

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

DÉVELOPPEMENT DE *L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU
PROCESSUS D'AVANCER-ENSEMBLE (ÉQUAPA)*, UNE MESURE
OBSERVATIONNELLE DU CHANGEMENT EN PSYCHOTHÉRAPIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

FRÉDÉRIQUE LÉVESQUE-BELLEY

MARS 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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.10-2015). 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

Merci à mon directeur, Éric Dubé. Merci d'avoir cru en moi, cru que j'avais les moyens de mes ambitions de jeune étudiante, qui ne réalisait pas l'ampleur de la *journey* doctorale qui l'attendait. Merci de m'avoir offert un encadrement intellectuel solide et inspirant. Merci d'avoir progressivement établi avec moi une alliance complice. Tout au long de notre parcours, j'ai senti votre enthousiasme pour ma personne et pour mon travail, qui a agi pour moi à la manière d'une recharge dynamisante ponctuelle précieuse. Je demeure convaincue que c'est en partie grâce à ce sentiment d'être enthousiastes, ensemble, dans cette entreprise vertigineuse, que j'ai pu découvrir, cultiver et déployer la motivation et la force de travail dont j'avais besoin pour clore ce chapitre de mon développement professionnel.

Merci à Gabrielle, fidèle et brillante acolyte, dont la profondeur, le sens observateur, l'humour, la générosité et les intuitions cliniques ont éclairé ma pensée, redonné avec constance un souffle de vie tellement bienvenu à mon parcours doctoral et m'ont fait saisir avec vigueur tout le sens du mot 'collaboration'. L'ÉQUAPA c'est nous.

Merci aux cliniciens participants d'avoir offert avec tant de générosité de leur temps et de leur énergie afin de partager avec nous leur sagesse et leurs intuitions.

Merci à mes superviseuses cliniques, dont l'influence sur ma pratique et sur le développement de mon instrument de mesure demeure pour moi indéniable et, surtout, bien vivante. Je ne serais ni la même clinicienne ni la même chercheuse sans vous. *Merci à Véronique*, dont la puissance de l'intellect et de l'intuition a vivement marqué mes premiers contacts avec les profondeurs mystérieuses de la psyché dynamique et de la rencontre humaines. *Merci à Line*, dont l'enveloppante sagesse, l'impressionnante

solidité, l'éclatante vitalité, la douce spiritualité, l'honorable transparence et l'inébranlable intégrité m'ont inspirée et soutenue dans mon processus pour faire émerger la femme et la clinicienne que j'étais, mais que je n'étais pas encore tout à fait. Je continue de porter de notre lien et de ton regard juste et bienveillant la force d'oser, d'assumer et de me responsabiliser. *Merci à Ariane.* Ton calme rassurant, ton aplomb tout en douceur, ton humilité naturelle, ta discrète et contenante solidité, ton inestimable honnêteté, la finesse et la richesse de ton intelligence relationnelle, ton attendrissement à mon égard ainsi que ta magnifique et constante disponibilité à la connexion m'ont aidé à me camper de manière encore plus humaine, calme, confiante et enthousiaste dans mon fauteuil de thérapeute.

Merci à mes parents pour votre amour et votre soutien bienveillants et rassurants, qui m'ont offert les conditions nécessaires pour que je sois capable aujourd'hui de nouer des relations aimantes, authentiques, réciproques et vivifiantes, et pour que je sois capable de développer la confiance nécessaire pour mener à bien une entreprise ambitieuse comme celle du doctorat. Merci d'avoir piqué ma curiosité pour aller à la rencontre du métier de psychologue, que je chéris et qui me sied si bien. Merci à ma mère, de m'avoir appris la valeur de la sensibilité, du rire franc, de la spontanéité, de la chaleur, de l'accueil et de l'enthousiasme. Merci à mon père, de m'avoir appris la valeur de l'humour, de la sociabilité, du jeu, de l'apprentissage, de l'intégrité et de la persévérance.

Merci à Gabriel, dont la rencontre m'a permis de donner un nouveau sens au mot 'connexion'. D'en prendre la pleine mesure. Ta manière d'être aimant, ultra vivant, généreux, si finement ajusté et présent, pour moi, pour nous et pour toi-même, continue de m'inspirer et de m'apprendre. Tu m'as amené à revisiter ma propre compréhension de l'amour et du 'caring'. Je t'en serai à jamais reconnaissante. Reconnaisante surtout pour ta personne. What a man you are. And what a lucky woman I am.

Merci à Brigitte, tendre tantine. Je chéris ton affection et ton écoute, ta sensibilité et ta transparence, ta douceur et ton honnêteté, ta frivolité et ton autodérision, ton courage moral et ta profondeur, de même que ton amour de la nature et des animaux, des traits qui m'inspirent et me portent encore aujourd'hui.

Merci à Olivier. Ta curiosité, ton plaisir à jouer avec les idées, ton humour, ta pensée complexe sur le Monde, ton écoute et ton soutien moral à travers les nombreux et déstabilisants aléas du doctorat et de la vie m'ont offert un appui précieux pendant les années décisives du développement de mon identité de femme, d'adulte et de professionnelle.

Merci à mes amis.

Merci à Loan, amie tellement précieuse, amie généreuse, tendre et acceptante, amie joueuse, taquine et rieuse, amie inspirante, assumée et droite, capable autant d'envelopper avec douceur que de mobiliser avec fermeté, toujours avec doigté, sans complaisance et au moment opportun. Merci d'être là. You are family to me.

Merci à Valérie. Ta gentillesse sans réserve et sans pudeur, ton humble sagesse et ton sens de la nuance, ton calme apaisant et ta constante bienveillance, ton écoute patiente et acceptante et ton impressionnante maturité affective continuent d'éveiller mon respect et mon amour. Grâce à toi j'ai pu donner un visage au mot 'pilier'.

Merci à Marilyne, âme pure, bonté enveloppante. Ta douceur, ta candeur, ta transparence, ton cœur d'enfant et ton écoute immensément sensible m'ont touchée, apaisée, attendrie, charmée, amusée, impressionnée, m'ont puissamment attachée à toi et m'ont permis de me sentir exactement à ma place, à tes côtés, avec toi, ensemble, au doctorat comme n'importe où ailleurs.

Merci à David. Ton impressionnante capacité d'introspection et ton expressivité attachante, ton humour pluriel et ton étonnante vivacité intellectuelle, ton éloquence captivante et ta constante ouverture d'esprit, ta créativité, ta sensibilité et ton courage ardent quand vient le temps d'oser revendiquer plus d'humanité, d'égalité, de bonté et d'écoute dans la posture soignante et les contextes soignants me touchent, m'inspirent et m'emballent. Tu es ce qu'il y a de plus beau dans cette condition étrange qu'on nomme l'humanité.

Merci à Sandra, dont la force de vie et de caractère bouillonnante, la franchise éclairante, le monde affectif riche et les puissantes capacités empathiques m'ont inspirée à devenir une clinicienne et une personne plus authentique, plus généreuse, plus solide et plus en contact avec ma vitalité.

Merci à Tatsiana, âme taquine et fonceuse, amie curieuse et introspective, enthousiaste et colorée, généreuse et présente, sans qui je n'aurais pu parcourir les derniers milles. Ta foi en la pertinence de mon projet pour aider les cliniciens en quête d'une identité professionnelle qui leur ressemble a fait la différence.

DÉDICACE

À ma constellation lumineuse de proches.

À mes clients. Qui courageusement font le choix et prennent le risque, à leur rythme, dans des paramètres qui leurs correspondent, d'engager leur vulnérabilité, dans le fauteuil comme dans la vie, dans la joie comme dans la peine, dans toutes les couleurs de leur humanité. Quel privilège que de pouvoir vous écouter, vous découvrir, vous accompagner et apprendre avec vous.

*“We begin life ‘connected,’ as part of each other. . .
We begin in relationship.”*

(Sander, 2008, p. 170)

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE	vi
LISTE DES FIGURES.....	xi
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xiv
RÉSUMÉ DE LA THÈSE	xv
INTRODUCTION GÉNÉRALE	16
Mesurer l'efficacité de la psychothérapie	16
Théoriser et mesurer le processus de changement et la qualité de la relation client-thérapeute en psychothérapie psychodynamique individuelle auprès d'adultes.....	17
Le modèle du <i>Boston Change Process Study Group</i> : l'importance des processus relationnels implicites pour expliquer le changement en psychothérapie	21
Contribuer à la mesure du changement en psychothérapie psychodynamique.....	23
La thèse et ses parties.....	25
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE	27
1.1 Efficacité des traitements psychothérapeutiques	28
1.1.1 Définitions pertinentes à l'étude du processus et du résultat thérapeutiques.....	29
1.1.2 Brève recension des recherches empiriques appuyant l'efficacité des traitements psychothérapeutiques.....	30
1.2 Historique des conceptualisations du processus de changement en psychothérapie psychanalytique.....	32
1.2.1 Psychanalyse classique : la cure par la parole	33
1.2.2 Psychanalyse relationnelle.....	37
1.2.3 L'influence des études développementales portant sur les interactions précoces mère-bébé	51
1.2.4 Apports des recherches empiriques sur le processus de changement psychothérapeutique (tous les types de traitement confondus) et le résultat thérapeutique.....	66
1.2.5 Le modèle du Boston Change Process Study Group	85

1.2.6	L'intérêt théorico-clinique suscité par le modèle du BCPSG	123
1.3	Questions et objectifs de recherche	127
1.4	Apports espérés du développement d'une nouvelle mesure de la qualité de la relation thérapeutique.....	128
CHAPITRE II Validité et fidélité préliminaires de l'Échelle d'évaluation de la qualité du processus d'avancer-ensemble (ÉQUAPA) : Une mesure observationnelle du changement en psychothérapie		
152		
Introduction		
156		
Certaines idées centrales du modèle du Boston Change Process Study Group (BCPSG) ..		
157		
Étude 1 : Développement et validité de contenu de l'ÉQUAPA		
161		
Objectifs		
161		
Méthode		
162		
Résultats		
167		
<i>Synthèse des résultats du premier tour de l'étude DELPHI</i>		
167		
<i>Synthèse des résultats du deuxième tour de l'étude DELPHI</i>		
168		
Discussion		
168		
Étude 2 : Fidélité et consistance interne		
169		
Objectifs		
169		
Méthode		
170		
Juges et processus de formation à l'ÉQUAPA		
170		
<i>Matériel clinique utilisé</i>		
170		
<i>Échantillon préliminaire et final</i>		
171		
<i>Plan d'analyse des données</i>		
172		
Résultats		
172		
<i>Fidélité interjuges suite à la formation des juges</i>		
172		
<i>Fidélité interjuges et consistance interne initiale des indicateurs</i>		
172		
<i>Consistance interne de l'ÉQUAPA au terme des modifications apportées</i>		
173		
Discussion		
173		
Discussion générale		
175		
Limites et apports des deux études portant sur le développement de l'ÉQUAPA		
175		
Recherches futures et implications pour la pratique		
176		
CHAPITRE III Validité convergente et divergente de l'Échelle d'Évaluation de la Qualité du Processus d'Avancer-Ensemble (ÉQUAPA) : Une mesure observationnelle du changement en psychothérapie		
201		
Introduction		
205		
Le modèle du Boston Change Process Study Group		
205		
Présentation sommaire de l'échelle d'Évaluation de la Qualité du Processus d'Avancer-ensemble		
207		
Objectifs et hypothèses		
210		

Méthode	212
Matériel clinique utilisé	212
Mesures	213
ÉQUAPA	213
Alliance thérapeutique	213
CALPAS	213
VTAS-R	214
Processus thérapeutique : VPPS	214
Juges et procédure	215
Note sur l'analyse des données	216
Résultats	216
Fidélité interjuges	216
Validités convergente et divergente	217
Mesure de l'alliance thérapeutique: CALPAS	217
Mesure de l'alliance thérapeutique: VTAS-R	219
Mesure du processus thérapeutique : VPPS	220
Discussion	221
Considérations complémentaires	226
Limites 227	
Conclusion	228
 Discussion générale.....	240
Résumé des apports du <i>Boston Change Process Study Group</i> à notre compréhension des mécanismes de changement-développement chez l'humain.....	243
Apport au domaine : Synthèse des résultats des études de validation de l'ÉQUAPA	245
Utilité clinique et empirique de l'ÉQUAPA	249
Données des études sur le processus et le résultat thérapeutiques qui appuient l'importance des construits évalués par l'ÉQUAPA lorsqu'on cherche à mesurer ce qui favorise le changement	252
Limites des études complétées et recherches futures	255
 ANNEXE A	264
Manuel de cotation de l'Échelle d'Évaluation de la Qualité du Processus d'Avancer-Ensemble (ÉQUAPA)	264
 ANNEXE B.....	360
Instruments de mesure.....	360

ANNEXE C.....	371
Éthique	371
RÉFÉRENCES.....	382

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
5.1 La structure de l'ÉQUAPA : 3 domaines, 6 dimensions et 13 indicateurs.....	274

LISTE DES TABLEAUX

Chapitre 1	Page
1. Les mesures observationnelles du processus et de la relation thérapeutique dans les traitements individuels d'approche psychodynamique auprès d'une clientèle adulte	136
2. Les instruments de mesure de l'alliance thérapeutique dans les traitements individuels auprès d'une clientèle adulte	147
Chapitre 2	
1. Structure hiérarchique théorique finale de l'ÉQUAPA en domaines (3), dimensions (6), indicateurs (13) et items (38), à la fin du processus de formation et suite aux analyses de fidélité et de consistance interne	187
2. Résultats des analyses de fidélité interjuges aux deux phases de l'étude et des analyses initiales de la consistance interne des indicateurs de l'ÉQUAPA	196
3. Indices de consistance interne des trois niveaux hiérarchiques de la structure de l'ÉQUAPA suite aux coupures et réaménagements des items et indicateurs visant à générer une version finale	198
Chapitre 3	
1. Statistiques descriptives des scores aux échelles du CALPAS, du VTAS-R et du VPPS	234

2.	Statistiques descriptives des scores aux domaines, dimensions et indicateurs de l'ÉQUAPA	235
3.	Corrélations entre les scores aux domaines, dimensions et indicateurs de l'ÉQUAPA et les scores aux sous-échelles du CALPAS	236
4.	Corrélations entre les scores aux domaines, dimensions et indicateurs de l'ÉQUAPA et les scores aux sous-échelles du VTAS-R	237
5.	Corrélations entre les scores aux domaines, dimensions et indicateurs de l'ÉQUAPA et les scores aux sous-échelles du VPPS	238

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

BCPSG	Boston Change Process Study Group
CALPAS	California Psychotherapy Alliance Scale
CRI	Connaissances Relationnelles Implicites
ÉQUAPA	Échelle d'Évaluation de la Qualité du Processus d'Avancer-ensemble
VPPS	Vanderbilt Psychotherapy Process Scale
VTAS-R	Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale Revised

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Qu'est-ce qui permet à la psychothérapie d'être un lieu unique à potentiel de changement, un type de lien transformateur et, de manière générale, un moyen efficace pour aider les humains à changer ? Le *Boston Change Process Study Group* (BCPSG), un groupe de chercheurs américains d'approche psychanalytique, humaniste ou développementaliste, a élaboré une des récentes (1994-2018) conceptualisations du processus de changement en psychothérapie psychodynamique pratiquée auprès d'adultes. Leur modèle théorique tient compte des courants de pensée sur l'intersubjectivité, des apports du mouvement relationnel-interpersonnel et des découvertes tirées des études développementales sur les processus implicites de régulation affective au sein de la dyade mère-bébé qui favorisent la croissance psychologique. Il représente un des modèles pertinents pour penser la clinique psychanalytique relationnelle. Afin de contribuer à la mesure du changement en psychanalyse, nous avons pris l'initiative de développer et de procéder aux premières étapes de validation d'une mesure observationnelle inspirée des écrits du BCPSG : l'Échelle d'Évaluation de la Qualité du Processus d'Avancer-ensemble (ÉQUAPA). Le premier chapitre de la thèse propose un bref historique des conceptualisations du processus de changement en psychothérapie psychanalytique. Différents problèmes à résoudre dans le champ sont soulignés. Une synthèse théorique du modèle du BCPSG est exposée. Le deuxième chapitre présente les résultats des deux premières études de validation de l'ÉQUAPA. La première vise le développement des items et l'évaluation de leur validité de contenu par le biais d'une méthode DELPHI modifiée en deux tours; la seconde vise l'évaluation de la fidélité interjuges et de la consistance interne de l'ÉQUAPA. Le troisième chapitre présente les résultats d'une troisième étude de validation visant à évaluer la validité de construit de notre mesure. Les résultats indiquent que ses propriétés psychométriques préliminaires sont adéquates et que son utilisation en contexte de recherche, d'enseignement et de supervision est prometteuse. La conclusion de cette thèse résume les principaux résultats obtenus et souligne les apports et les limites du projet, en plus de proposer des pistes pour des recherches futures.

Mots-clés : Processus de changement psychothérapique, *Boston Change Process Study Group*, psychanalyse relationnelle, intersubjectivité, changement implicite, moments de rencontre, relation thérapeutique, développement de mesure, mesure observationnelle

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les clients en détresse qui se présentent en consultation ont souvent en tête une question très générale, mais bien fondamentale pour leur thérapeute : « Allez-vous pouvoir m'aider et, si oui, comment? » Au cœur de cette question se trouvent des préoccupations légitimes relatives à l'efficacité de la psychothérapie, à ses mécanismes d'action et au processus de changement qui en découle. Dès les balbutiements de la relation thérapeutique, puis, toujours en fonction de la qualité de celle-ci, le client posera et se posera cette question fondamentale le mobilisant dans sa démarche thérapeutique. L'état de la relation thérapeutique le guidera en outre dans son évaluation des premiers éléments de réponse qui seront découverts et élaborés en séance au contact de son thérapeute.

En effet, la question est légitime : qu'est-ce qui dans ce contexte relationnel en psychothérapie, dans ce lien particulier à l'autre, permet en général d'agir en profondeur pour amener l'individu à une résolution plus favorable des impasses dans lesquelles il semble à répétition se retrouver? Depuis l'émergence de la psychanalyse, puis du béhaviorisme, de l'humanisme et du cognitivisme, la question habite les cliniciens et chercheurs de tous les horizons.

Mesurer l'efficacité de la psychothérapie

Avec le changement de paradigme scientifique entourant les années 1950-1960, où la recherche en psychologie s'est inspirée davantage du modèle médical (traduisant ainsi une adhésion de plus en plus répandue au paradigme positiviste), de même qu'avec le souci des thérapeutes de faire reconnaître socialement l'efficacité et l'utilité des

traitements psychothérapeutiques, des instruments de mesure ont été élaborés par les chercheurs s'intéressant aux processus, aux résultats et aux mécanismes de changement psychothérapeutiques. Suite au défi lancé par Hans Eysenck en 1952 de démontrer que la psychothérapie s'avère plus efficace que le seul passage du temps, les chercheurs se sont affairés à évaluer les effets des pratiques psychothérapeutiques. Puis, suite à différentes vagues de méta-analyses entre les années 1970 et 2000 (pour une brève recension, voir Ogles, 2013), un constat a émergé : la psychothérapie est efficace pour produire du changement, l'est davantage que le simple passage du temps et ce, pour une majorité de clients, pour des clientèles présentant des difficultés variées et pour une variété d'approches cliniques adoptées par les thérapeutes.

