *Communication et langages*, no 20, 5-14.  
<https://doi.org/10.3406/colan.1973.4045>
- Canonne, É. (2012). De la relation malmenée à la régulation affective. *Gestalt*, 41(1), 81-96. <https://doi:10.3917/gest.041.0081>
- Chalifour, J. (1999). *L'intervention thérapeutique*. Gaëtan Morin.
- Cherrier, J.-F. (2014). La thérapie basée sur la mentalisation : une étape au seuil du dialogue herméneutique. *Revue québécoise de Gestalt*, 14, 47-70.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>

- Ciccone, A. (2005). L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53(1-2), 24-31.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.01.002>
- Ciccone, A. (2006). Partage d'expériences et rythmicité dans le travail de subjectivation. *Le carnet PSY*, 109(5), 29-34.  
<https://doi.org/10.3917/lcp.109.0029>
- Ciccone, A. et Ferrant, A. (2006). Les échos du temps : le rythme, le tempo et la mélodie de l'affect. Dans B. Chouvier et R. Roussillon (dir.), *La temporalité psychique : psychanalyse, mémoire et pathologies du temps* (p. 93-109). Dunod.
- Ciccone, A., Mellier, D., Athanassiou, C. et Mellier, D. (2007). *Le bébé et le temps : attention, rythme et subjectivation*. Dunod.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-59.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Cook, J. J. (1964). Silence in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 11(1), 42-46. <https://doi.org/10.1037/h0049176>
- Cosnier, J. (1996). Les gestes du dialogue, la communication non verbale. *Psychologie de la motivation*, no 21, 129-138.
- Daniel, S. I., Folke, S., Lunn, S., Gondan, M. et Poulsen, S. (2018). Mind the gap: In-session silences are associated with client attachment insecurity, therapeutic alliance, and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 28(2), 203-216.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1177673>
- Darrow, A. A. et Johnson, C. (2009). Preservice music teachers' and therapists' nonverbal behaviors and their relationship to perceived rapport. *International Journal of Music Education*, 27, 269-280.  
<https://doi.org/10.1177/0255761409337276>
- de Roten, Y. (2006) L'alliance thérapeutique : un processus de co-construction. Dans M. Grossen et A. Salazar Orvig (dir.), *L'entretien clinique en pratiques : analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène* (pp. 111-128). Belin.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. et Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642-649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>

- Despland, J. N., de Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A. C. et Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Revue médicale suisse*, no 2315, 1877-1880.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Dakof, G. A. et Hogue, A. (1996). *Revised version of the Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* [Non publié, Temple] Temple University.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Hogue, A. et Dakof, G. A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 355-368. <https://doi.org/10.1037/h0087729>
- Ducreux, O. (2019). *Silence en séance : l'écoute du corps dans la structuration psychocorporelle* [mémoire de maîtrise, Université de la Sorbonne]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02272008>
- Fauré, C. et Allix, S. (2016). *Accompagner un proche en fin de vie : savoir l'écouter, le comprendre, et communiquer avec les médecins*. Albin Michel.
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L. et Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 262-268.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3<sup>e</sup> éd.). Sage.
- Fliess, R. (1949). Silence and verbalization: A supplement to the theory of the analytic rule. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 21-30.
- Flores, T. (2012). Interprétation : du silence à la parole. *Revue française de psychanalyse*, 76(2), 503-516. <https://doi.org/10.3917/rfp.762.0503>
- Frankel, Z. E., Levitt, H. M., Murray, D. M., Greenberg, L. S. et Angus, L. (2006). Assessing silent processes in psychotherapy: An empirically derived categorization system and sampling strategy. *Psychotherapy Research*, 16(5), 627-638. <https://doi.org/10.1080/10503300600591635>
- Fretz, B. R., Corn, R., Tuemmler, J. M. et Bellet, W. (1979). Counselor nonverbal behaviors and client evaluations. *Journal of Counseling Psychology*, 26(4), 304-311. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.26.4.304>
- Freud, S. (1958). The dynamics of transference. Dans *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (traduit par J. Strachey; Vol. XII, pp. 209-253). London: Hogarth Press. (Ouvrage original paru en 1912.)