Ce constat n'a en rien freiné l'ardeur des chercheurs à poursuivre leurs efforts de compréhension et d'évaluation des éléments qui favorisent la survenue de changements en psychothérapie ou qui témoignent de l'aboutissement, de la durabilité ou de la portée des changements observés. Dans le cadre des études constituant cette thèse, nous nous sommes intéressée aux mesures observationnelles évaluant quantitativement le processus de changement et la qualité de la relation thérapeutiques dans les traitements individuels d'approche psychodynamique offerts à une clientèle adulte.

Théoriser et mesurer le processus de changement et la qualité de la relation client-thérapeute en psychothérapie psychodynamique individuelle auprès d'adultes

Plusieurs conceptualisations du processus de changement en psychothérapie psychodynamique sont apparues à travers les années et sont devenues essentielles pour comprendre les résultats des études sur l'efficacité de la psychothérapie, de même que pour soutenir les efforts déployés pour en faire la démonstration grâce à des mesures (auto-rapportées, observationnelles) et des entrevues qualitatives auprès de clients et de cliniciens dans divers cadres cliniques. Certaines conceptualisations mettent l'accent sur les aspects techniques de l'espace thérapeutique, de la formation clinique

et du lien client-thérapeute (Braconnier, 1998; D'abreu, 2006; Roussillon, 2005), d'autres sur les aspects affectifs et relationnels de la démarche ou de la personnalité du client ou du thérapeute (Aron, 1992, 1996; Greenberg, 1996; Loewald, 1960; Lord, 2018; Mitchell, 1993), d'autres encore sur ces deux ensembles de composantes (Boston Change Process Study Group [BCPSG], 2010; Norcross et Wampold, 2011; Wampold et Budge, 2012; Winnicott, 1992, 1953/2006).

À l'instar des théories dont elles découlent, les mesures actuelles du processus et de la relation thérapeutiques mettent l'accent sur les facteurs techniques ou relationnels influençant le processus de changement. Parmi ceux-ci, on retrouve :

- l'alliance thérapeutique (Allen et coll., 1984; Colli et Lingardi, 2009; Doran et coll., 2012; Eubanks et coll., 2019; Frank et Gunderson, 1990; Gaston et Marmar, 1994; Gomes-Schwartz, 1978; Hatcher et Barends, 1996; Horvath et Greenberg, 1989; Kim et coll., 2001; Larsson et coll., 2019; Luborsky, 1976; Marmar et coll., 1986; McGuire-Snieckus et coll., 2007; Molinaro, 1998; Pinsky et coll., 2008; Tichenor et Hill, 1989)
- la relation réelle (Gelso et coll., 2005; Kelley et coll., 2010);
- le regard positif inconditionnel et la compréhension empathique du thérapeute (Barrett-Lennard, 1986; Priebe et Gruyters, 1993);
- la résonance empathique et l'accordage relationnel langagier entre client et thérapeute (Borelli et coll., 2019; Orlinsky et Howard, 1966; Saunders et coll., 1989);
- la régulation du système d'attachement au sein de la relation thérapeutique (Mallinckrodt et coll., 2015; Talia et Miller-Bottome, 2017);
- l'utilisation d'actes techniques comme la clarification, les interventions de soutien, l'exploration de l'expérience subjective du client et l'interprétation du transfert et des résistances du client (Mendlovic et coll., 2017; Milbrath et coll.,

1999; Ogrodniczuk et Piper, 1999; O'Malley et coll., 1983), de même que l'ajustement moment-par-moment des dites interventions techniques du thérapeute à l'expérience affective du client (Waldron et coll., 2004); la centration du thérapeute sur l'analyse du mode relationnel du client, notamment son transfert (Luborsky et Crits-Christoph, 1998; Ulberg, Amlo et coll., 2014; Ulberg, Ness et coll., 2016; Waldron et coll., 2013), les caractéristiques interactionnelles positives et négatives de la relation thérapeutique (O'Malley et coll., 1983; Waldron et coll., 2013);

de même que

- la qualité de l'évolution du fonctionnement défensif, des capacités d'introspection et du mode de relation d'objet du client (Benjamin, 1979; Messer et coll., 1992; Perry et Henry, 2004).

On note dans la liste précédente une certaine diversité des angles d'approche de l'étude du processus de changement et de la relation thérapeutiques. Néanmoins, à compter des années 1980, le concept d'alliance thérapeutique a pris l'avant-plan des travaux empiriques sur les mécanismes relationnels qui favorisent le changement en psychothérapie. Les mesures de l'alliance abondent depuis. On en dénombre plus de 60 (Elvins et Green, 2008; Horvath et coll., 2011). Il s'agit du construit le plus opérationnalisé et étudié pour rendre compte d'un lien thérapeutique de qualité ayant le potentiel d'aider le client à changer. Malgré son importance manifeste, il existe pourtant peu de modèles proposant une théorisation structurée, intégrale et consensuelle de l'alliance ou de la qualité de la relation (Elvins et Green, 2008; Kazdin et Nock, 2003; Martin et coll., 2000; Shirk et Kaver, 2003) qui permettrait de mieux comprendre la manière dont ses composantes s'articulent ensemble et ont un effet favorable sur le client (Borelli et coll., 2019; Gaston et Marmar, 1994; Horvath, 2011). La simple description du concept d'alliance et de ses composantes (lien affectif, entente sur les objectifs et les tâches, collaboration) ne permet pas tout à fait de rendre justice

à la complexité, l'unicité et la subtilité des phénomènes intersubjectifs qui favorisent le changement en thérapie.

Parallèlement, nous observons également une limite à se tourner vers les mesures du processus analytique de changement pour compenser les lacunes dans les mesures de l'alliance, car celles-ci sont peu nombreuses, souvent axées sur l'utilisation de la technique du thérapeute et ne tiennent pas compte des découvertes récentes en développement et en neurosciences sur les mécanismes relationnels implicites du changement. Ces découvertes ont été intégrées et mises en valeur dans le modèle élaboré par le *Boston Change Process Study Group*, un groupe de théoriciens, cliniciens et chercheurs d'orientations psychodynamique, humaniste et développementaliste qui s'est affairé à mieux conceptualiser le processus de changement en psychothérapie psychodynamique.

La décennie des années 1980 a en outre vu une effervescence des études sur l'attachement, incluant les premières études axées sur les processus de micro-régulation dyadique mère-bébé. Le courant intersubjectiviste et la psychanalyse dite « relationnelle » se sont également davantage développés durant ces années. Ces trois sous-disciplines de la psychologie ont amené plusieurs cliniciens-chercheurs à revisiter leurs vues du processus de changement en thérapie. Des découvertes ont été réalisées sur les mécanismes relationnels implicites (moments de rencontre, interactions de reconnaissance) et neurologiques (neurones miroirs) sous-tendant l'empathie, l'intersubjectivité, la connexion émotionnelle et intentionnelle entre humains, de même que la croissance psychologique de l'individu.

Le modèle du *Boston Change Process Study Group* : l'importance des processus relationnels implicites pour expliquer le changement en psychothérapie

En 1998, le *Boston Change Process Study Group* (BCPSG), dirigé par Daniel Stern, un clinicien d'approche psychanalytique et un chercheur prolifique dans le champ du développement du nourrisson et de la dyade mère-bébé, va publier un article intitulé « Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation ». Dans cet article, le BCPSG procède à l'application des découvertes tirées des études sur l'accordage affectif mère-bébé à la compréhension du processus de changement en psychothérapie psychodynamique auprès d'adultes. Le processus de changement est vu par ces auteurs comme un processus de régulation dyadique continue basée sur l'intentionnalité moment-par-moment repérable dans les signaux d'affects, ou encore comme un processus où la dyade avance ensemble (*moving along process* en anglais) vers l'atteinte d'états d'accordage affectif vitalisants appelés « moments de rencontre », qui viennent changer les connaissances relationnelles implicites du client quant à comment procéder en relation. L'importance de l'engagement émotionnel authentique constant et durable de la part du thérapeute¹ ainsi que de sa disponibilité à la connexion émotionnelle dans un rapport de personne à personne avec le client durant des moments d'intensité affective élevée (moments de rencontre) apparaît alors claire pour favoriser la co-création de nouveaux patrons interactionnels plus flexibles et satisfaisants chez le client, patrons qui vont le changer (Stern, Sander et coll., 1998).

¹ C'est-à-dire pour le BCPSG avoir une qualité de présence et de disponibilité affective chaleureuse, honnête, attentionnée, humble, curieuse, intéressée, ouverte d'esprit, ouverte à explorer les perceptions et réactions du client face au thérapeute et face à la relation avec lui.

Le BCPSG (2010) parvient en fait à élaborer la première théorie des mécanismes non interprétatifs, aussi appelés processus relationnels implicites, qui explique, selon eux, la majorité des changements survenant en thérapie. Cette théorie s'attache à ce qui constitue une relation thérapeutique de qualité et à comment celle-ci ouvre la voie à des changements. Pour le BCPSG, l'essentiel de ce qui doit être changé en thérapie se joue à un niveau relationnel implicite, et la technique du thérapeute ne peut avoir son effet transformateur que si elle s'ancre dans une posture relationnelle affective engagée, posture qu'ils s'efforcent de décrire et d'explicitier. Aujourd'hui, quand les modèles relationnels ou intersubjectifs sont décrits, le modèle du BCPSG fait partie de ceux qui sont les plus fréquemment mentionnés. Leur article de 1998 reste d'ailleurs l'un des plus cités sur PEP-Web (plus de 2100 mises en référence à ce jour).

Le modèle du BCPSG, qui sera présenté dans le premier chapitre de la thèse, pourrait nous aider à évaluer les composantes du processus de changement psychothérapeutique en adoptant un angle représentatif des écoles psychanalytique-relationnelle et développementale. Il offre une théorisation riche et rigoureuse des processus interactionnels nécessaires à la co-création et au maintien actif d'une relation thérapeutique de qualité, théorisation ancrée dans des centaines d'études empiriques observationnelles sur la dyade mère-bébé et le développement socio-affectif du bébé. Nous pensons qu'il serait possible de mieux mesurer la qualité de la régulation affective de la dyade en procédant à la validation empirique du modèle du BCPSG par l'opérationnalisation des thèses du groupe dans le cadre de la construction d'un instrument de mesure du processus de changement. Comme nous le verrons tout spécialement dans les chapitres deux et trois, c'est l'entreprise qui a été la nôtre dans cette thèse.

Contribuer à la mesure du changement en psychothérapie psychodynamique

À ce jour, plusieurs études portant sur différents concepts du modèle du BCPSG ont été réalisées. Elles portent notamment sur : (a) l'expérience subjective des thérapeutes durant les moments de rencontre ou durant les moments-maintenant (Macaskie, 2017; Romanelli et coll., 2019); (b) sur la présentation de vignettes cliniques illustrant les moments de rencontre intra-séance (Beeler, 2018; Davis, 2018; DeYoung, 2018; Gotthold et Sorter, 2006; Helm, 2004; Irving, 2019; Lord, 2018; Rogan, 2000; D. B. Stern, 2017; Tessman, 2019; VanDerHeide, 2012; Weiss, 2018; Winborn, 2018); puis (c) sur l'élaboration de nouveaux concepts théorico-cliniques inspirés des écrits du BCPSG afin d'ajouter aux efforts de compréhension de la relation thérapeutique et des moments d'intensité affective qui émergent au sein de la dyade (Cambray, 2018; Fosha, 2018; Ginieri-Coccosis et Vaslamatzis, 2012; Reis, 2018; Ringstrom, 2007; Stern, 2004). Toutefois, aucune mesure quantitative observationnelle de la qualité du processus et des interactions thérapeutiques n'a encore été développée sur les bases de ce modèle. Conséquemment, aucune mesure n'a été développée qui permettrait d'évaluer non seulement l'atteinte de moments de rencontre par la dyade, mais aussi l'ensemble des construits du modèle, par exemple la négociation co-créative de l'imprécision (*sloppiness*) et de l'indétermination des interactions² ou encore l'approfondissement et la diversification du champ relationnel³ accessible au dialogue thérapeutique.

² L'imprécision des interactions renvoie au fait que le décodage réciproque d'intentions par client et thérapeute se fait sur la base d'inférences, ce qui rend l'interaction imprécise. L'indétermination renvoie quant à elle au fait qu'une interaction n'est jamais complètement prévisible : elle garde son caractère de spontanéité et de co-création moment-par-moment (BCPSG, 2005a).

³ Le champ relationnel renvoie à tout ce qui peut être partagé au sein de la relation thérapeutique. Plus les contenus partagés sont profonds, intimes, délicats et affectivement chargés, plus la relation est considérée être sécurisante (Stern, Sander et coll., 1998).

Afin de combler cette lacune et de contribuer à la mesure du changement en psychothérapie psychodynamique, nous avons entrepris le développement de l'échelle d'Évaluation de la qualité du processus d'avancer-ensemble (ÉQUAPA). L'ÉQUAPA vise à être employée par un juge externe visionnant des enregistrements vidéo de séances de psychothérapie pour évaluer la qualité de la relation au moyen des six dimensions suivantes : (a) recherche de directions partagées dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique, (b) émergence de moments de rencontre, (c) engagement des deux partenaires dans le processus thérapeutique, (d) émergence de buts intersubjectifs communs à long terme (direction clinique, centration sur les besoins du client), (e) lien affectif sécurisant au sein de la dyade, et (f) complexification du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique (éléments surprenants, intégration de différents contenus tirés de différentes étapes de vie et différents modes expérientiels du client).

Au final, nous avons souhaité développer une mesure sensible à l'évolution de la capacité de la dyade thérapeutique à s'engager affectivement dans un lien sécurisant, authentique, ajusté et satisfaisant. La prémisse de base, suivant les connaissances tirées des travaux du BCPSG et des études développementales desquelles ceux-ci s'inspirent, veut que si la relation thérapeutique évolue favorablement dans cette direction, les connaissances relationnelles implicites du client seront modifiées à un niveau neuronal, de sorte qu'il pourra éventuellement transposer ces nouvelles manières d'être en relation développées au contact de son thérapeute dans ses autres liens. C'est ce qui lui permettra d'agir de manière plus authentique, compétente et mature dans ses liens, par exemple en adoptant une posture de respect et d'empathie (face à soi et face à autrui), d'affirmation et d'acceptation (de soi et d'autrui), de régulation émotionnelle mature et de gestion constructive des conflits et des deuils.

La thèse et ses parties

Notre thèse présente en détails les premières étapes de développement et de validation de l'ÉQUAPA, une mesure observationnelle du changement en psychothérapie inspirée du modèle du *Boston Change Process Study Group*. Elle est constituée de parties de forme traditionnelle ainsi que de deux chapitres prenant la forme d'articles scientifiques.

Afin de bien mettre en contexte le lecteur, le premier chapitre de la thèse présente les assises théoriques sous-tendant la pertinence de développer l'ÉQUAPA. Une brève revue de littérature des divers courants (psychanalyse classique, psychanalyse relationnelle, recherches empiriques sur les processus de changement et le résultat thérapeutiques, recherches sur les dyades mère-bébé) ayant influencé les conceptualisations et les mesures actuelles du processus de changement en psychothérapie psychodynamique est exposée. La conclusion de cette recension nous a amenée à entrevoir les bénéfices pour le champ de recherche de s'appuyer sur le modèle du BCPSG pour développer une mesure ancrée dans une théorie relationnelle et développementale du changement. Nous présentons ensuite notre synthèse théorique du modèle, où nous avons entrepris d'organiser et de hiérarchiser les divers concepts présents dans l'ensemble des publications des membres du BCPSG.

Les chapitres deuxième et troisième sont constitués des deux articles scientifiques décrivant les trois études réalisées à ce jour pour enclencher le processus de validation de l'ÉQUAPA. Le premier article présente (a) l'élaboration des items de l'ÉQUAPA et l'évaluation de leur validité de contenu (caractères observable, discriminant et clair) grâce aux jugements d'experts participant à une méthode Delphi modifiée en deux tours de consultation, ainsi que (b) le processus de formation d'un juge à l'ÉQUAPA suivi de l'évaluation de la fidélité interjuges et de la consistance interne de l'outil. Le deuxième article présente les résultats d'une étude des validités convergente et

divergente de l'ÉQUAPA, où les scores de plus d'une centaine d'enregistrements vidéo de séances thérapeutiques de dyades client-thérapeute sont mis en relation avec des scores obtenus à trois autres mesures du processus et de la relation thérapeutiques, soit le Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS : Suh et coll., 1986), le Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale – Revised (VTAS-R : Diamond et coll., 1996) et le California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS : Gaston et Marmar, 1994).

La discussion générale de la thèse aborde finalement les faits saillants des résultats de nos études de validation ainsi qu'une discussion de ceux-ci. Les limites et les apports du projet y sont délimités. Nous y recommandons aussi divers contextes d'utilisation de l'ÉQUAPA et offrons des pistes de recherche à explorer plus avant pour poursuivre nos efforts de validation de l'outil, de même que pour poursuivre l'avancement de nos connaissances relatives à la mesure du changement en psychothérapie psychodynamique.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

1.1 Efficacité des traitements psychothérapeutiques

Depuis les études et méta-analyses menées entre 1980 et 2000, l'efficacité des traitements psychothérapeutiques n'est plus sujette à débat (Lambert et Bergin, 2013), à quelques exceptions près (Cuijpers et coll., 2019a, 2019b). En effet, la psychothérapie produit des changements statistiquement et cliniquement significatifs à long terme chez les clients (Lambert, 2013; Ogles, 2013). Les efforts des scientifiques s'intéressant à la recherche sur les processus et les résultats (*outcome* en anglais) thérapeutiques ont permis d'appuyer l'intuition de nombreux cliniciens, théoriciens et chercheurs qui pressentaient que c'est dans le lien à l'autre, dans un contexte qui implique une centration particulière sur les besoins et les affects du client, notamment, que celui-ci peut réellement espérer soulager de manière durable ses blessures.

Il existe trois définitions de la notion de « changement cliniquement significatif » (Ogles, 2013) : (a) les clients s'améliorent, sans toutefois se rétablir, de manière statistiquement fiable en rapport à une mesure du résultat thérapeutique et cette amélioration est le résultat du traitement (Jacobson et Truax, 1991); (b) les clients se rétablissent et cette rémission est le résultat du traitement (Kendall et coll., 1999); (c) les clients présentent une combinaison des deux indices de changement précédemment mentionnés. Ainsi, le client qui entame une démarche thérapeutique peut, le plus souvent, espérer réalistement changer. Néanmoins, pour que ce résultat thérapeutique favorable soit possible, certaines conditions propices à l'émergence d'un processus de changement seraient requises. Celles-ci seront délimitées dans le présent chapitre. Auparavant, certaines définitions seront toutefois présentées pour poser les bases du sujet à l'étude.

1.1.1 Définitions pertinentes à l'étude du processus et du résultat thérapeutiques

La recherche sur le processus et le résultat thérapeutiques est féconde. Pour quiconque s'intéresse à la recherche sur le changement en psychothérapie et qui cherche à l'évaluer, processus et résultats thérapeutiques sont des construits indissociablement liés⁴. Il nous apparaît toutefois important d'entrée de jeu de clarifier notre emploi des termes qui lui sont propres.

- Par « recherche sur le processus (thérapeutique) », nous faisons référence dans ce qui suit aux efforts de compréhension des changements qui surviennent chez le client (ou dans la dyade) en cours de suivi, pour lesquels on tend à faire l'hypothèse d'une influence en partie causale sur le résultat thérapeutique observé (Crits-Christoph et coll., 2013).
- Par « processus thérapeutique », nous référerons aux comportements et expériences de la dyade thérapeutique ainsi qu'à la manière dont client et thérapeute sont en relation lorsqu'ils sont en séance ensemble, et secondairement lorsqu'ils se croisent en-dehors du cadre des séances (Orlinsky et coll., 2004).
- De manière distincte et plus restreinte, « processus de changement » renverra à tout changement chez le client (dans ses symptômes, ses difficultés, son fonctionnement général) qui se produit durant les séances de psychothérapie ou entre celles-ci, changements qui apparaissent être la conséquence des interactions avec le thérapeute (Crits-Christoph et coll., 2013).
- Par « résultat thérapeutique », malgré les nombreuses définitions existantes suivant les différents modèles théoriques inspirant la conduite des divers types de traitements psychologiques (Keisler, 1971), nous entendrons simplement

⁴ C'est pourquoi, d'ailleurs, on parle en anglais de « *process-outcome research* ».

toute amélioration dans les problèmes initiaux ayant motivé la demande de consultation du client, dans ses symptômes (affectifs, cognitifs, comportementaux) et/ou dans son fonctionnement général (social, professionnel, scolaire, investissement dans des loisirs) (Crits-Christoph et coll., 2013).

- Finalement, par « mécanisme de changement », nous référerons aux moyens utilisés pour favoriser un processus de changement (Crits-Christoph et coll., 2013), tels l'interprétation transférentielle dans les traitements psychanalytiques, la restructuration cognitive dans les traitements cognitivo-comportementaux et l'*experiencing* dans les psychothérapies expérientielles.

1.1.2 Brève recension des recherches empiriques appuyant l'efficacité des traitements psychothérapeutiques

Quatre vagues de méta-analyses ont été conduites depuis le début du champ de recherches sur l'efficacité des traitements psychologiques (Ogles, 2013). La première correspond aux travaux de Smith et Glass (1977) et de Smith et coll. (1980); la seconde à ceux de Andrews et Harvey (1981), de Landman et Dawes (1982) et de Shapiro et Shapiro (1982); la troisième à ceux de Lipsey et Wilson (1993); et, finalement, la quatrième à ceux de Gava et coll. (2007) et de Hofmann et Smits (2008). La conclusion générale que l'on peut tirer de cet ensemble d'études est que la psychothérapie produit des effets supérieurs à l'effet placebo, à une absence de traitement, à une place sur une liste d'attente ainsi qu'à un traitement pharmacologique, et ce pour différents types de diagnostics psychologiques, différents types de cadres cliniques (interne, externe) et différents types de traitements psychologiques (Ogles, 2013). Ces méta-analyses ont par ailleurs permis d'estimer que la taille d'effet de la psychothérapie se situe entre .40 et .80, avec une taille d'effet moyenne de .60 (Ogles, 2013).

Plus encore, Lambert et coll. (2001) ont noté que 50 % des clients qui entament un suivi en étant dysfonctionnels atteignent un état de rémission après une vingtaine de séances, alors que 75 % l'atteignent après environ 50 séances. Plus récemment, une étude de Shimokawa et coll. (2010) est venue corroborer cette conclusion en estimant que la proportion des clients ayant un résultat thérapeutique favorable se situe entre 50 % et 70 %. D'autre part, les gains thérapeutiques observés semblent se maintenir à long terme et ce, encore une fois, pour différents types de diagnostics psychologiques et différents types de traitements psychologiques (Feske et Chambles, 1995; Marchand et coll., 2009). Ainsi, la psychothérapie accroîtrait la vitesse du processus naturel de changement (McNeilly et Howard, 1991), permettrait la rémission symptomatique chez une majorité de clients après un nombre significatif de séances (Lambert et coll., 2001; Shimokawa et coll., 2010), en plus de préparer les clients à affronter avec des compétences accrues la gestion des difficultés futures (Leichsenring et Leibing, 2003). Ces effets manifestes, fréquents et durables, seraient observables dans une variété de populations cliniques, de cadres et d'approches thérapeutiques (Norcross et Lambert, 2018; Ogles, 2013).

Le soutien empirique à l'efficacité des traitements psychothérapeutiques et aux différents processus de changement thérapeutiques continue de croître (Munder et coll., 2019; Norcross et Lambert, 2018; Wampold, 2019). Cependant, malgré le consensus général sur l'efficacité des traitements, des débats perdurent, notamment en regard des processus qui seraient les plus efficaces, de la manière d'interpréter certaines données scientifiques, ainsi qu'en regard des conditions nécessaires et suffisantes au changement (Lambert et Bergin, 2013).

1.2 Historique des conceptualisations du processus de changement en psychothérapie psychanalytique

Il n'y a rien de simple à tenter de conceptualiser le changement. Les conceptualisations du processus analytique (entendu comme visant le changement en psychothérapie psychanalytique) sont donc multiples. Bien que certaines de ses composantes fassent somme toute consensus (p. ex. : l'interprétation transférentielle), l'identification de la présence ou de l'absence d'un processus dit analytique dans une transcription d'une séance psychothérapique donnée varie grandement en fonction des analystes, et ce, même lorsque des cliniciens d'expérience sont consultés. Qui plus est, le lieu du processus analytique (intrapsychique vs interpersonnel) semble être particulièrement source de désaccords (Boesky, 1990; Vaughan et coll., 1997). Il en est de même pour les mécanismes de changement et leur primauté relative pour expliquer l'avènement d'un résultat thérapeutique favorable.

Ainsi, bien que le concept de processus analytique soit intimement lié à la définition de la psychanalyse et aux études portant sur le résultat thérapeutique, sa définition et son opérationnalisation demeurent sources de débats (Boesky, 1990; Vaughan et coll., 1997). Néanmoins, comme dans l'ensemble des traitements psychothérapiques, l'action thérapeutique menant à un changement durable en psychothérapie psychanalytique a été conçue principalement en termes d'activités techniques particulières (p. ex. : interprétation) et de facteurs relatifs à l'expérience relationnelle vécue par le client avec son analyste (Gabbard et Westen, 2003; Lambert et Ogles, 2004).

1.2.1 Psychanalyse classique : la cure par la parole

1.2.1.1 L'influence de S. Freud

Les conceptualisations classiques du processus de changement thérapeutique remontent historiquement à S. Freud. L'approche a bien sûr évolué et demeure bien vivante (Crits-Christoph et coll., 2013). Les cliniciens qui s'identifient à cette approche vont écouter leurs clients en ayant en tête une grille d'analyse qui leur permet de s'intéresser à la pulsionnalité du client (comment celui-ci gère son agressivité, sa sexualité, ses élans de vie); au désir du client (sexuel ou plus généralement, tout ce qui touche à la satisfaction dans sa vie ou au contraire au maintien de situations insatisfaisantes); à la manière dont le client a traversé les stades de développement (oral, anal, génital) qui sont vus comme universels et innés; à la conflictualité intrapsychique (c'est-à-dire quelles sont les pulsions et les désirs qui entrent en conflit avec des interdits, des exigences et des inhibitions internes); au transfert du client (le patron relationnel que le client a intériorisé qui représente ses expériences relationnelles infantiles avec ses figures parentales et qu'il va répéter dans la plupart de ses relations, notamment dans sa relation avec le thérapeute); aux contenus inconscients et aux mécanismes de défense qui agissent pour maintenir des contenus dans l'inconscient (Langs, 1973). Les analystes classiques considèrent donc qu'il y aurait dans la psyché des contenus refoulés, que l'on doit tenter de ramener dans la conscience. S. Freud maintenait en fin de carrière que la clé d'un processus menant à un changement durable et structurel chez un patient consistait à rendre l'inconscient conscient afin d'élargir le territoire couvert par le Moi du client par le biais de l'interprétation (principalement l'interprétation du transfert) menant à un *insight* profond et significatif. Ultimement, ce procédé de mise en mots des conflits inconscients devait permettre de calmer les agirs du client, de diminuer ses symptômes, d'approfondir sa connaissance de soi et de le libérer de la compulsion de répétition (S. Freud, 1915; 1933).

En amenant l'inconscient dans la conscience, nous supprimons les refoulements, nous écartons les conditions qui président à la formation de symptômes, nous transformons le conflit pathogène en un conflit normal qui, d'une manière ou d'une autre, finira par être résolu. [...] Une vraie solution ne peut intervenir que lorsque les deux (pulsions vs refoulement) se retrouvent sur le même terrain (la conscience). Et je crois que la seule tâche de la thérapeutique consiste à rendre cette rencontre possible. [...] Le nerveux guéri est en effet devenu un autre homme, mais au fond, et cela va sans dire, il est resté le même, c'est-à-dire qu'il est devenu ce qu'il aurait pu être, indépendamment du traitement, dans les conditions les plus favorables. Et c'est beaucoup. (S. Freud, 1923, p. 409-412).

Pour Freud, la clé de l'action thérapeutique, donc l'essence du processus de changement, résidait principalement dans l'utilisation d'un acte technique, soit l'interprétation (la mise en mots), au service de l'analyse (verbale) du patron relationnel répété par le client, soit le transfert (inconscient, agissant), ce afin d'amener le transfert du client dans le champ de sa conscience de sorte qu'il puisse le reconnaître et le moduler; qu'il puisse en quelque sorte prendre les rênes du chariot, maîtriser le cheval et décider avec plus de contrôle de la direction et des chemins à emprunter. Au fondement de cette conceptualisation se trouvait la prémisse voulant que s'il y a symbolisation et mise en mots des conflits intrapsychiques, des résistances, des traumatismes infantiles, des fantasmes inconscients, des angoisses et des modes relationnels inconscients du client, alors il lui devient possible de diminuer ses symptômes et d'agir sur ses difficultés afin de trouver des moyens alternatifs moins coûteux de satisfaire ses besoins et désirs, afin de cesser de répéter ce qui le fait souffrir et d'agir plus librement. Le transfert du client à l'endroit du thérapeute représente donc pour Freud la « voie par laquelle les difficultés du patient s'inscrivent dans une relation intersubjective vivante » (Braconnier, 1998, p. 154) où le patient rejoue dans l'ici et maintenant ses expériences relationnelles infantiles, contexte qui permet d'explorer en profondeur ses modes de relation et de rendre possible l'interprétation de ce qui est refoulé, quoique toujours à l'origine de sa souffrance actuelle (Braconnier, 1998). Des éléments fondamentaux de la technique étaient considérés par Freud nécessaires à

l'établissement du transfert et à son analyse, notamment la neutralité bienveillante du thérapeute et son abstinence à se dévoiler ainsi que l'association libre du patient et l'analyse de ses rêves, pour ne citer qu'eux. L'association libre renvoie au processus introspectif qui prend place chez le client lorsqu'il est encouragé à élaborer spontanément et sans trop de censure sur ses chaînes de pensées et de mots, pour remonter jusqu'à son inconscient pour ultimement faire des liens avec des expériences passées refoulées (Langs, 1973). Le thérapeute cherche ainsi à écouter le patient se remémorer son passé pour comprendre ce qui se rejoue dans l'actuel.

Ainsi, les tenants de l'approche psychanalytique classique se représentent le client avec une psyché qui peut être isolée des autres, qui peut être observée objectivement par le thérapeute. C'est pour cette raison que la posture du thérapeute est faite de beaucoup de retenue et de neutralité. Moins le thérapeute en dit sur lui, mieux il limite l'influence de son contre-transfert, plus on aura accès à ce qui existe dans la psyché du client, car on cherche à obtenir le plus d'informations possibles sur la manière dont sa subjectivité à lui fonctionne. Cette façon de concevoir la psyché comme quelque chose qui peut être isolée dans un contexte relationnel s'appelle « psychologie à une personne » (Kahn, 1996). L'accent est placé sur ce qui se passe à l'intérieur de la psyché. Et non sur ce qui se passe 'entre-deux-psychés', entre deux subjectivités ou à l'intersection entre deux subjectivités. Cette seconde façon de se représenter la psyché humaine s'appelle « psychologie à deux personnes » (Aron, 1996). Celle-ci va plutôt caractériser les approches psychanalytiques dites relationnelles, dont nous traiterons subséquemment.

Depuis les découvertes initiales de Freud, plusieurs ont tenté de mieux comprendre les rouages de la technique analytique et de son impact sur le processus et le résultat thérapeutiques (D'abreu, 2006; A. Freud, 1971; Jones, 1997, 2000; Lacan, 1978, 1988; Langs, 1973; Roussillon, 1995, 2005). La majorité des efforts de théorisation puis de recherche en psychanalyse classique ont porté sur l'impact des mots du thérapeute sur le processus et/ou le résultat thérapeutiques (Ledermann, 1995; Löwenstein, 1952;

Roussillon, 2007; Winston et coll., 1994), notamment sur la formulation et le moment adéquats de l'interprétation (D'abreu, 2006; Heimann, 1956; Schlesinger, 1995; Sirois et Alcorn, 2012). En 1934, Strachey soutenait la position de Freud en affirmant que, par une série de petites étapes qui favorisent une identification croissante à l'attitude analytique du thérapeute, le changement structural de la personnalité est produit grâce à l'utilisation modérée d'interprétations transformatrices, et en particulier d'interprétations transférentielles. Il avançait que les quatre conditions suivantes permettent qu'une interprétation soit transformatrice : (a) elle est livrée à un moment où il y a réactivation émotionnelle d'enjeux conflictuels afin que le client revive dans l'actuel les affects associés à ses difficultés; (b) elle est centrée sur le point d'urgence, c'est-à-dire lorsque le client communique un affect authentique au thérapeute; (c) le client se trouve dans un état où il est engagé émotionnellement dans sa relation avec l'analyste (*affective relatedness* en anglais); (d) l'expérience affective du client atteint une certaine intensité, c'est-à-dire ressentir l'immédiateté de l'affect sans être débordé par celui-ci. Ces conditions permettraient au patient d'atteindre un insight sur ses conflits inconscients. Les clarifications de Strachey sur l'interprétation continuent d'être d'actualité pour plusieurs adeptes de la clinique psychanalytique classique (Matos, 2004; McGregor Hepburn, 2021; Sirois et Alcorn, 2012).

Outre l'analyse du transfert, l'interprétation des défenses et des résistances du patient qui nuisent à l'établissement du transfert ou à la collaboration avec l'analyste, est aussi au cœur des mécanismes de changement en psychothérapie psychanalytique classique. Le travail thérapeutique viserait donc à favoriser le recours à des défenses plus adaptatives, et à atténuer chez le client la rigidité de ses défenses, symptômes, comportements et perceptions de soi et d'autrui. Plus récemment (Bateman et Fonagy, 2003; Fonagy et Bateman, 2006), l'amélioration de la fonction réflexive des patients a été conceptualisée comme un autre des mécanismes qui favorisent le changement dans les patrons relationnels ainsi que dans le fonctionnement défensif du client.

Ultimement, l'ensemble des mécanismes d'action thérapeutique viserait à favoriser une réorganisation de la personnalité qui permette au client de s'engager avec un relatif équilibre dans trois sphères de fonctionnement général : *aimer* (nouer des liens intimes, réciproques, satisfaisants, durables), *travailler* (développer des moyens de s'inscrire dans la société) et *jouer* (être créatif et investir des activités de loisir nourrissantes) (S. Freud, 1937/1985).

Depuis les débuts, la cure a été vue comme une cure par la parole. L'importance accordée à l'insight, à l'interprétation et au transfert persiste depuis. Aujourd'hui encore, tel que démontré dans les études empiriques, ces mécanismes sont au cœur de ce qui fait la spécificité du travail analytique (Crits-Christoph et coll., 2013; Kanfer et Goldstein, 1991). De même, dans tout traitement psychodynamique, une grande importance est accordée à la réflexion sur la relation thérapeutique, y compris sur les éléments transférentiels qui s'y rejouent et qui y sont interprétés (Braconnier, 1998). Les vues sur l'importance des mécanismes de changement associés à la relation client-thérapeute se sont toutefois complexifiées au fil des années. L'analyse du transfert demeure centrale à la technique préconisée, mais les analystes se sont affairés à théoriser ce qui, au-delà de la technique, est transformateur et correctif en soi dans la co-création d'une relation thérapeutique de qualité.

1.2.2 Psychanalyse relationnelle

Pendant plusieurs décennies et même encore aujourd'hui, le débat théorico-clinique opposant la prépondérance du changement intrapsychique à celle du changement interpersonnel–relationnel est demeuré au cœur des écrits et de la recherche sur la psychothérapie psychanalytique. Pour plusieurs, il s'agit d'une question dont la réponse est univoque et, jusqu'à 1980-1990, la majorité des praticiens s'est montrée en faveur de la primauté du changement intrapsychique.

À compter des années 1980 toutefois, le champ psychanalytique a vu s'opérer une montée des approches psychodynamiques-relationnelles, psychodynamiques-intersubjectives, humanistes-intersubjectives et des autres approches interpersonnelles, qui sont devenues un courant majeur, voire dominant, en Amérique du Nord. Près de 50 % des analystes nord-américains s'identifieraient aujourd'hui à une approche relationnelle ou intersubjective selon des données rapportées par Kernberg (2011). L'expression « *relational turn* » en anglais décrit l'avènement de ce changement de paradigme dans la clinique psychanalytique contemporaine (Cavdar et Fisek, 2018; Mills, 2012; Norcross et Lambert, 2018; D.B. Stern, 2015). De manière générale, les tenants du mouvement interpersonnel s'intéressent à l'aspect correctif (Alexander et French, 1946) et transformateur de l'expérience relationnelle (implicite, intersubjective, co-créative) en psychothérapie. Notre compréhension du champ nous amène à retracer l'origine de cet intérêt dans les écrits de Ferenczi et de Winnicott, puis dans ceux de Rogers, Bowlby et des développementalistes, comme nous allons maintenant le voir.

1.2.2.1 L'influence de Ferenczi et Rank et du mouvement relationnel

Déjà à l'époque de l'émergence de la psychanalyse, certains trouvaient à remettre en question la primauté de la technique pour expliquer le changement thérapeutique. Le débat opposant la technique au relationnel était entre autres repérable dans la réplique de Ferenczi et Rank (1924/ 2006) à la théorie de l'action thérapeutique énoncée par Freud. Le duo d'analystes avançait plutôt que ce qui est central à l'avènement d'un processus thérapeutique transformateur, c'est la création et la recréation d'un ensemble d'expériences mises en acte dans un nouveau contexte, soit celui de la relation entre patient et analyste. Pour eux, la traduction des choses en mots (par le biais de l'interprétation et de l'insight) était secondaire à la chose en soi, c'est-à-dire à l'expérience vécue (Greenberg, 1996). Pour eux, quelque chose de plus que l'interprétation était nécessaire, quelque chose de l'ordre d'une expérience relationnelle nouvelle co-créée.