- Freud, S. (1991). Le moi et le ça. Dans *Essais de psychanalyse*. Payot. (Ouvrage original paru en 1923.)
- Gaston, L. (1994). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143–153. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Gaston, L. et Marmar, C. R. (1994). The California psychotherapy alliance scales. Dans A. O. Horvath et L. S. Greenberg (dir.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp 85-108). Wiley.
- Gelso, C. J. et Carter, J.A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy. *Counseling Psychologist*, 13(2), 155-244. <https://doi.org/10.1177/0011000085132001>
- Gibbons, M. C., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., et Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13(1), 59-76. <https://doi.org/10.1093/ptr/kpg007>
- Goldman-Eisler, F. (1968) *Psycholinguistics: Experiments in spontaneous speech*. London: Academic Press. <http://hdl.handle.net/11858/00-001M-0000-002B-1218-B>
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155-181. <https://doi.org/10.1080/21674086.1965.11926343>
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis* (Vol. I). International Universities Press.
- Greenson, R. (1971). The real relationship between the patient and the psychoanalyst. Dans M. Kanzer (dir.), *The unconscious today* (pp. 213-232). International Universities Press.
- Guzmán Sánchez, M. F. (2018). *Manifestations of silences in therapist-patient interaction and the psychotherapeutic process* [thèse de doctorat, Universidad de Chile]. Repositorio UC. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/22158>
- Kelly Jr, E. W. et True, J. H. (1980). Eye contact and communication of facilitative conditions. *Perceptual and Motor Skills*, 51(3), 815-820. <https://doi.org/10.2466/pms.1980.51.3.815>

- Gonzalez, D. M. (2001). Client variables and psychotherapy outcomes. Dans D. J. Cain, K. Keenan et S. Rubin (dir.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 559-578). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/14775-015>
- Hall, J. A., Harrigan, J. A. et Rosenthal, R. (1995). Nonverbal behavior in clinician–patient interaction. *Applied and Preventive Psychology*, 4(1), 21-37.  
[https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80049-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80049-6)
- Hardy, G. E. et Shapiro, D. A. (1985). Therapist response modes in prescriptive vs. exploratory psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 24(4), 235-245. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1985.tb00656.x>
- Hartley, D. E. et Strupp, H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. Dans J. Masling (dir.), *Empirical studies in analytic theories* (pp 1-37). Erlbaum.
- Hatcher, R. L. et Barends, A. W. (1996). Patients » view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1326-1336.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1326>
- Hennel-Brzozowska, A. (2008). La communication non-verbale et paraverbale-perspective d'un psychologue. *Synergies Pologne*, no 5, 21-30.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T. et Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 205-216.
- Hill, C. E., Thompson, B. J. et Ladany, N. (2003). Therapist use of silence in therapy: A survey. *Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 513-524.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.10155>
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 163-173.  
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<163::AID-JCLP3>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<163::AID-JCLP3>3.0.CO;2-D)
- Horvath, A. et Bedi, R. (2002). The alliance. Dans J. Norcross (dir.), *Psychotherapy relationships that work, Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). Oxford University Press.

- Horvath, A.O., Del Re, A. C, Flückiger, C., et Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. Dans J. Norcross (dir.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 25–69). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0002>
- Horvath, A.O. et Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory: A research handbook. Dans L. S. Greenberg et W. M. Pinsof (dir.), *The psychotherapeutic research process: A research handbook*, (pp. 529-556). Guilford.
- Horvath, A. O. et Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, A. O. et Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Horvath, A. O. et Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Ionescu, A., Jacquet, M. M. et Lhote, C. (1997). *Les mécanismes de défense : théorie et clinique*. Nathan.
- Khan, M. M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18(1), 286-306.  
<https://doi.org/10.1080/00797308.1963.11822932>
- Kokotovic, A. M. et Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), 16-21.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.37.1.16>
- Ladany, N., Hill, C. E., Thompson, B. J. et O'Brien, K. M. (2004). Therapist perspectives on using silence in therapy: A qualitative study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 4(1), 80-89.  
<https://doi.org/10.1080/14733140412331384088>
- Lambert, M. J. et Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (dir.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). Wiley.