Depuis les écrits de Ferenczi et Rank et surtout à compter des années 1980, plusieurs chercheurs intéressés par les approches relationnelles ont changé leur angle d'approche à l'étude du processus et de la relation thérapeutiques. On passe d'une centration sur l'étude de l'interprétation (son contenu, son à-propos, son caractère saisissant ou frappant, le choix des mots employés, etc.) à une centration sur l'étude de l'authenticité au sein de la dyade analytique. Les contributions de l'analyste à cette relation authentique suscitent de plus en plus de curiosité. Il s'agit dès lors d'étudier les manières dont les dyades parviennent à co-crée une certaine qualité d'atmosphère émotionnelle ou de lien affectif nécessaire à la liberté d'oser partager avec autrui son expérience ainsi que les manières dont les subjectivités du client et de l'analyste se rencontrent pour créer de nouveaux patrons relationnels plus flexibles et ajustés (Aron, 1992; Doctors, 2009; Stern, Sander et coll., 1998). Le tournant relationnel implique que les cliniciens et chercheurs passent d'un intérêt envers une psychologie à une personne vers un intérêt pour une psychologie à deux personnes (Aron, 1996). Ce concept fait référence à l'intersubjectivité (Atwood et Stolorow, 1984; Stern et coll., 1998; Stolorow, 1988).

D'emblée, il convient de noter que le concept d'intersubjectivité a été employé dans des sens multiples (Beebe et coll., 2005). Par Heinz Kohut, Howard Bacal, Jessica Benjamin et Lewis Aron, Robert Stolorow et George Atwood, puis par Daniel Stern, pour ne nommer qu'eux. Cela dit, dans tous les modèles qui en traitent, l'intersubjectivité renvoie à ce qui se passe entre deux subjectivités qui forment un système dyadique qui s'inter-influence (Beebe et coll., 2005). Les intersubjectivistes n'éliminent pas l'idée d'une subjectivité intrapsychique chez le client. Ce qu'ils vont plutôt faire, c'est de systématiquement contextualiser l'intrapsychique dans des relations où deux subjectivités organisées différemment sont nécessairement en interaction (Stolorow, 1998). L'expérience subjective est alors vue comme étant co-construite, dans une réciprocité constante avec autrui (Stolorow et Atwood, 2012). L'identité serait alors dynamique, constamment en mouvement, en fonction de ce

qu'autrui fait émerger en soi, y compris en psychothérapie, d'où cette expression de Tronick (et coll., 1998) : « J'interagis, donc je suis. »

Dans cette perspective, l'analyste compétent n'est plus celui qui « sait » ce qui habite le client et qui le lui interprète « objectivement ». L'analyste compétent devient celui qui tolère l'incertitude, qui tolère les limites de sa subjectivité et des pistes de compréhension qui ont été formulées au sein de la dyade, puis qui demeure naturellement ouvert à les revisiter (D.B. Stern, 2015). Dans cette perspective, toute prise de conscience et toute piste de compréhension de la dynamique du client est vue comme une propriété émergente de l'interaction thérapeutique. Tout ce qui se dit en séance se créerait à deux, grâce au travail de deux personnes qui tenteraient continuellement de se comprendre et de s'ajuster l'un à l'autre (Stern et coll., 1998).

La notion d'intersubjectivité est ainsi venue transformer la posture du thérapeute, où client et thérapeute deviennent plutôt deux humains, avec deux subjectivités, deux manières d'être au monde, qui sont également valables et dignes (Aron, 1996; Atlas et Aron, 2018; Benjamin, 2018; Mitchell, 1988, 2000). Client et thérapeute essaient alors de dialoguer activement ensemble, pour donner un sens à ce qui se passe ici et maintenant entre nous, ou ici et maintenant chez le client, puis pour aider le client à apprendre à négocier dans une interaction de manière flexible. Dans la posture thérapeutique relationnelle, la recherche d'objectivité de la psychanalyse classique laisse place à la recherche de co-création de sens, co-création qui émerge dans un espace de la relation où la subjectivité de chacun se rencontre. La méthode d'exploration de l'expérience du client devient le dialogue, plutôt que l'écoute des associations libres du client (Levenkron, 2009). On passe d'un intérêt envers les pulsions innées refoulées du client vers un intérêt pour l'affectivité et les états mentaux accessibles, dissociés ou non formulés de son expérience (Aron, 1996; Levenkron, 2009; D. B. Stern, 2010). On passe d'un intérêt envers l'écoute analytique de thèmes associés à des stades de développement universels vers l'exploration de l'unicité des

principes organisateurs⁵ de l'expérience subjective du client (Stolorow, 1997a). L'inconscient n'est pas ignoré. Le passé non plus. Les intersubjectivistes reconnaissent que patient et analyste arrivent chacun dans la relation avec des attentes et des histoires personnelles différentes basées sur leur passé, mais que l'inconscient va nécessairement émerger dans le présent de leur interaction (Knight, 2021).

Dans les approches psychanalytiques relationnelles et intersubjectives, les thérapeutes cherchent à favoriser un processus de changement menant :

- à la co-crédation de nouvelles manières de se réguler avec quelqu'un (Bayles, 2007; BCPSG, 2010; Clyman, 1991; Coleman Curtis, 2012; Fingert, 2003; Ginot, 2009; Greenberg, 1996; Jacobs, 1990; Tronick, 2003);
- à la co-crédation d'un engagement relationnel affectif authentique réciproque (Aron, 1996; BCPSG, 2010; Beeler, 2018; Fosshage, 2004; Frank, 2006; Gelso, 2009; Lord, 2018; Miller, 2008; Reis, 2018);
- à la co-crédation de nouveaux principes organisateurs de l'expérience (Aron, 1996; D.B. Stern, 2010);
- à la co-crédation de nouvelles propriétés psychiques telles les états du Self, les intentions et les affects afin que le client retrouve (Aron, 1992, 1996; Benjamin, 2005; Bollas, 1989; Greenberg et Mitchell, 1983; Mitchell, 1993; Mitchell et Aron, 1999; Stern, Sander et coll., 1998; Summers, 2012; Waldron et al., 2015; D.B. Stern, 1997, 2004; Summers, 2005) sa capacité d'accéder de manière flexible à différentes parties de son expérience, puis à alterner de manière

⁵ Les croyances conscientes ou non conscientes que le client a développé sur la manière dont il a le droit d'être en relation, ce qu'il peut amener dans une relation ou au contraire ce qu'il doit cacher (et se cacher) ou déformer de son expérience (Aron, 1996; D. B. Stern, 2010).

flexible entre différents états de son Self afin de devenir de plus en plus authentique;

- au développement de la capacité de créer et jouer (Benjamin, 1995; Bollas, 1987; Grolnick, 1990; Modell, 1991; Pine, 1985; D.B. Stern, 1997; Strenger, 1998);
- à une adaptation réciproque qui évoquent l'individualité authentique de chacun (BCPSG, 2010; Cabanis et coll., 2010; Mitchell, 1997; Tronick, 2003; Slavin, 2018);
- à l'expérience de moments affectifs saillants dans ses interactions avec le thérapeute (Bayles, 2007; BCPSG, 2010; Beeler, 2018; Davis, 2018; Fosha, 2018; Ginieri-Coccosis et Vaslamatzis, 2012; Helm, 2004; Lachmann et Beebe, 1996; Lord, 2018; Miller, 2008; Ramberg, 2006; Ringstrom, 2007; Weiss, 2018; Winborn, 2018);
- à la co-régulation des intentions de la dyade à un niveau de communication affectif procédural, qui ouvre la voie à des interventions non interprétatives ainsi qu'à de nouvelles possibilités relationnelles qui s'inscrivent dans le corps et dans les connaissances relationnelles implicites (Aron, 1991, 1996; Bayles, 2007; BCPSG, 2010; Beebe, 1998; Clyman, 1991; Davis, 2001; De Jonghe et coll., 1992; DeYoung, 2018; Gabbard et Westen, 2003; Ginot, 2009; Gossmann, 2009; Grossmark, 2012; Herzog, 2011; Holinger, 1999; Jacobs, 1994; Jordan, 1997; Lyons-Ruth, 1999; Mitchell, 1993; Schwaber, 1998; Stolorow et coll., 1994; Tronick, 2003; Vivona, 2009).

Les grands mécanismes qui rendent cela possible ne sont pas de l'ordre d'une technique rigide, mais plutôt d'une posture relationnelle qui tient compte d'une psychologie à deux personnes, dans laquelle le thérapeute tente d'avoir :

- une résonance empathique avec les affects du client et une sensibilité finement ajustée à la subjectivité du client;

- des moments d'accordage affectif ou des moments de réparation des échecs d'accordage ou des failles empathiques du thérapeute;
- la résolution de moments où le client ou la dyade met en acte des états dissociés de l'expérience du client;
- un engagement affectif authentique soutenu de la part du thérapeute (Aron, 1992, 1996; Benjamin, 2005; Bollas, 1989; Greenberg et Mitchell, 1983; Mitchell, 1993; Mitchell et Aron, 1999; Summers, 2012; Waldron et coll., 2015).

Malgré des emphases distinctes, les vues précédentes tirées des travaux d'auteurs d'approche relationnelle et intersubjective tendent à se rejoindre autour de l'accent mis sur l'importance des changements dans la relation client-thérapeute et de l'engagement affectif authentique de la dyade pour expliquer le résultat thérapeutique. Pour les intersubjectivistes, il n'y a pas de changement possible en psychothérapie sans une certaine forme de dévoilement authentique de la part du thérapeute (Aron 1991, 1999). Cela ne signifie pas que ce dernier doit nécessairement parler de sa vie personnelle, même si le bassin d'interventions possibles peut inclure des dévoilements de soi. L'important serait plutôt de reconnaître que l'on sort du paradigme analytique classique où le thérapeute devait s'empêcher d'apparaître dans son individualité, pour entrer dans un paradigme où on accepte qu'il lui soit impossible d'être neutre. Dès lors, le travail devient, entre autres, d'explorer l'effet sur le client de ce contact avec des parties de la subjectivité de son thérapeute, d'aller explorer ce qu'il en fait, les parties à potentiel réparateur comme les parties qui lui font moins de bien. La technique thérapeutique devient donc plus flexible, en autant que le thérapeute explore l'effet de son style, sa technique, sa personnalité et ses hypothèses cliniques sur le patient. Ici, une psychothérapie efficace serait nécessairement une thérapie personnalisée, c'est-à-dire centrée sur le client, faite sur mesure pour rejoindre ses particularités, ses attentes, ses capacités, ses besoins affectifs ses difficultés, ses blessures, ses expériences, ses sensibilités, ses efforts de régulation émotionnelle et le rythme de changement qu'il

trouve tolérable moment-par-moment (Caspar, 2009; Caspar et Ecker, 2008; Castañeiras et Fernández-Álvarez, 2014; Norcross et Wampold, 2011; Watson, 2010). Plutôt que de miser sur la réserve et l'objectivité du thérapeute, une posture humble, sincère, curieuse et empathique est valorisée et considérée comme cruciale à l'avènement d'une certaine réparation des traumatismes relationnels grâce à une expérience relationnelle nouvelle et, surtout, non agressive (Kernberg, 2011). Le facteur transformateur essentiel devient cette nouvelle relation thérapeutique, ces nouvelles manières d'être et de procéder en relation, qui émergent et qui sont mises en acte lorsque la dyade est engagée affectivement de manière authentique (Summers, 2012).

Bien que cette conception apparaisse aujourd'hui hautement légitime à une majorité, pendant plus de 50 ans, elle est demeurée une voix dissidente, voire hérétique, en psychanalyse.

1.2.2.2 L'influence de Winnicott

L'intérêt porté plus particulièrement à la créativité du patient dans sa participation à la relation thérapeutique et aux mécanismes d'action thérapeutique s'ancre dans deux traditions analytiques (Summers, 2012) : le mouvement relationnel-intersubjectif, dont les principes et contributions ont été décrits ci-haut, et l'école winnicottienne (Benjamin, 1995; Bollas, 1987; Grolnick, 1990; Modell, 1991; Sanville, 1971; D. B. Stern, 1997; Strenger, 1998).

Pour Winnicott et ses disciples, l'essence de l'action thérapeutique est la création par le patient de nouvelles configurations psychiques par le biais des interactions avec l'analyste (Summers, 2012; Strenger, 1998). Le patient doit ultimement parvenir à expérimenter, jouer avec de nouvelles manières d'être (Grolnick, 1990; Sanville, 1991; D. B. Stern, 2013). Pour ce faire, le cadre clinique requiert une certaine absence de forme (*formlessness* en anglais) (Summers, 2012). Ce cadre renvoie à tous les détails

de l'aménagement de la rencontre clinique qui permettent une adaptation suffisamment bonne du thérapeute aux besoins du client (Geets, 1981).

Son projet thérapeutique s'articule autour de la notion de *caring/care-taking* : soigner, au sens de prendre soin, se soucier, se préoccuper, du bien-être du patient (Geets, 1981; Nasio, 1994). Prendre soin du patient, c'est entre autres lui offrir un « environnement thérapeutique contenant ». Ce concept est une métaphore dérivée de la fonction contenante de la mère auprès de son bébé. La mère porte le bébé, physiquement et psychiquement, c'est-à-dire qu'elle lui donne des soins qui l'aident à réguler ses états psychiques et somatiques de manière à ce qu'il ne soit pas débordé par l'angoisse, puis qu'il puisse construire graduellement son sentiment d'identité, son sentiment d'être réel et son sentiment de continuité d'être à travers le temps et l'espace. L'environnement contenant procure une illusion de sécurité et de protection, une illusion qui dépend du lien affectif entre le parent et l'enfant. Pour porter de manière sécurisante, suivant Winnicott, la mère doit porter de manière vivante, affectueuse, avec un plaisir réel à aimer et à prendre soin de son bébé, sinon tout est mort, mécanique, sans utilité. Par exemple, le bébé ne désirerait pas tant qu'on lui donne un repas convenable que d'être nourri par quelqu'un qui aime le nourrir (Geets, 1981; Nasio, 1994; Winnicott, 1960, 1992, 1953/2006).

Comme la dyade mère-bébé, la dyade patient-thérapeute représenterait un système où les deux partenaires sont reliés par le biais de la communication des affects (Modell, 1976). L'analyste contient le patient, et cela prend diverses formes : l'analyste transmet en mots au moment approprié quelque chose qui montre qu'il saisit l'angoisse la plus profonde qui préoccupe le client; l'analyste est constant, prévisible, humainement fiable; l'analyste répond aux affects du patient; l'analyste accepte le patient et se montre bienveillant à son endroit; l'analyste est présent principalement pour les besoins du patient et non pas pour les siens; l'analyste ne fait pas de représailles; l'analyste a parfois une meilleure compréhension de la réalité intrapsychique du patient que le

patient lui-même, et ainsi peut aider à clarifier ce qui est confus et déconcertant pour lui afin de l'aider à mieux tolérer et réguler ses angoisses (Modell, 1976). Ici aussi, pour porter de manière sécurisante, le thérapeute doit porter de manière vivante, affectueuse, avec un plaisir réel à prendre soin de son patient.

Dans ce contexte, le cadre thérapeutique devient plus important que l'interprétation. Winnicott se trouve en fait aux antipodes de la psychanalyse interprétative (Geets, 1981). Il adopte plutôt une position de « réserve ». Cela permettrait que le client puisse « trouver-crée » son vrai Self. Le paradoxe du trouvé-crée réfère à un processus psychologique propre au développement du bébé dans ses premiers mois de vie où, si les soins maternels sont suffisamment bons (aimants, sensibles, empathiques, adéquats, continus, constants, prévisibles, offerts dans un *timing* adéquat, impliquant un décodage approprié des signaux du bébé), le bébé parvient à développer une illusion d'omnipotence quant aux possibilités d'obtenir réponses (appropriées, nourrissantes, vitalisantes) à ses besoins (Winnicott, 1975, 1992, 1953/2006). Winnicott nous amène ici à concevoir qu'un bon objet n'est bon pour le bébé que s'il est créé par le bébé, à partir de ses besoins. Mais il doit être trouvé pour être créé. Par exemple, si le bébé a faim, il fantasme le sein, le crée dans son esprit. Puis, si la mère répond adéquatement à ce besoin, le bébé trouve le sein, en ayant l'impression que c'est parce qu'il l'a créé que le sein lui apparaît. Or, si le sein ne lui apparaît pas, le bébé ne peut pas avoir l'illusion qu'il a créé ce dont il a besoin (Nasio, 1994; Winnicott, 1975, 1992, 1953/2006).

C'est pourquoi Winnicott parle de l'aspect créatif de l'expérience, qui permet au bébé de nourrir le sentiment qu'il existe une réalité extérieure au sein de laquelle il puisse créer ce dont il a besoin. Ce sentiment vient nourrir son espoir qu'il y a une relation vivante entre sa réalité interne et la réalité externe, entre sa créativité primaire innée et le monde dans son ensemble. Lorsque les soins offerts par la mère sont suffisamment bons, le bébé parvient à engager sa créativité dans son rapport au monde, en tentant

durant le reste de sa vie d'aller trouver dans ce monde des lieux et des liens qui vont lui correspondre et ainsi nourrir son sentiment d'être authentique et connecté à sa vitalité. De cette première expérience d'omnipotence, de ce passage par la toute-puissance originelle, naît un sentiment d'authenticité absolue dans la manière dont le bébé entre en relation avec le monde : il va pouvoir vivre simplement, en faisant de sa vie une création, même s'il n'est pas un artiste. Et cette créativité serait à la source de toute joie (Nasio, 1994; Winnicott, 1975, 1992, 1953/2006).

Un processus similaire serait à recréer avec l'analysant, afin qu'il puisse poursuivre sa croissance psychologique. Permettre à l'analysant de « trouver-crée » son vrai Self et son espace analytique propre dans cette aire transitionnelle de jeu que représente l'espace thérapeutique où il expérimente de nouvelles manières d'être, ce serait lui permettre de retrouver sa capacité à donner vie et sens à son monde interne, à « créer » ce qu'il trouve ou à « trouver » qui il est ou ce qu'il est en mesure de créer. Mais Winnicott ne s'en tient pas là : il ajoute qu'il faut aussi permettre à l'analysant de « détruire-trouver » l'espace psychanalytique proposé par l'analyste. En effet, dans chaque suivi clinique, voire dans chaque séance, la situation psychanalytique doit être réinventée, recrée par l'analysant, recrée « sur mesure » pour son compte propre. Elle doit donc aussi être détruite dans ce qu'elle propose comme « prêt-à-porter » ou « prêt-à-penser », afin d'être redécouverte, trouvée et re-trouvée dans sa pertinence singulière pour le patient. L'analyste et l'analyse doivent pouvoir « survivre » à ces destructions, qui permettront au patient une appropriation subjective de son expérience. L'une des tâches du psychanalyste serait donc de rendre « utilisable » la situation psychanalytique et de se rendre utilisable, malléable, comme analyste, pour aller à la rencontre des besoins uniques du patient (Nasio, 1994; Winnicott, 1975).

Pour résumer son approche, Winnicott met en valeur le jeu et la créativité dans la relation à autrui et dans l'espace thérapeutique. Chaque personne doit « créer » le monde qu'il trouve dans son environnement. C'est ainsi que l'on se l'approprierait et

que l'on s'y rendrait présent, créatif et vivant. Sa théorie de l'action thérapeutique s'ancre également dans l'offre de *caring* sensible et contenant de la part du thérapeute. Winnicott est parmi les premiers analystes à faire émerger dans ses réflexions théorico-cliniques sur le processus de changement les qualités personnelles *réelles* de sensibilité, de disponibilité, de malléabilité, de plaisir à prendre soin et de créativité du thérapeute. Parallèlement, vers la même époque, en adoptant un angle d'approche différent, Carl Rogers faisait de même.

1.2.2.3 L'influence de l'approche rogérianne et des écrits sur la relation réelle

C'est Greenson (1967) qui, le premier, a suggéré une division tripartite de la relation thérapeutique, soit l'alliance de travail, le transfert et la relation réelle. Cette dernière est au cœur des conceptualisations du processus de changement dans les traitements humanistes-existentiels, qui ont eux aussi influencé les vues des analystes sur la relation thérapeutique.

Avec les études de Chicago (entre 1945 et 1957) sur le processus thérapeutique, Carl Rogers devient le premier clinicien-chercheur qui place les aspects authentiques et réels de la relation thérapeutique au cœur des mécanismes de changement, puis qui en fait la démonstration empirique. Rogers (1951, 1955, 1958, 1959, 1961, 1975, 1976) a énoncé ce qu'il considérait comme les trois conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique, soit : (a) l'empathie (compréhension cognitive et affective) du thérapeute; (b) l'authenticité (congruence) du thérapeute; et (c) la considération positive inconditionnelle (respect, tolérance, acceptation, chaleur) du thérapeute. L'empathie référerait pour lui à la capacité de s'immerger dans le monde subjectif d'autrui et de participer à son expérience dans toute la mesure où la communication verbale et non verbale le permet. Cela impliquerait de percevoir et ressentir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne, sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue. On éprouverait sa peine ou son plaisir comme

il l'éprouve et on en percevrait la cause comme il la perçoit, sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. L'authenticité (congruence) référerait, elle, au fait que les sentiments et attitudes que le thérapeute éprouve à l'égard du client sont pleinement disponibles à sa conscience, au moins durant la séance et par rapport à l'objet de sa relation avec le client. La considération positive inconditionnelle, finalement, référerait à la capacité du thérapeute de s'engager dans une relation profondément personnelle avec le client dans laquelle toutes les parties de l'expérience du client sont dignes d'intérêt. Rogers soutenait qu'il importe que le thérapeute ne se comporte pas avec le client comme un homme de science vis-à-vis de l'objet de son investigation, ni comme le médecin vis-à-vis du diagnostic et du traitement d'un cas, mais bien en tant que personne vis-à-vis d'une autre personne. La combinaison de ces attitudes favoriserait chez le client un sentiment de sécurité interne, propice à la détente émotionnelle et à la réorganisation des attitudes, ainsi qu'une ouverture à son expérience, qui se révélerait par la manière spontanée et non sélective dont il procède à l'exploration de celle-ci. Sans ces trois qualités relationnelles fondamentales du thérapeute, ce dernier pourrait analyser, explorer, informer, enseigner, conditionner le client, mais ne pourrait pas amener l'individu à la croissance.

En complément à sa vision de la psychothérapie et des conditions de changement, Rogers (1959, 1961, 1976) avançait que le client qui consulte a tout ce qu'il faut pour, dans des conditions relationnelles favorables, libérer ce qui bloque l'actualisation de son potentiel, puis de lui-même trouver ses propres interprétations, ses propres solutions, qui l'aideront à devenir la personne qu'il est. Pour cette raison, il soutenait que la thérapie doit être centrée sur le client, sur sa subjectivité, son expérience, moment par moment : elle ne doit pas être orientée en fonction des valeurs, biais et opinions diagnostiques du thérapeute. Pour que le processus thérapeutique soit fécond, il doit s'enraciner dans l'expérience vécue du client, et les capacités empathiques du thérapeute sont essentielles à la réalisation de cet objectif.

Conséquemment, pour Rogers, conduire une thérapie rationnellement et techniquement, ce serait conduire une thérapie qui ne peut pas être efficace. Le thérapeute ne peut refuser ses émotions et la relation réelle avec le client. Cela ne veut pas dire qu'il doive s'abandonner et agir sans retenue. Une relation thérapeutique authentique demeure définie par certaines balises et limites éthiques et déontologiques. Elle doit notamment être au service des besoins du client et non ceux du thérapeute. Cela impliquerait simplement que ce qui définit le thérapeute n'est ni sa théorie ni sa technique; mais plutôt son désir et sa capacité d'aider. La psychothérapie serait pour Rogers un acte d'amour engagé du thérapeute envers le client, un amour qui offrirait au client la liberté d'être une personne distincte et unique.

Carl Rogers a ainsi contribué substantiellement à notre compréhension de ce qui est potentiellement thérapeutique dans la relation client-thérapeute. Pour lui, l'atmosphère ne peut être thérapeutique *que si* elle est imprégnée de sécurité et de chaleur affectueuse, de respect et de tolérance, de compréhension empathique et d'acceptation du client tel qu'il est, de même que de confiance dans les capacités potentielles du client à résoudre ses propres problèmes. Si le thérapeute adopte vis-à-vis de son client une telle attitude, alors nous pouvons être certains, toujours selon Rogers, que le processus thérapeutique est déjà en marche.

Depuis, dans les traitements d'approche humaniste-existentielle, la relation thérapeutique, si elle est authentiquement empathique, est vue comme potentiellement curative en soi, car elle procurerait au client une expérience émotionnelle nouvelle où il peut se sentir entendu, validé, valorisé, apprécié. L'expérience subjective du client reste au cœur du processus humaniste et l'empathie du thérapeute continue d'être considérée comme l'outil le plus puissant pour s'y immerger (Elliott et coll., 2013).

La relation réelle est définie aujourd'hui comme la relation authentique sans transfert basée sur les perceptions réalistes du client relativement à la personnalité du thérapeute

(Gelso, 2009). Les perceptions réalistes concerneraient les perceptions qui ne sont pas contaminées par les distorsions du transfert et des autres défenses. Elles permettraient que thérapeute et client se perçoivent l'un et l'autre de manière juste. L'authenticité est définie quant à elle comme l'habileté et la disposition à être réellement qui nous sommes dans la relation. Elle impliquerait que le thérapeute soit affectivement authentique, c'est-à-dire qu'il soit ouvert et honnête face à ce qu'il ressent et qu'il évite de se mentir ou de mentir au patient. Elle inclut aussi une composante d'intimité, définie ici comme l'empathie et l'acceptation mutuelle entre thérapeute et client, de même qu'une composante d'ouverture et de disponibilité de la part du thérapeute à observer et potentiellement explorer ce qui se passe dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique (Frank, 2006; Gelso, 2009). Un thérapeute peut être authentique sans nécessairement procéder à un dévoilement de soi. L'important ce serait qu'il ne soit pas faux (Gelso, 2009; Messer, 2012).

Wampold et Budge (2012) avancent que la relation réelle serait transformatrice en raison des effets salutaires de l'empathie et du sentiment d'être connecté à un autre être humain, en particulier un être humain qui a sincèrement à cœur notre bien-être. Chaque rencontre devient alors une « dose » de connexion émotionnelle, nécessaire à la santé et à la croissance psychologique, une intuition que les études développementales sur les interactions précoces mère-enfant viennent appuyer.

1.2.3 L'influence des études développementales portant sur les interactions précoces mère-bébé

1.2.3.1 La qualité du lien d'attachement et de la régulation affective de la dyade

Les études développementales, notamment celles sur l'attachement et sur les interactions précoces mère-bébé, représentent un autre champ de recherches ayant influencé le développement des conceptualisations analytiques contemporaines du processus de changement. Comprendre les manières dont les bébés s'attachent, connectent, s'adaptent, entrent en relation et s'engagent avec les personnes

significatives de leur entourage a apporté un éclairage essentiel à la compréhension de la manière dont les humains, y compris les patients, se développent. Selon Beebe (2014), les premiers analystes à concevoir le bébé comme ayant une capacité primaire à entrer en relation avec autrui sont Donald Winnicott, John Bowlby et René Spitz.

En développant ses vues sur l'attachement, Bowlby (1969, 1973, 1980) fut parmi les premiers analystes à éclairer l'importance radicale, vitale et fondatrice du désir de connexion relationnelle chez l'humain. Il soutenait que pour rester connecté à sa figure d'attachement, qui devient sa base de sécurité l'aidant à réguler ses besoins d'autonomie et de dépendance, l'enfant développerait des patrons d'adaptation à la personnalité de sa mère. Il pourrait même procéder à de grandes distorsions cognitives et de grands sacrifices émotionnels pour rester connecté à elle. La structure et le fonctionnement de la psyché de l'enfant deviendraient alors influencés par le type de sentiments qui seraient reconnus et dont l'expression serait permise au sein de la dyade. Les interactions avec la mère mèneraient alors à un style particulier de régulation affective ainsi qu'à des défenses particulières pour exclure les émotions négatives, particulièrement l'anxiété et la colère. Pour Bowlby, les interactions mère-enfant formeront la base sur laquelle la personnalité de l'enfant se construira. L'une des tâches de la thérapie devient alors de favoriser la création d'un lien sécurisant avec le client, différent de ce qu'il a connu jusqu'à maintenant, afin de l'aider à se positionner différemment avec ses proches et à réorganiser ses stratégies de régulation affective de son besoin d'être grand et de son besoin d'être petit.

De manière similaire, Winnicott affirmait lors d'un congrès en 1943 devant ses collègues britanniques son énoncé désormais célèbre : « Un bébé, ça n'existe pas! ». Il aurait voulu dire par cela que quand on observe un bébé, on observe aussi nécessairement quelqu'un qui s'occupe de lui. Conséquemment, il soutenait qu'on ne devrait pas seulement s'intéresser au monde interne du bébé, mais aussi à la qualité des soins qu'il reçoit. Pour lui, c'est ce qui nous permettrait de comprendre pourquoi

certains bébés deviennent bloqués dans leur développement. Pour évaluer la qualité de ces soins, Winnicott nous invitait à concevoir le *caring* affectif de la *mère suffisamment bonne* comme relevant d'une sensibilité affective, intuitive et empathique, et non d'une compréhension intellectuelle et rationnelle.

La théorie de l'attachement de John Bowlby et les efforts subséquents de Mary Ainsworth puis de Mary Main pour y apporter un soutien empirique ont mené à l'expansion du champ de recherches sur le développement de l'enfant et sur les interactions dyadiques mère-enfant, champ désormais prolifique. Cette compréhension qu'avaient Winnicott et Bowlby de l'importance d'un *caring* affectif sensible et flexible ajusté aux divers besoins du bébé a depuis été empiriquement évaluée et supportée par un vaste ensemble de travaux menés par les générations suivantes de chercheurs en développement. Louis Sander et Daniel Stern, puis Beatrice Beebe, Karlen Lyons-Ruth et Edward Tronick font partie de ces générations suivantes de développementalistes qui ont apporté de nouvelles contributions au champ, notamment en clarifiant la nature et les fonctions des processus et microprocessus de régulation affective qui débutent dès les premiers jours de vie du bébé.

La régulation dyadique est un des concepts tirés des études développementales sur les interactions précoces mère-enfant menées depuis les années 1980 qui a significativement contribué à ajouter à notre compréhension de ce qui constitue une relation de qualité favorisant la croissance psychologique du bébé. Ces études ont permis de mettre en lumière que dès la naissance, les bébés vivent dans un monde social où ils forment une dyade avec leur donneur de soins, avec lequel ils sont en mesure de se réguler et de coordonner leurs comportements (Beebe, 2014; Peery, 1980; Trevarthen, 1979). En effet, la régulation du Self de la mère, du Self du bébé et la régulation de la dyade mère-bébé en interaction auraient tous les trois lieu en même temps (Beebe, 2014; Beebe et coll., 1993; Beebe et Lachmann, 1994, 2002). Ce champ

relationnel dyadique organiserait l'expérience du bébé, expérience qui serait ainsi constamment co-créée (Beebe et Lachmann, 1988).

Au départ, les états qui doivent être régulés conjointement par la mère et le bébé seraient la faim, le sommeil, l'excitation et le contact social. Suivraient plus tard le niveau de joie et des autres états affectifs, le niveau d'activation comportementale ou d'excitation (par exemple quand le bébé explose de rire ou s'emballe durant une interaction avec papa où il se fait lancer dans les airs), l'exploration (porter les objets à sa bouche, toucher le visage de grand-maman, marcher à quatre pattes dans le salon), l'attachement (la nature du lien affectif avec ses donneurs de soins) et l'attribution de sens aux comportements observés chez autrui (intention inférée derrière les actions observées). Puis, plus tard encore, les états devant être régulés par la dyade concerneraient toute forme d'organisation d'état, incluant les états mentaux, physiologiques et motivationnels complexes, tels des épisodes de résolution de conflit (Tronick, 1989, 1998; Tronick et Cohn, 1989).

Dans ce processus de régulation dyadique, une négociation entre les besoins et intentions de chacun est constamment à l'œuvre. La dyade oscille entre des moments d'accordage affectif ou de bon ajustement de la mère aux besoins du bébé, puis des périodes de mauvais ajustement dyadique. Dans les dyades qui fonctionnent bien, les ruptures et accrochages sont réparés, de sorte que le bébé apprend que sa mère peut en général être sensible à son état affectif et qu'il peut avoir un pouvoir pour négocier ses besoins en relation, et ce même lors de moments de tension (Tronick, 1989). Le bébé parvient alors graduellement à employer des stratégies de plus en plus flexibles pour se réguler dans ses liens, pour négocier l'attention portée à ses besoins et à ceux de son parent, et ce même lorsque l'accordage est imparfait (Safran, 1993; Safran et Kraus, 2014).

Ultimement, la régulation dyadique viserait l'atteinte de moments d'accordage affectif. Le « moment de rencontre » en serait l'exemple principal. Les recherches sur les interactions précoces mère-enfant tendent à indiquer que les enfants préverbaux détiennent le potentiel pour l'activation neuronale d'états affectifs partagés (intersubjectivité affective) à partir des premiers jours de vie (Field et coll., 1982; Field et coll., 1983; Gaensbauer, 2016; Meltzoff et Moore, 1977; Simpson et coll., 2013). Ils seraient prêts à faire l'expérience de moments de rencontre et de régulation dyadique tant au niveau psychologique que neurologique (Gaensbauer, 2016). Lorsque la mère capte la détresse du bébé, elle la ressentirait aussi dans son corps. Elle activerait à un niveau neurologique un état affectif (angoisse et frustration, par exemple) similaire à celui ressenti par son bébé, ce qui lui permettrait de ressentir empathiquement ce que son bébé vit et ce dont il a besoin. Puis, en répondant adéquatement et sensiblement à ce besoin, par exemple en favorisant un apaisement de l'angoisse de son bébé de par son ton de voix, son regard, ses paroles et ses gestes d'apaisement, elle permettrait à son bébé d'activer en retour à un niveau neurologique un état affectif similaire d'apaisement, ce qui permettrait à celui-ci de fermer les yeux et s'endormir, par exemple. Elle l'aiderait ainsi à réguler ses états affectifs. Les enfants préverbaux seraient prêts dès la naissance à intérioriser ces processus interactionnels de régulation affective dyadique sous la forme de « connaissances relationnelles implicites » (CRI) (Lyons-Ruth, 1991; Nahum, 1994; D.N. Stern, 1985, 1995; Tronick, 1998; Tronick et coll., 1998).

1.2.3.2 La réorganisation des connaissances relationnelles implicites (CRI) et le processus de reconnaissance des intentions d'autrui

Quand l'identification aux états intentionnels et affectifs d'autrui est suffisamment répétée, notamment dans le cadre de la relation avec le donneur de soins, cela permettrait la création de réseaux neuronaux qui semblent sous-tendre les « scripts relationnels », soit les patrons d'interaction que nous répétons dans différents liens et qui sont influencés par nos CRI (Gaensbauer, 2016). Lorsque les réseaux neuronaux

des CRI sont créés, nous aurions une tendance automatique à reproduire les comportements et les affects observés quand les stimuli interactionnels appropriés sont présentés (Rizzolatti et coll., 2002; Rizzolatti et coll., 2004). De plus, ces mêmes réseaux neuronaux seraient activés simplement lorsqu'on imagine ou simule les actions ou interactions de nos scripts relationnels dans notre esprit, même en l'absence de déclencheurs externes (Decety, 1996, 2002; Gaensbauer, 2002, 2004, 2011). Par exemple, le simple fait pour un enfant d'imaginer prendre le risque de dévoiler à son parent une insécurité, une tristesse ou un besoin de proximité, alors que ce parent lui a inculqué une survalorisation de l'autonomie, de la débrouillardise et de l'indépendance, pourrait en soit l'amener à ressentir de l'anxiété et de la honte à l'idée de décevoir ou de se montrer faible (vulnérable, dépendant). Cet état pourrait alors amener l'enfant, par crainte du rejet, à inhiber cet élan d'attachement avant même de l'avoir mis en acte, et ce, sans nécessairement que le parent n'ait eu à redire quoi que ce soit en ce sens. Ce chemin neuronal serait alors une fois de plus renforcé du seul fait de sa réactivation en pensée, même en l'absence d'une réelle interaction.

Les humains posséderaient ainsi une mémoire relationnelle implicite composée d'attentes et de stratégies relationnelles ainsi que de schémas représentationnels de patrons interactionnels (impliquant affects, cognitions et actions) (Morgan, 1998; Tronick, 1998; Tronick et coll., 1998). En effet, chez les humains, le développement socio-affectif ainsi que l'apprentissage en général s'appuieraient sur deux domaines de connaissances distincts : le domaine implicite, associé à la mémoire procédurale et aux connaissances relationnelles implicites, et le domaine explicite, associé à la mémoire sémantique et aux connaissances déclaratives. La représentation sémantique s'appuierait sur la représentation symbolique par l'imagerie ou le langage. Cette connaissance est dite explicite, déclarative et verbalisable. La mémoire procédurale serait quant à elle basée sur un système de représentation qui s'appuie sur les règles entourant la manière de faire et la manière d'être, autrement dit la manière de « procéder ». Ce type de processus représentationnel ne serait pas basé sur le

symbolisme et n'impliquerait en général pas de traduction sémantique (Tronick et coll., 1998).