- Landis, J. R. et Koch, G. G. (1977). An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*, 33(2), 363-374.
- Lane, R. C., Koetting, M. G. et Bishop, J. (2002). Silence as communication in psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 22(7), 1091-1104. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00144-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00144-7)
- Langs, R. (1973). *The technique of psychoanalytic psychotherapy*. Jason Aronson.
- Leclère, C. (2015). *Interactions précoces mère-enfant en situation de négligence émotionnelle sévère: étude transdisciplinaire de la synchronie et de la mentalisation réflexive maternelle* (Doctoral dissertation). Université Sorbonne Paris Cité.
- Lehalle, H. et Mellier, D. (2005) *Psychologie du développement*. Dunod.
- Leira, T. (1995). Silence and communication: Nonverbal dialogue and therapeutic action. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 18(1), 41-65. <https://doi.org/10.1080/01062301.1995.10592330>
- Levitt, H. M. (1998). *Pausing inventory categorization system*. [Non publié], University of Memphis.
- Levitt, H. M. (2001a). Clients experiences of obstructive silence: Integrating conscious reports and analytic theories. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31(4), 221-244. <https://doi.org/10.1023/A:1015307311143>
- Levitt, H. M. (2001b). Sounds of silence in psychotherapy: The categorization of clients » pauses. *Psychotherapy Research*, 11(3), 295-309. <https://doi.org/10.1080/713663985>
- Levitt, H. M. (2002). The unsaid in the psychotherapy narrative: Voicing the unvoiced. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(4), 333-350. <https://doi.org/10.1080/0951507021000029667>
- Liegner, E. (1974). The silent patient. *Psychoanalytic Review*, 61(2), 229-245.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy: The ground work for a study of the relationship to its outcome. Dans J. L. Claghorn (dir.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). Brunner/Mazel.
- Maffei, G. (2005). Le silence. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 113(1), 15-28. <https://doi.org/10.3917/cjung.113.0015>

- Malik, A. (2000). Le « dire » du silence : les ponctuations émotionnelles et cognitives des interactions. *Communication et organisation*, 18, 1-6.  
<https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.2413>
- Marcelli, D. (2000). L'attente trompée ou le manquement maternel. *La psychiatrie de l'enfant*, 43(1), 23-54.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S. et Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 46-52.  
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.1.46>
- Martin, D. J., Garske, J. P. et Davis, P. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Marziali, E., Marmar, C. et Krupnick, J. (1981). Therapeutic alliance scales: Development and relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry*, 138(3), 361-364. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.3.361>
- Metidji, S. (2014). Le nom du silence : du lien symbiotique à la relation symbolique. *Cliniques méditerranéennes*, 90(2), 217-234. <https://doi:10.3917/cm.090.0217>
- Mellier, D. et Ciccone, A. (2012). *La vie psychique du bébé*. Dunod.
- Muran, J. C. et Barber, J. P. (dir.). (2011). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. Guilford.
- Nacht, S. (1964). Silence as an integrative factor. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 299-303.
- Norcross, J. C. et Lambert, M. J. (2014). Relationship science and practice in psychotherapy: Closing commentary. *Psychotherapy*, 51(3), 398-403.  
<https://doi.org/10.1037/a0037418>
- Orange, D. M., Atwood, G. E. et Stolorow, R. D. (1997). *Working intersubjectively: Contextualism in psychoanalytic practice*. Routledge.
- Orlinsky, D.E., et Ronnestad, M.H. (2005). *How psychotherapist develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11157-000>