En plus des connaissances sur la manière de procéder dans certaines activités motrices (p. ex. : rouler à bicyclette), la connaissance procédurale impliquerait des connaissances sur la manière de procéder *en relation* (p. ex. : que faire ou ne pas faire; que penser ou ne pas penser; que ressentir ou ne pas ressentir) : il s'agit des CRI dont il a été question déjà ci-haut (Tronick, 1998). Les CRI semblent pouvoir être modifiées par l'expérience en l'absence de toute capacité pour la mémoire explicite, y compris chez les enfants préverbaux. En effet, le bébé construit avec son donneur de soins des patrons d'interaction qui seraient intériorisés sont la forme des CRI, puis constamment mis à jour en fonction de ce qui devient possible (par exemple, la première expérience d'un fou rire avec son père) ou de ce qui ne devient plus possible (par exemple, un contact visuel vivant durant le boire qui se fait de plus en plus rare depuis que sa mère est entrée en dépression). Le bébé ne s'expliquerait pas avec des mots ces changements ressentis dans la dynamique interactionnelle. Il en ferait l'expérience, puis modifierait en conséquence sa compréhension intuitive non symbolisée de ce qui est possible ou non dans un lien intime. Les CRI ne semblent pas se situer dans le champ de la conscience, puisqu'elles opèreraient à l'extérieur du centre de l'attention ainsi qu'à l'extérieur de l'expérience verbale consciente. Toutefois, elles ne seraient pas nécessairement dynamiquement inconscientes non plus. Elles seraient simplement non conscientes (Lachmann et Beebe, 1996; D. N. Stern, 1995; Tronick, 1998; Tronick et coll., 1998). Elles pourraient être amenées à la conscience, bien qu'habituellement avec beaucoup de difficultés, puisqu'elles seraient emmagasinées sous la forme de représentations d'actions chargées d'affects. Leur traduction verbale consciente ne serait ainsi jamais parfaitement, voire suffisamment, représentative de leur contenu (Bruschweiler-Stern et coll., 2007).

Les connaissances implicite et explicite sont peut-être complètement distinctes, mais elles pourraient aussi être foncièrement intriquées et inséparables l'une de l'autre. Cela reste à déterminer (Stern, Sander et coll., 1998). Il demeurerait cependant crucial de ne pas commettre l'erreur de faire équivaloir l'implicite au non verbal ou au préverbal, car l'implicite peut être révélé autant à travers les formes non verbales que verbales de l'interaction (Tronick, 1998). On peut sentir une intention de rapprochement chez l'enfant, une intention de nous dire « Je t'aime », autant dans un regard que dans un échange verbal franc et direct. Ainsi, l'implicite ne résiderait pas dans le contenu des verbalisations (les mots employés), bien que toute forme de verbalisation porte son sens relationnel implicite, son « sous-texte » (Bruschweiler-Stern et coll., 2007).

Les processus d'inférence et de dévoilement d'intentions, deux processus de représentation non symbolique de l'expérience, constitueraient l'essence de ce qui permet à la dyade mère-bébé de se réguler moment-par-moment. Ce seraient les connaissances relationnelles implicites qui guideraient ces processus et nos actions dans l'interaction (BCPSG, 2002; Lyons-Ruth et coll., 1998; Stern, Sander et coll., 1998). Ce sont elles qui gouverneraient la création d'une connaissance implicite partagée avec chaque personne avec qui nous nouons un lien significatif (BCPSG, 2005a; Tronick et coll., 1998). C'est pourquoi dans un échange verbal entre deux adultes de même que dans un échange entre mère et bébé, ce qui se passe réellement entre les psychismes des deux partenaires en interaction ne serait pas à rechercher dans les mots, mais bien dans cette trame de fond où les intentions seraient transmises et décodées implicitement (Tronick, 1998).

Tout comme la régulation dyadique, la CRI est un concept tiré des études développementales sur la psychologie des enfants préverbaux (Ainsworth et coll., 1978; Beebe et Lachmann, 1994; Tronick, 1989) qui indiquent que ceux-ci sont capables de montrer de l'anticipation et de manifester surprise ou agacement suite à des violations de leurs attentes sur les manières d'interagir implicitement (Tronick, 1998). Par

exemple, Sander (1985) a fait la démonstration que dès son huitième jour, l'enfant a emmagasiné (il s'est représenté) la séquence d'interactions propres au boire. Il montre agacement et perturbation lorsque cette séquence est violée par le port d'un masque de ski par la mère (Bruschweiler-Stern et coll., 2007).

L'analyse du comportement humain en intentions pour créer un sens cohérent des communications totales (implicite, explicite, cohérence ou disjonction entre les deux) semble être une propriété innée et fondamentale du psychisme humain (Carpenter et coll., 1998; Meltzoff, 1995; Trevarthen, 1979). Cette propriété fondamentale résulterait en une microstructure de base du psychisme humain et de la communication humaine, soit l'unité d'intention.

Les unités d'intention seraient déjà présentes dans la communication des enfants préverbaux âgés de moins de 18 mois et chez qui toute l'expérience est implicite (Bruschweiler-Stern et coll., 2007). Déjà à cet âge, la tâche primaire lors de l'observation d'un comportement chez un autre humain serait de saisir l'intention « derrière » ses actes. Les enfants préverbaux vont même prioriser une intention qu'ils ont inférée à l'action qu'ils ont vue (Bruschweiler-Stern et coll., 2007; Meltzoff, 1995; Meltzoff et Gopnik, 1993; Gergely et Csibra, 1997; Gergely et coll., 1995; Rochat, 1999). C'est pourquoi les actions de la mère ont un sens pour l'enfant préverbal, qui ne possède pourtant pas encore de capacités de symbolisation verbale. Le bébé ne réfléchit pas symboliquement aux sens qu'il infère des actions de sa mère, mais il agit néanmoins sur la base de ces significations, de même qu'il agit lui-même d'une manière qui a un sens, malgré qu'il soit incapable de réfléchir symboliquement à ses propres actions.

Lorsque la régulation dyadique est ajustée à l'intention de chacun, à l'état affectif, au rythme, au besoin et aux sensibilités de chacun, des moments d'accordage affectif seraient atteints. Ils seraient reconnus implicitement, c'est-à-dire que la mère n'a pas à

explicitement verbalement au bébé qu'ils sont « en phase » et qu'ils sont plus connectés qu'à l'habitude : ils le ressentent tous deux. Et ils ressentent tous deux que le partenaire dyadique capte ce qu'ils sentent. C'est le processus de reconnaissance, concept développé par Sander (1995), qui est à l'œuvre.

Louis Sander (1962, 1983, 1985, 1995, 2000, 2008), un psychanalyste, développementaliste et théoricien des systèmes dynamiques, a permis d'éclairer notre compréhension de la manière dont le moment de rencontre est atteint et reconnu implicitement par la dyade. Ce serait grâce au processus de reconnaissance, lequel permettrait à la fois la production de micro-ajustements des mouvements relationnels afin de se réguler à deux, et à la fois la transmission de micro-informations affectives indiquant à la dyade si elle avance ou non vers ses buts et si elle est ou non en état d'accordage affectif. Les communications affectives seraient transmises et saisies à un niveau implicite, où elles surviendraient trop rapidement pour qu'elles puissent être simultanément traduites en mots et réfléchies consciemment (Beebe et Lachmann, 1994). Ainsi, l'ajustement d'un mouvement relationnel aux buts de la dyade serait probablement plus typiquement ressenti (reconnu implicitement) que verbalisé avec réflexivité.

Le processus de reconnaissance implicite s'exprimerait de la façon suivante : « Je sens que tu sens que je sens... », ce qui implique d'être conscient qu'un autre est conscient de ce dont on est conscient de ce qui survient à l'intérieur de soi. La conscience de soi combinerait ainsi la conscience de sa personne propre associée à la conscience des réactions du partenaire à cette conscience de soi en train de se développer. La représentation de soi en serait donc une construite en relation avec autrui. Elle se formerait par un processus de reconnaissance et de validation externe juste et ajustée de notre expérience (Lyons-Ruth, 2000).

En effet, c'est ce qui semble se produire pour le développement de la conscience de soi du bébé. Dès les premières semaines d'interaction avec l'environnement, durant les moments dyadiques régulateurs de contenance affective du bébé, de manipulation du corps du bébé et d'apaisement du bébé, celui-ci travaillerait à intégrer les orientations affectives de ses donneurs de soins face à son Self (BCPSG, 2018a). Ce travail d'intégration lui apprendrait à adopter le « centre d'expérience » de son parent afin de comprendre les intentions de celui-ci, tout en demeurant conscient de ses propres intentions et dispositions affectives. De la même façon, bien qu'avec un bagage de connaissances relationnelles nettement plus complexe, le parent infère les intentions du bébé. Le processus de reconnaissance permettrait alors que parent et bébé saisissent implicitement et mutuellement la réalité subjective de l'autre, de saisir un élément essentiel de son intentionnalité, de saisir ce qui se passe « ici, maintenant, entre nous », puis de le signaler implicitement à l'autre, pour ensuite évaluer si chacun a bel et bien saisi une version similaire de ce qui se passait dans la relation (BCPSG, 2002; Lyons-Ruth, 2000; Tronick, 1998; Tronick et coll., 1998).

Quand nous voyons le monde momentanément à travers le point de vue d'autrui, nous nous sommes déplacés vers un « centre d'expérience » différent, tout en demeurant en contact avec le nôtre (BCPSG, 2018a). À travers les autres, le bébé ferait ainsi l'acquisition de nouvelles manières de voir le monde et d'agir dans le monde et sur le monde. À travers les autres, l'enfant deviendrait capable de développer sa pensée et ses sentiments face à lui-même (Hobson, 2002, cité dans BCPSG, 2018a). Peu à peu, la capacité de prendre un centre d'expérience autre se nuancerait, se complexifierait, jusqu'à ce que nous parvenions, après l'âge de six ans, à penser à la pensée d'autrui en regard de notre propre pensée; par exemple : « Elle pense que je ne l'aime pas, mais en réalité je l'aime beaucoup. » (Landry et Lyons-Ruth, 1980). Ainsi, la conscience de notre propre vie subjective se développerait parallèlement à la conscience de la subjectivité d'autrui (Gopnik et Slaughter, 1991). Nous deviendrions sujet en faisant l'expérience de la subjectivité des autres (BCPSG, 2018a).

Autrement dit, c'est à travers des échanges affectivement engagés avec des personnes significatives pour nous en raison d'un lien d'affection réciproque unique et durable que nous deviendrions de plus en plus nous-mêmes. C'est par le fait d'être connu et reconnu par une personne positivement investie lors de moments d'accordage affectif que nous apprendrions à nous connaître et à nous concevoir autrement. *Ce serait donc par un changement relationnel que le changement intrapsychique serait possible* (BCPSG, 2002; Lyons-Ruth, 2000; Tronick et coll., 1998).

Il semble que les théories psychanalytiques du développement avaient sous-estimé les habiletés sociales des bébés. Beebe (1986, citée dans Beebe, 2014) résume ainsi la recherche empirique des années 1960 et 1970 sur les interactions précoces mère-enfant :

Afin de mesurer l'importance des processus micro-interactionnels, nous devons élargir notre compréhension psychanalytique des interactions précoces, qui se centre actuellement sur le boire et la gestion des états de tension du bébé. Nous devons y inclure l'interaction sociale et le jeu. Dès la naissance, le bébé est apte à des comportements actifs de recherche de stimuli afin d'interagir avec autrui et le monde. En effet, le nouveau-né présente des comportements tels sucer, mouler (*molding*), enraciner (*rooting*), s'orienter, comportements associés à des habiletés essentielles pour participer à l'exploration du monde ainsi qu'à des interactions sociales. Il possède l'habileté de procéder à un balayage visuel de l'environnement ou d'un visage, puis l'habileté à fixer son regard sur un élément afin, par exemple, de suivre un objet en mouvement. Il possède la capacité de répondre à des stimuli visuels en agrandissant son regard, en changeant le rythme de sa respiration, en décélérant ses mouvements aléatoires, en présentant de fines nuances dans ses expressions faciales. Non seulement le nouveau-né cherche et initie l'interaction sociale, mais il peut aussi réguler la stimulation sociale dans des conditions d'adversité en recourant à des comportements autorégulateurs, tels devenir plus silencieux, inhiber son degré de réactivité, s'habituer au stimulus perturbateur. Ces patrons innés d'organisation du comportement permettent au bébé d'avoir déjà les habiletés nécessaires pour s'engager dans une forme primaire de relation (*relatedness*) avec un autre humain. (Beebe, 1986, p. 29, citée dans Beebe, 2014; Notre traduction).

Selon Gaensbauer (2016), en documentant les manières dont les réponses ajustées des donneurs de soins aux signaux affectifs et comportementaux des bébés façonnent leur développement socio-émotionnel (Sander, 1962, 1983; D.N. Stern, 1985; Stern et coll., 1985), Daniel Stern et Louis Sander ont contribué de manière significative au changement de paradigme dans les études développementales durant les 30 dernières années, études dont le focus est passé du développement individuel du bébé à l'étude des dyades mère-bébé (Emde, 2009; Lyons-Ruth, 1999; Sander, 2000; Seligman et Harrison, 2012; D.N. Stern, 1985, 1994), d'une psychologie individuelle à une psychologie intersubjective à deux personnes (Lyons-Ruth, 1991, 1999; Mitchell, 2003; Stolorow 1997a, 1997b; Trevarthen, 1998, 1980).

Par ailleurs, les études développementales, notamment celles sur l'attachement des enfants institutionnalisés, nous ont permis de réaliser que pour favoriser le développement et la santé du bébé, celui-ci doit, dès les premières années de vie, nouer avec son donneur de soins une relation caractérisée par une qualité particulière d'engagement affectif, soit par une connexion émotionnelle positive authentique ainsi qu'une continuité du lien à travers le temps qui amène les deux partenaires dyadiques à se connaître en profondeur. C'est cette combinaison de qualité et de profondeur du lien qui caractériserait l'*engagement relationnel affectif* (BCPSG, 2018a). Si les conditions nécessaires à la formation d'une relation engagée — où l'on devient spécial pour quelqu'un dans un lien d'affection réciproque, authentique, profond et durable — ne sont pas rencontrées, les conséquences peuvent être graves pour le développement de l'enfant. Notamment, tel que les études sur le syndrome d'hospitalisme grave l'ont montré, certains enfants institutionnalisés durant la petite enfance qui ont peu d'interactions avec leurs donneurs de soins et qui ne développent de lien privilégié avec aucun d'entre eux, en meurent. Cela implique qu'en l'absence d'une relation engagée avec un donneur de soins, l'enfant peut ne pas survivre (BCPSG, 2018a; Bruschiweiller-Stern, 1995; Spitz, 1965).

Si nous résumons l'ensemble des apports des études développementales soulevés dans cette section de la thèse, nous pouvons clarifier divers phénomènes intersubjectifs qui se produisent au sein de la dyade et qui permettent de favoriser (ou entraver) la croissance psychologique du bébé. Notons de nouveau l'importance : de la régulation affective de la dyade mère-enfant qui vient déterminer le patron d'attachement du bébé; d'un lien d'attachement sécurisant qui permet d'interagir de manière flexible (entre besoins d'intimité et d'autonomie) et ajustée dans des liens affectifs significatifs; d'un lien d'affection engagé, c'est-à-dire réciproque, authentique, profond et durable; de l'empathie intuitive du parent envers son enfant et de sa disponibilité affective à connecter avec lui en décodant adéquatement ses besoins et en y répondant de manière juste et authentiquement bienveillante; de la co-crédation du champ dyadique mère-bébé; des moments de rencontre intersubjective (états affectifs partagés) qui font faire des bonds à la qualité de la relation et, *de facto*, au processus développemental de l'enfant; du processus de reconnaissance implicite des états affectifs partagés; de l'intentionnalité (processus relationnels implicites) agissant comme guide à la régulation dyadique; des changements possibles dans la connaissance relationnelle implicite; du développement de la représentation de soi comme étant un processus fondamentalement intersubjectif car intrinsèquement lié au fait de percevoir ce qu'autrui ressent que nous ressentons; de l'importance vitale, pour l'identité et carrément pour la survie, de se sentir connecté à autrui. C'est sur la base de l'ensemble de ces découvertes que le *Boston Change Process Study Group* a élaboré son modèle théorique du processus de changement en psychothérapie psychanalytique.

Bien que plusieurs mesures du changement et de la relation thérapeutique aient vu le jour au fil des dernières décennies, mesures qui contribuent à la consolidation de même qu'au raffinement de notre évaluation du processus thérapeutique, à notre connaissance il n'existe actuellement pas d'instrument de mesure du changement en psychothérapie psychodynamique ou analytique qui permette de tenir compte de l'ensemble, ou du

moins d'une majorité, de ces découvertes fondamentales tirées des études développementales et des courants de pensée sur l'intersubjectivité.

En résumé, notre bref historique des conceptualisations des processus de changement en psychothérapie psychodynamique a permis de souligner les ingrédients majeurs qui favorisent le changement, soit : (1) la mise en mots des angoisses, modes relationnels et conflits inconscients du client; (2) la mise en acte co-créée par thérapeute et client de nouvelles manières d'être en relation; (3) la particularisation moment-par-moment des interventions au client (ses besoins, ses sensibilités, son état affectif, le rythme de changement qu'il trouve tolérable); (4) l'engagement affectif authentique de l'analyste, mais aussi celui du client, qui puisse favoriser l'émergence de moments affectifs saillants entre eux dans le contexte de leur relation réelle, tels les moments de rencontre conceptualisés par Stern et Sander; (5) l'offre par le thérapeute de soins suffisamment bons (c'est-à-dire contenant, soutenant, aimant, bienveillant, sensible, attentionné, empathique, ajusté, constant, prévisible et impliquant un décodage approprié des signaux affectifs du client); (6) les qualités personnelles du thérapeute, telles sa capacité d'être chaleureux, acceptant, respectueux et sincèrement empathique; (7) la création d'un lien thérapeutique sécurisant permettant au client de développer des manières différentes de s'attacher à autrui et de combler ses besoins d'intimité et d'autonomie. La prochaine section s'attarde aux recherches empiriques sur le processus de changement psychothérapique, qui ont permis de venir soutenir, préciser ou nuancer certaines des hypothèses théorico-cliniques émises par les auteurs pionniers ayant établi les fondements de la psychologie.

1.2.4 Apports des recherches empiriques sur le processus de changement psychothérapeutique (tous les types de traitement confondus) et le résultat thérapeutique

Les travaux présentés dans cette section visent à permettre de qualifier plus avant les ingrédients qui exercent une influence favorable ou défavorable sur le résultat thérapeutique. Ici encore, le débat opposant l'influence de la technique et des facteurs relationnels est manifeste. En effet, les chercheurs se sont affairés à concevoir ces ingrédients actifs en termes de facteurs communs ou de facteurs spécifiques.

1.2.4.1 Influence des facteurs communs et des facteurs spécifiques sur le résultat thérapeutique

S'attardant aux facteurs expliquant la variance du résultat thérapeutique, Lambert et Barley (2001) ont conclu que la technique en expliquerait 15 %, les effets liés aux attentes du client, 15 %, le changement extra-thérapeutique, 40 % et les facteurs communs en expliqueraient 30 %. Ogles (2013), condensant les résultats de 45 études sur les effets du thérapeute, observe par ailleurs que le thérapeute a lui aussi un effet, petit mais constant, qui expliquerait 5 % de la variance du résultat thérapeutique. Si on combine l'effet de la relation thérapeutique et des attentes du client, on observe que ces deux facteurs communs expliquent entre 45 % et 50 % de la variance du résultat thérapeutique (Cuijpers et coll., 2012; Lambert, 1992). Donc, parmi les facteurs liés aux activités thérapeutiques intra-séance, les facteurs communs (majoritairement relationnels) seraient ceux qui expliquent le plus grand pourcentage de variance.

En fait, depuis plusieurs décennies déjà, les études empiriques portant sur le résultat thérapeutique appuient avec constance l'hypothèse selon laquelle le meilleur prédicteur de changement en psychothérapie serait la qualité de la relation thérapeutique, et ce, au-delà de toute activité technique particulière, toute modalité de traitement et toute problématique confondues (Binder et Strupp, 1997; Horvath et Symonds, 1991;

Norcross et Lambert, 2018; Norcross et Wampold, 2011; Smith et Glass, 1977). Une relation affective positive caractérisée par de la confiance, de l'acceptation, de la compréhension empathique, de la bienveillance, de la gentillesse, de la chaleur, de la considération, du respect, de la tolérance et de l'authenticité stimulerait de manière considérable le changement chez le client (Ogles, 2013).

Norcross et Lambert (2018) ont présenté un résumé des efforts de recherche de la *Third Interdivisional American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Relationships and Responsiveness*. Ils y observent que parmi les facteurs relationnels qui ont été démontrés comme efficaces, se retrouvent : l'alliance en psychothérapie individuelle adulte, en psychothérapie auprès d'une clientèle enfant-adolescent et en psychothérapie familiale ou de couple; la collaboration client-thérapeute et le consensus entre client et thérapeute sur les objectifs thérapeutiques; l'empathie et le regard positif du thérapeute. Parmi les facteurs relationnels qui ont été démontrés comme *probablement* efficaces, ils notent : la congruence (l'authenticité) du thérapeute et son expressivité émotionnelle; la relation réelle et la réparation des ruptures d'alliance; les efforts du thérapeute pour cultiver les attentes positives du client, pour promouvoir la crédibilité du traitement et pour gérer ses réactions contre-transférentielles.

Les facteurs relationnels sont donc reconnus comme efficaces pour favoriser le changement. Néanmoins, le champ de recherches sur le processus et le résultat thérapeutiques en psychothérapie, y compris en psychothérapie psychanalytique et psychodynamique, serait incomplet sans les efforts déployés pour éclairer le rôle de la technique et son efficacité pour produire des changements. En effet, les contributions respectives des facteurs relationnels et techniques n'impliquent nullement que l'on puisse se passer de la contribution d'un des deux facteurs. Même s'ils ont des contributions non égales, ils sont tous deux nécessaires.

Crits-Christoph et coll. (2013) ont procédé à une recension de neuf études évaluant les liens entre l'adhésion du thérapeute au traitement psychodynamique et le résultat thérapeutique. Bien que la temporalité et les liens de causalité entre les variables à l'étude soient difficiles à établir en raison de l'utilisation de devis corrélacionnels, ils observent en moyenne une corrélation modérée ($r = .37$) entre ces variables. Ils ont aussi réalisé une recension de 8 études sur les liens entre le changement dans la compréhension de soi (*insight*) et le résultat thérapeutique en psychothérapie psychodynamique. Sept de ces huit études démontrent un changement significatif dans la compréhension de soi au sein d'une variété d'échantillons composés de clients ayant reçu des diagnostics psychologiques divers, dans divers cadres cliniques. Non seulement les changements relatifs à la compréhension de soi semblent prédire des changements favorables dans les symptômes au fil du suivi, mais en plus l'*insight* augmenterait en cours de suivi. Qui plus est, les changements observés dans la capacité d'*insight* semblent être spécifiques aux clients suivant une psychothérapie d'approche psychodynamique (Crits-Christoph et coll., 2013).

Outre l'amélioration de la capacité d'*insight*, d'autres acquis sont caractéristiques des clients suivant un traitement psychodynamique. En effet, des interprétations adéquates par le thérapeute des conflits inconscients fondamentaux (*core conflicts* en anglais) du client durant la première phase du traitement psychodynamique prédiraient l'amélioration des symptômes (Crits-Christoph et coll., 1988). Par ailleurs, les premières études sur les changements dans la fonction réflexive des clients indiquent qu'une amélioration est notable en cours de suivi et apparaît encore une fois spécifique aux clients suivant un traitement psychodynamique (Levy et coll., 2006). Des changements dans le fonctionnement défensif des clients qui sont corrélés avec le résultat thérapeutique sont également observables en psychothérapie psychodynamique de longue durée (40 séances et plus) chez des clients ayant un trouble de la personnalité ($.28 \leq r \leq .34$) (Johansen et coll., 2011; Winston et coll., 1994), souffrant de troubles de l'humeur ($r = .64$) (Bond et Perry, 2004) ou atteints

d'un trouble d'adaptation ($r = .37$) (Kramer et coll., 2010). Toutefois, considérant qu'il s'agit de devis corrélationnels, Crits-Christoph et coll. (2013) nous invite à nous questionner sur la direction des corrélations observées, à savoir si le changement dans le fonctionnement défensif prédit la diminution des symptômes ou s'il en est la résultante.

Néanmoins, l'ensemble de ces résultats empiriques témoigne de la pertinence de la technique pour favoriser un changement significatif et durable chez les clients. Ils amènent certains chercheurs (Barber, 2009; Barber et coll., 1996; De Rubeis et coll., 2005) à mettre en garde contre les dangers d'élever dans l'absolu l'influence des facteurs relationnels au-dessus de celle de la technique. Ils ajoutent que l'équivalence du résultat thérapeutique à travers diverses formes de thérapie ne veut pas dire que les traitements atteignent leurs bénéfices à travers les mêmes mécanismes ou processus de changement non spécifiques. Ils doutent parfois même de l'hypothèse selon laquelle les variations dans l'alliance représenteraient un facteur causal puissant du changement thérapeutique. Ils maintiennent qu'il y a assez d'appuis empiriques soutenant l'importance et l'efficacité de la technique pour affirmer sans gêne qu'il ne faut ni la négliger ni la minimiser. Cela dit, à partir des années 1980, le concept d'alliance thérapeutique devient le centre de l'intérêt des chercheurs s'intéressant au changement psychothérapeutique.

1.2.4.2 Les écrits sur l'alliance thérapeutique

Depuis les débuts des traitements psychothérapeutiques, les facteurs relationnels sont considérés être d'une importance cruciale à l'évolution et à la réussite de la cure. À l'époque, c'était plutôt la notion de transfert (Freud, 1912; 1915) qui dominait les écrits cliniques. Aujourd'hui, ce sont les concepts d'alliance thérapeutique (Bordin, 1979, 1994; Luborsky, 1976, 1984; Orlinsky et Howard, 1975) et de relation réelle (*real relationship* en anglais : Gelso et Carter, 1994; Gelso et coll., 2012) qui occupent l'avant-plan des travaux empiriques portant sur le changement en psychothérapie.

L'histoire du construit d'alliance remonte à la suggestion de Freud quant à l'importance de faire du client un collaborateur dans le processus thérapeutique (Crits-Christoph et coll., 2013), c'est-à-dire de favoriser son engagement et sa collaboration active dans le travail thérapeutique, en dépit de la présence de phénomènes tels la résistance ou le transfert négatif (Freud, 1912). Zetzel propose en 1956 le terme « alliance » et, avec Greenson (1967) et Sterba (1934), il développe le construit pour contrer une emphase qui lui apparaît trop importante accordée à l'analyse du transfert dans les approches relationnelles. Selon ce point de vue, le client aurait bel et bien accès à un rapport relativement rationnel et non névrotique avec son analyste (Greenson, 1967). Ce faisant, ces analystes visent aussi à justifier théoriquement une flexibilité accrue dans l'utilisation de la technique. Ils soulignent que tout n'est pas que transfert.

En soulignant l'importance critique des aspects humains et réels de la relation thérapeutique, le construit d'alliance a permis d'asseoir les bases d'un mouvement de distanciation de la posture neutre et abstinentes du thérapeute (Crits-Christoph et coll., 2013). Dans ce nouveau paradigme, on retrouve l'importance que le thérapeute soit soutenant et que le client adhère à la vision du processus thérapeutique prônée par celui-ci. Dans ce contexte, Bordin (1979) et Luborsky (1976, 1984) ont mis l'accent sur le lien affectif et la qualité du travail de collaboration entre thérapeute et client permettant à ce dernier d'observer et d'évaluer son expérience (Bordin, 1979). Comme le soulignent Crits-Christoph et coll. (2013), ils en ont ainsi fait un concept panthéorique et un facteur commun à tout type de traitement psychothérapeutique. Depuis, le concept d'alliance suscite l'intérêt des chercheurs et des praticiens de tous les horizons.

L'alliance est composée des sentiments du thérapeute et du client concernant les attentes de l'un et l'autre (Bordin, 1994). Elle s'inscrit dans un ensemble élargi d'attitudes, de valeurs, d'attentes, de sentiments et de patrons d'interaction qui constituent le processus thérapeutique. Les variables de la personnalité du client et du thérapeute ainsi que les techniques et habiletés du thérapeute (ou leur absence ou

défaillances) contribuent à ce processus (Binder et Strupp, 1997). Les éléments essentiels des différentes définitions de l'alliance mettent l'accent sur ses aspects dyadiques, soit la collaboration, le partenariat et le lien affectif entre thérapeute et client (Constantino et coll., 2002). Le rôle du thérapeute dans la production et le maintien d'une bonne alliance est d'offrir une attitude intéressée, empathique, respectueuse et chaleureuse envers le patient. L'incapacité du thérapeute à maintenir cette attitude serait ressentie par le client comme une carence affective (Binder et Strupp, 1997).

Des ruptures dans l'alliance adviennent inévitablement et de manière récurrente en cours de traitement (Safran et Muran, 1996; 2000). La notion de rupture d'alliance a été décrite de multiples façons dans la littérature, en étant associée à divers construits notamment ceux de perturbations, de défis, de malentendus, d'agirs transféro-contre-transférentiels, d'impasses thérapeutiques, de mauvais ajustement dyadique ou de mauvais accordage affectif, de cercles ou cycles vicieux, de moments de fragilisation du lien, d'accrochages, de brèches, de moments de stagnation dans le processus et de moments de tension (Doran, 2016; Muran et Safran, 2016). De manière générale, une rupture dans l'alliance représenterait un épisode de crise et de stagnation relativement à la collaboration de la dyade thérapeutique dans la réalisation des tâches thérapeutiques et dans l'atteinte des objectifs. Cet épisode serait associé à une détérioration du lien thérapeutique. Il serait caractérisé par l'émergence de sentiments hostiles ressentis par le thérapeute et le client envers l'un et l'autre, sentiments qui sont explicitement déclarés ou qui demeurent de l'ordre du non-dit, et sentiments qui sont souvent accompagnés de comportements hostiles, tels une attitude de retrait de l'interaction ou au contraire de confrontation (Binder et Strupp, 1997; Muran et Safran, 2016; Safran et Kraus, 2014). La rupture d'alliance piègerait la dyade, tout en représentant en même temps un moment de potentiel transformateur où une prise de conscience des patrons interactionnels dysfonctionnels et des conflits inconscients du client est rendu possible, avec la participation plus ou moins consciente du thérapeute. Dans le meilleur des scénarios, ce moment de potentiel transformateur peut permettre

le développement de nouvelles attitudes interpersonnelles pour mieux négocier entre ses propres besoins et ceux d'autrui (Binder et Strupp, 1997; Muran et Safran, 2016). Parmi les conséquences probables d'interactions hostiles au sein de la dyade, Binder et Strupp (1997) notent un désengagement émotionnel progressif, une décroissance de la centration du thérapeute sur le contenu important apporté par le client, un déclin dans l'implication du client, l'absence d'un déclin dans l'hostilité manifestée par le client en séance, puis une stagnation dans l'évolution de la chaleur et l'amabilité exprimées dans le lien thérapeutique.

Si ces ruptures ne sont pas prises en compte, le traitement serait voué à l'échec (Binder et Strupp, 1997). Le thérapeute doit pouvoir reconnaître les moments de ruptures potentielles, être capable de les tolérer, les explorer, les négocier. Sinon, un processus thérapeutique négatif risque de survenir, ce qui représenterait un obstacle majeur (le plus important selon Safran et Muran (2000, 2006)) au succès thérapeutique. Il peut survenir tôt dans le traitement et ne pas être facilement rectifiable. Il ne s'explique pas seulement par les patrons relationnels mésadaptés du client, mais bien aussi par les réactions négatives personnelles du thérapeute au comportement du client. La présence de niveaux même faibles de comportements hostiles de la part du thérapeute peut être suffisante pour empêcher la survenue d'un changement. Un thérapeute ne devrait pas espérer être immunisé aux provocations hostiles du client qui répète des patrons d'interactions inadéquats. Cela est impossible. Le défi serait plutôt de minimiser le fait d'être entraîné par le patient à s'engager dans des comportements hostiles complémentaires impliquant une confrontation agressive ou passive-agressive avec lui ou encore un évitement des conflits (Binder et Strupp, 1997; Muran et Safran, 2016). Une rupture réparée permettrait au client de faire l'expérience que ses liens ne seront pas nécessairement détruits s'il s'autorise à exprimer ses sentiments de colère ou de vulnérabilité (Safran et Kraus, 2014).

Les travaux qui ont découlé de l'intérêt théorico-clinique et empirique à l'égard du construit d'alliance thérapeutique ont permis de mettre en évidence que l'établissement et le maintien d'une relation thérapeutique positive est un contexte nécessaire pour que la technique puisse avoir son effet transformateur, puis pour que le changement thérapeutique survienne (Binder et Strupp, 1997). Safran et Muran (2000, 2006) surenchérisent en affirmant que de développer l'alliance, négocier les besoins relationnels et résoudre les ruptures d'alliance ne constituent pas un prérequis au changement, mais bien l'essence même du processus de changement (Doran, 2016).

S'allier, c'est se lier. C'est collaborer avec un autre humain pour se lier avec lui afin d'atteindre un objectif partagé. Collaborer nécessite de se comprendre et de s'entendre sur un agenda commun. Se lier n'est possible que lorsque certaines conditions relationnelles sont rencontrées, notamment l'empathie et l'engagement affectif de part et d'autre. Les tentatives de se lier impliquent nécessairement des ratés, donc des bris d'entente ou de confiance, qui ont pour risque ultime la déliaison de la dyade, donc qui doivent être reconnus et réparés pour permettre que la dyade se réengage sur un chemin partagé.

L'alliance représente le construit le plus pertinent que nous ayons à notre disposition dans les recherches empiriques pour tenter d'explicitier ce qui caractérise une relation thérapeutique de qualité, susceptible de mobiliser le client dans la voie du changement. Il semble que ce construit capture une partie des processus implicites et explicites qui nous aident à comprendre comment les relations se négocient, dans le « bon » comme dans le « mauvais », bien qu'une autre partie demeure à investiguer.

Malgré les efforts substantiels pour délimiter la nature du construit d'alliance, son rôle dans le processus de changement, son rôle dans la négociation d'une relation thérapeutique de qualité et son effet sur le résultat thérapeutique, plusieurs chercheurs constatent qu'un certain manque de clarté conceptuelle entoure les efforts de recherche

pour définir et mesurer l'alliance (Doran, 2016; Horvath, 2006, 2011; Muran et Safran, 2016; Wallner Samstag, 2006). Cela pourrait être dû au fait qu'il s'agit d'un construit multidimensionnel. Qui plus est, pour l'instant, il existe peu de modèles proposant une théorisation structurée et consensuelle de la notion d'alliance ou de qualité de la relation (Elvins et Green, 2008; Kazdin et Nock, 2003; Martin et coll., 2000; Shirk et Kaver, 2003). Il existe certes de nombreuses descriptions du concept, mais peu de modèles articulés comme tel (Gaston et Marmar, 1994; Horvath, 2011). Certaines définitions mettent l'accent sur l'empathie, l'engagement affectif et l'acceptation inconditionnelle du thérapeute (Gaston, 1990; Orlinsky et Howard, 1975), d'autres sur l'entente, la collaboration et/ou l'engagement de la dyade dans le travail thérapeutique (objectifs et tâches) (Bordin, 1979; Gaston, 1990; Luborsky, 1984), d'autres encore sur le lien affectif qui unit client et thérapeute (Bordin, 1979; Gaston, 1990), et d'autres encore sur la capacité du client de travailler avec motivation en traitement (Gaston, 1990). Parmi ces définitions, aucune n'expose toutefois la manière dont les composantes de l'alliance s'articulent ensemble, ni pourquoi, ni comment ces composantes ont un effet sur le changement du client. Ces différentes composantes peuvent d'ailleurs être sujettes à une importance ou une attention différente à travers le traitement, tout comme à travers les patients et les types de modèles psychothérapeutiques. Notamment, la dimension du lien affectif serait associée au résultat thérapeutique dans les thérapies interpersonnelles, alors que la dimension des buts et des objectifs thérapeutiques le serait davantage dans les traitements cognitivo-comportementaux (Mellado et coll., 2017).

La multidimensionnalité du concept et son absence d'ancrage dans une théorie du processus thérapeutique ou de la qualité de la relation a entraîné une prolifération des mesures de l'alliance (Gaston et Marmar, 1994; Horvath, 2011; Horvath et coll., 2011). En effet, plus de 60 instruments existent aujourd'hui. Le Tableau 1.2 présente ceux évaluant la relation thérapeutique dans les traitements individuels auprès d'une clientèle adulte. Les plus populaires sont le *Working Alliance Inventory* (WAI :

Horvath et Greenberg, 1989), le *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS : Gaston et Marmar, 1994) et le *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ : Luborsky, 1976). Ces mesures clés partagent toutes un focus sur l'aspect collaboratif du travail thérapeutique. Néanmoins, elles partageraient moins de 50 % de la variance de l'alliance thérapeutique (Hatcher et coll., 1995; Horvath et coll., 2011). Cette faible variance partagée porte à se demander si les diverses mesures évaluent le même construit. En effet, les résultats obtenus dans les études empiriques à l'aide de ces différents instruments pourraient bien au bout du compte ne pas être entièrement comparables, car il est possible que le même mot (« alliance ») soit employé pour investiguer des phénomènes cliniques différents (Horvath, 2006; Wallner Samstag, 2006). Plusieurs auteurs invitent à une meilleure théorisation du construit pour mieux soutenir la recherche empirique sur l'alliance (Catty, 2006; Horvath, 2011).