- Philippot, P., Feldman, R. S. et Coats, E. J. (1999). *The social context of nonverbal behavior*. Cambridge University Press
- Philippot, P., Feldman, R. S. et Coats, E. J. (dir.). (2003). *Nonverbal behavior in clinical settings*. Oxford University Press.
- Rochester, S. R. (1973). The significance of pauses in spontaneous speech. *Journal of Psycholinguistic Research*, 2(1), 51-81.
- Sabbadini, A. (2004). Listening to silence. *British Journal of Psychotherapy*, 21(2), 229-240. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2004.tb00205.x>
- Safran, J. D. et Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381-387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D. et Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>
- Safran, J. D. et Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. Guilford.
- Safran, J. D. et Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286-291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Safran, J. D., Muran, J. C. et Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Safran, J. et Segal, Z. V. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson.
- Safran, J. D. et Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(2), 188-195. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.2.188>
- Salvador, C. (2013). *Accompagner la vie de ceux qui vont la quitter*. Josette Lyon.
- Saunders, S. M., Howard, K. I. et Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment

- effectiveness. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(4), 323-330. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.4.323>
- Sharpley, C. F. (1997). The influence of silence upon client-perceived rapport. *Counselling Psychology Quarterly*, 10(3), 237-246. <https://doi.org/10.1080/09515079708254176>
- Sharpley, C. F., Munro, D. M. et Elly, M. J. (2005). Silence and rapport during initial interviews. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 149-159. <https://doi.org/10.1080/09515070500142189>
- Shrout, P. E. et Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420-428. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.2.420>
- Stern, D. (1997). *Mère-enfant : les premières relations*. Mardaga.
- Stringer, J. V., Levitt, H. M., Berman, J. S. et Mathews, S. S. (2010). A study of silent disengagement and distressing emotion in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(5), 495-510. <https://doi.org/10.1080/10503301003754515>
- Tashakkori, A. et Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Sage.
- Tepper, D. T., Jr. et Haase, R. F. (2001). Verbal and nonverbal communication of facilitative conditions. Dans C. E. Hill (dir.), *Helping skills: The empirical foundation* (p. 211–223). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10412-012>
- Teyber, E. (2000). *Interpersonal process in psychotherapy: A relational approach*. Wadsworth.
- Teyber, E. et Teyber, F. M. (2014). Working with the process dimension in relational therapies: Guidelines for clinical training. *Psychotherapy*, 51(3), 334-341. <https://doi.org/10.1037/a0036579>
- Tichenor, V. et Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(2), 195-199. <https://doi.org/10.1037/h0085419>
- Tindall, R. H. et Robinson, F. P. (1947). The use of silence as a technique in counseling. *Journal of Clinical Psychology*, 3(2), 136–141.

[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(194704\)3:2<136::AID-JCLP2270030205>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/1097-4679(194704)3:2<136::AID-JCLP2270030205>3.0.CO;2-E)

- Trout, D. L. et Rosenfeld, H. M. (1980). The effect of postural lean and body congruence on the judgment of psychotherapeutic rapport. *Journal of Nonverbal Behavior*, 4(3), 176-190. <https://doi.org/10.1007/BF00986818>
- Strean, H. S. (1969). Non-verbal intervention in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6(4), 235–237. <https://doi.org/10.1037/h0088760>
- Walker, A. M., Rablen, R. A. et Rogers, C. R. (1960). Development of a scale to measure process changes in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 16(1), 79-85. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196001\)16:1<79::AID-JCLP2270160129>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196001)16:1<79::AID-JCLP2270160129>3.0.CO;2-K)
- Watzlawick, P., Beavin, J. et Jackson, D. (1967). *The pragmatics of human communication*. Norton.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Erlbaum.
- Weinberger, J. L. (1964). A triad of silence: Silence, masochism and depression. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 304-309.
- Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 416-420.
- Winnicott, D. W. (1958). *The maturational processes and the facilitation environment*. New York: International Universities Press.
- Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.
- Yousef, N. (2010). Romanticism, psychoanalysis and the interpretation of silence. *European Romantic Review*, 21(5), 653-672. <https://doi.org/10.1080/10509585.2010.499031>
- Zeligs, M. A. (1961). The psychology of silence: Its role in transference, countertransference and the psychoanalytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9(1), 7-43. <https://doi.org/10.1177/000306516100900102>
- Zetzel, E. R., (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375.