Il est possible que la faible variance partagée entre les mesures, de même que la confusion conceptuelle comme telle, soient dues au fait que la plupart des auteurs analytiques et des chercheurs ont inclus dans leurs définitions et leurs mesures de l'alliance les contributions du thérapeute, plutôt que de se centrer principalement sur la collaboration active du client dans les tâches appropriées au traitement. Ce faisant, les contributions de chacun à l'alliance deviennent floues et peu distinguables (Frieswyck et coll., 1986). D'autres auteurs affirment au contraire que l'alliance se définit justement par la co-création et la perception partagée par client et thérapeute de la qualité de leur travail thérapeutique, de sorte que d'utiliser seulement ou séparément la perspective du client ou du thérapeute pour mesurer l'alliance aurait pour effet de passer à côté de la nature foncièrement dyadique et interactionnelle du construit (Kivlighan, 2007). D'ailleurs, la plupart des mesures recensées dans le Tableau 1.2 se centrent soit sur les techniques du thérapeute, soit sur les variables relatives au client (p. ex. : fonctionnement défensif, activation émotionnelle, meilleure compréhension de soi), sans permettre une prise en compte de la mutualité, de l'intrication et de l'interaction des processus du client et du thérapeute qui influencent potentiellement le

processus de changement. Toutefois, il importe de noter que le thérapeute et le client ne s'entendent pas toujours sur ce qui a été une bonne et une moins bonne rencontre (Stiles et Snow, 1984; Stiles et coll., 1994). Le thérapeute peut avoir la sensation que le client a affronté des contenus douloureux et qu'il s'agit là d'une bonne avancée, alors que le client pendant un moment ne peut qu'être en contact avec la dimension souffrante de son expérience, un peu comme un parent qui considère qu'un échec vécu par un enfant puisse être une opportunité de croissance sans pour autant nier la douleur de l'enfant. L'enfant, lui, peut être submergé par la douleur et ne saisir que plus tard l'opportunité d'apprentissage et de croissance.

La variété des mesures de l'alliance apporte une variété de définitions idiosyncratiques et, donc, une confusion quant au sens du construit (Hatcher, 2010; Horvath, 2006). Il est probable que la confusion conceptuelle entraîne la prolifération des mesures et que cette prolifération contribue *de facto* au maintien de l'incertitude entourant la nature du concept ou de la théorie dans lequel il pourrait s'ancrer (Gaston et Marmar, 1994; Horvath, 2006, 2011). Les composantes des mesures sont souvent dérivées des considérations du thérapeute ou des chercheurs (Orlinsky et Howard, 1967; Stiles, 1980), ou bien elles sont dérivées d'analyses par grappes (*cluster analysis*) des descriptions des patients (Elliott et Wexler, 1994). Par ailleurs, la majorité des mesures encouragent une approche globale ne tenant compte que de trois construits pour évaluer l'alliance. Cela fait en sorte que l'identification des processus interactionnels et micro-interactionnels impliqués dans la co-création d'une alliance ainsi que dans les événements intra-séance significatifs qui produisent du changement demeurent à clarifier (Borelli et coll., 2019; Elvins et Green, 2008; Kazdin et Nock, 2003; Martin et coll., 2000; Mellado et coll., 2017; Safran et Muran, 2006; Shirk et Kaver, 2003). Dans tous les cas, il y a un coût à la perte d'une précision dans la théorisation du construit d'alliance.

Malgré les nombreuses tentatives des chercheurs pour construire des instruments de mesure de l'alliance, il semble que de parvenir à théoriser ce concept en élaborant un modèle structuré qui articulerait ensemble plus de trois composantes relationnelles ait représenté jusqu'à maintenant un défi pour les scientifiques. Le fait de considérer l'alliance comme faisant partie du territoire des facteurs communs en la dissociant de ses racines psychanalytiques a probablement pu contribuer à l'avènement de cette situation. Néanmoins, c'est probablement aussi cette migration du concept dans la sphère des facteurs communs qui a pu contribuer à sa popularité notoire et qui a pu mettre en lumière l'importance d'établir et de maintenir une relation thérapeutique de qualité (Elvins et Green, 2008; Horvath, 2011).

Un autre questionnement méthodologique entourant le construit et la mesure de l'alliance concerne la question de la temporalité alliance-technique-résultat thérapeutique (Crits-Christoph et coll., 2013). Certains chercheurs se sont demandé si c'est l'alliance qui amène les changements dans les symptômes ou si, au contraire, ce sont les changements précoces dans les symptômes qui favorisent l'alliance (Feeley et coll., 1999; Strunk et coll., 2010). Ils soulignent qu'il y a une lacune dans la méthodologie des études sur l'alliance, soit celle de ne pas prendre en considération les changements survenant avant le moment de mesurer l'alliance (DeRubeis et coll., 2005). D'autres proposent aussi que l'alliance n'agisse que comme un thermomètre qui suit l'évolution du changement dans les symptômes sans toutefois les précéder ou les expliquer, car il se peut que les facteurs liés à la technique prédisent plus fortement ces changements. L'alliance aurait ainsi un effet systématique, mais sans nécessairement qu'elle n'explique la variance du résultat thérapeutique (Barber, 2009; Barber et coll., 2000). L'ensemble de ces considérations méthodologiques amène certains chercheurs à remettre en question l'importance de l'alliance pour expliquer le changement, soulignant qu'elle ne prédit pas le résultat thérapeutique quand on contrôle l'influence des autres variables et l'influence de la séquence temporelle (Barber, 2009; Barber et coll., 2000; DeRubeis et coll., 2005).

La documentation scientifique sur le rôle de l'alliance nous importe ici, car il s'agit depuis 40 ans de la variable appartenant aux facteurs non spécifiques la plus étudiée et opérationnalisée pour comprendre et évaluer la nature de la relation thérapeutique ainsi que son influence sur le processus de changement et le résultat thérapeutique. Malgré les failles méthodologiques ou conceptuelles qui peuvent caractériser son étude, l'alliance demeure selon nous un construit d'intérêt lorsqu'on souhaite décrire et comprendre l'interaction thérapeutique.

Néanmoins, nous aurions peut-être besoin d'un modèle théorique plus complexe de la qualité de la relation afin d'élaborer une mesure qui soit ancrée dans une théorie du processus de changement qui tiennent compte des microprocessus interactionnels caractéristiques des événements de changement. Le champ de recherche sur la relation thérapeutique et le processus de changement pourrait bénéficier d'une mesure qui nous donnerait plus d'indices quant à ce qui est nécessaire pour accroître la qualité de la relation thérapeutique afin de favoriser de la manière la plus compétente possible le changement chez le client.

Plus récemment, Safran et Muran (2006) évoquaient la possibilité que malgré sa popularité, l'utilité du construit d'alliance (dans ses définitions traditionnelles) soit peut-être dépassée. Ils ont proposé de miser plutôt sur une conceptualisation de l'alliance comme négociation constante entre client et thérapeute qui se joue aux niveaux conscient et inconscient. Ils invitent les chercheurs à cesser leurs efforts d'opérationnalisation et de raffinement du construit d'alliance, en ajoutant que le champ requerrait plutôt que l'on s'attarde maintenant à clarifier comment la relation thérapeutique agit pour favoriser le processus de changement du client. Horvath soulignait lui aussi en 2011 la nécessité de poursuivre les efforts de recherches pour découvrir et documenter les processus interactionnels qui sont les plus susceptibles de permettre l'établissement et le maintien d'une relation thérapeutique de qualité. En 2013, à l'aube de ce projet doctoral, nous partageons cette préoccupation, plus

particulièrement en ce qui a trait à la théorisation et à l'opérationnalisation de l'engagement affectif authentique de la dyade. Au crépuscule de ce projet doctoral, nous ne pouvons que constater que le besoin de mieux comprendre les processus dyadiques de co-régulation émotionnelle en thérapie est toujours souligné par la communauté (Atzil-Slonim et Tschacher, 2020; Stange Bernhardt et coll., 2021).

1.2.4.3 Quelques apports et écueils de la vision dichotomisée des facteurs spécifiques et communs

Nous avons présenté une synthèse des résultats de recherches empiriques sur l'influence des facteurs spécifiques et communs sur le processus de changement et le résultat thérapeutiques. Cette vision dichotomisée des contributions de la technique et de la relation client-thérapeute a permis des avancées scientifiques, tout comme elle a pu en freiner d'autres.

Séparer l'influence de la technique et des facteurs relationnels a permis de délimiter différents mécanismes d'action thérapeutique, tous pertinents, comme l'alliance entre thérapeute et client ainsi que la gestion adéquate des ruptures d'alliance; la gestion adéquate par le thérapeute de son contre-transfert; les attentes positives du client face à la psychothérapie et au résultat thérapeutique; la réorganisation des connaissances relationnelles implicites lors de l'atteinte d'états d'accordage affectif caractérisés par la co-création de nouveaux patrons interactionnels; l'empathie authentique et la considération positive inconditionnelle du thérapeute envers le client; la relation réelle client-thérapeute; l'offre de soins suffisamment bons et la retenue du thérapeute face à la formulation d'interprétations afin de permettre au client de « trouver-crée » son vrai Self et de « jouer » avec de nouvelles manières d'être; l'utilisation flexible et affectivement engagée de la technique analytique; l'interprétation du transfert et des défenses du client; la mise en mots des conflits inconscients. De plus, aborder les facteurs relationnels comme des facteurs dit « communs » à tous les traitements psychothérapeutiques apparaît logique et même susceptible de réconcilier plutôt que

d'antagoniser les différentes approches cliniques. Après tout, au-delà des divergences d'approches et d'opinions, le thérapeute demeure un être d'humain qui prend soin au mieux de ses capacités, d'un autre être humain, le client.

Cependant, la vision de « non-spécificité » des facteurs relationnels, bien que logique, pose problème (BCPSG, 2010). D'abord, elle ne contribue pas au développement de notre compréhension quant à la nature et à la dynamique du processus de changement découlant de l'établissement et du maintien actif d'une relation thérapeutique de qualité (BCPSG, 2010; Butler et Strupp, 1986). Elle tend à nous faire oublier que la relation apparaît comme l'aspect le plus transformateur des traitements psychothérapeutiques, donc le facteur le plus important pour comprendre le processus de changement (Binder et Strupp, 1997; BCPSG, 2010; Horvath et Symonds, 1991). La relation échappe alors à une étude sérieuse et le focus tombe sur les aspects techniques qui différencient les différentes écoles (BCPSG, 2010), ce qui a mené aux études comparatives sur l'efficacité différentielle des approches psychothérapeutiques, dont l'utilité pour faire avancer le champ a été critiqué (Lambert, 2013; Mulder et coll., 2017). Or, les études sur le processus de changement et le résultat thérapeutiques pointent systématiquement vers la centralité de la qualité de la relation thérapeutique dans la production d'un changement et l'avènement d'un succès en thérapie. La qualité de la relation serait le meilleur prédicteur du changement et du résultat thérapeutiques, au-delà de toute activité technique particulière. Dès lors, décrire l'action thérapeutique en termes d'activités techniques (p. ex. : interprétation, désensibilisation, confrontation empathique) échoue autant à décrire qu'à éclairer le processus multimodal complexe d'échange entre client et thérapeute qui contribue à la qualité de la relation. De sorte que malgré des centaines d'études sur l'alliance, la technique, le résultat et le processus thérapeutiques, il est encore complexe d'offrir une explication empirique sur comment et pourquoi les interventions intra-séance produisent du changement (Kazdin, 2009).

Ensuite, la distinction entre facteurs communs et spécifiques pourrait bien être trompeuse, voire fautive. Certains soutiennent que les actions thérapeutiques dites « spécifiques » sont plutôt des actions communes à travers les divers types de traitement psychologique (Frank et Frank, 1991; Wampold et Budge, 2012). En effet, un rituel thérapeutique similaire est nécessaire à travers toutes les modalités de traitement. Ce rituel implique toujours un échange entre client et thérapeute, en général en face à face, ayant pour but de soutenir et d'accompagner le client afin de l'aider à mieux gérer ses difficultés, où le thérapeute offre son apport pour mieux comprendre la demande et la difficulté du client, adhère à une approche thérapeutique qui lui permet d'avoir des moyens pour l'accompagner, et mobilise chez lui l'espoir de changement. Ce rituel implique aussi un échange où le client apprend à faire confiance au thérapeute et à entrer en contact avec ses affects, besoins et ses pensées afin de développer sa compréhension de soi, dans un contexte où une relation thérapeutique s'établit progressivement, au sein de laquelle les affects, préoccupations et besoins du client sont au cœur des interactions, et où (si tout se passe bien) chacun des partenaires devient investi favorablement, de sorte qu'une affection, une complicité et une collaboration se développent. Bien qu'il n'y ait pas de traitement sans l'intervention spécifique de techniques thérapeutiques particulières, ces facteurs spécifiques ne peuvent pas être livrés sans le contexte de la relation, qui demeure similaire dans son essence à travers les divers types d'approches cliniques.

Plus encore, il serait possible d'avancer que la relation n'est pas un contexte au sein duquel la technique du thérapeute est mise à profit. En effet, la technique ne peut pas être « sortie » de la relation (BCPSG, 2010; Safran et Muran 2000). Les activités techniques ne peuvent pas être séparées et extraites de l'échange entre client et thérapeute, de ce qui se dit et se vit en séance. Elles font partie de ce qui donne à la relation sa forme spécifique. Elles sont des *actes relationnels*, dictés par le flot de l'interaction (BCPSG, 2010). Les techniques d'intervention du thérapeute n'auraient d'efficacité que dans leur liaison étroite avec les caractéristiques du thérapeute, du

client et de leur relation thérapeutique (BCPSG, 2010; Frank et Frank, 1991; Horvath, 2011; Lecomte et coll., 2004; Safran et Kraus, 2014; Waldron et coll., 2004). Et il n'est pas possible, ni au niveau conceptuel ni au niveau pratique, d'évaluer l'efficacité d'un acte technique sans s'intéresser à la tonalité affective de la relation. Dès lors, dichotomiser la technique et la relation thérapeutique est impossible. Elles sont constamment interreliées (Barber, 2009; Elliott et coll., 2013; Safran et Kraus, 2014; Safran et Muran, 2000). Ainsi, tenter de décrire l'action transformatrice en termes d'activités techniques sans tenir compte de la relation est non seulement inadéquat, car il est impossible de « sortir de la relation », mais aussi peu utile, car en se centrant sur les aspects techniques, on n'explique pas la manière dont la qualité de la relation s'établit, se négocie, se maintient et s'améliore. Pourtant, l'évaluation et la négociation de la qualité de la relation est continuellement opérante de part et d'autre au niveau implicite en thérapie, du premier contact téléphonique à la terminaison (BCPSG, 2010). Que ce soit à l'avant ou à l'arrière-plan dans l'esprit du patient, il y a toujours les questions suivantes : Puis-je travailler avec cette personne? Puis-je recevoir de l'aide ici? Suis-je confortable avec cette personne? Comprend-elle ce dont j'ai besoin et où je veux aller? Puis-je m'ouvrir à elle? Puis-je m'attacher à elle? (BCPSG, 2010). En miroir, le thérapeute se pose des questions du même ordre : Parait-il inconfortable avec moi en ce moment ? Se sent-il aidé en ce moment ? Quel est son besoin aujourd'hui et comment puis-je l'aider ? Comment le sécuriser et le valider en ce moment ? Comment mobiliser son espoir de changement et sa confiance en notre travail ? Le processus de changement réside dans ce processus de régulation dyadique continu, dont la qualité est continuellement évaluée et négociée entre patient et thérapeute au niveau implicite (BCPSG, 2010).

En somme, la relation n'est ni un agent non spécifique du changement ni un contexte pour que le changement soit possible. La relation est une modalité spécifique des traitements psychologiques qui est nécessaire (suffisante selon certains, si elle est de

qualité) pour que le changement survienne (BCPSG, 2010; Lambert, 2004; Rogers, 1955, 1958, 1961).

Wampold et Budge (2012) ont tenté de résoudre les problèmes découlant d'une vision dichotomisée des facteurs communs et spécifiques. Ils ont élaboré un modèle théorique, le modèle contextuel, qui place la relation thérapeutique au cœur du processus de changement, puis qui articule la manière dont trois des facteurs communs permettent que la relation thérapeutique produise du changement. Ces trois facteurs sont : (a) la relation réelle (Gelso, 2002, 2009; Fuertes et coll., 2007; Marmarosh et coll., 2009); (b) la mobilisation de l'espoir de changement du client et d'attentes positives face au traitement grâce à l'explication proposée par le thérapeute du trouble psychologique et du traitement psychothérapeutique offert (Frank et Frank, 1991; Kirsch, 1990; Wampold, 2007); et (c) l'utilisation d'ingrédients spécifiques du traitement pour mobiliser la participation du client à des actions qui promeuvent sa santé. Wampold et Budge (2012) avancent que les tâches et les objectifs thérapeutiques favorisent la création d'attentes positives qui, pour être entretenues, doivent être mobilisées dans le cadre d'une relation où un traitement est donné. Leur modèle paraît constituer un premier pas nécessaire dans une direction qui permette une vision plus complexe de l'intrication entre facteurs communs et spécifiques, pour mieux comprendre ce qui favorise le changement.

Nous avons présenté jusqu'ici divers modèles et sources d'influences théorico-cliniques, les principaux résultats empiriques et diverses mesures qui ont permis, depuis l'écllosion de la psychanalyse, puis depuis l'émergence des méthodes statistiques et des devis de recherche corrélationnels pour appuyer l'efficacité de la psychothérapie, de donner un sens au terme « changement thérapeutique » et de commencer à définir les contours du construit de « relation thérapeutique » pour mieux comprendre les particularités de son influence sur le changement.

Les psychodynamiciens reconnaissent aujourd'hui avec un certain consensus l'importance de la relation client-thérapeute et de ses dimensions affectives et procédurales dans la rencontre analytique (Teicholz, 2006a, 2006b). Ils sont désormais à penser la relation thérapeutique comme étant au cœur des mécanismes de changement, et selon certains comme étant l'essence même du changement. Cela étant, nous nous retrouvons aujourd'hui à tenter de qualifier le type de relation qu'il est nécessaire d'établir et de renégocier de séance en séance pour mener au changement; et à investiguer quelles qualités d'engagement relationnel (créativité, spontanéité, improvisation, affection, authenticité, vulnérabilité, capacité de jouer, empathie) sont essentielles pour favoriser la croissance psychologique chez le client et pour qualifier une technique ou une attitude d'analytique (BCPSG, 2018b; Teicholz, 2006b). Autrement dit, les psychodynamiciens s'affairent maintenant à clarifier ce qu'est une relation de qualité et ce qu'il y a de transformateur dans une relation de qualité.

C'est dans ce contexte d'oppositions entre psychanalyses classique et relationnelle, transfert et relation réelle, facteurs communs et spécifiques, alliance et technique, implicite et explicite, symbolisation et mise en acte, interprétation et intersubjectivité, intrapsychique et interactionnel, que se démarque le travail de Daniel Stern, Louis Sander et d'un groupe de chercheurs américains formé de cliniciens et de théoriciens d'orientation analytique, humaniste et développementaliste, qui ont créé le *Boston Change Process Study Group* (BCPSG) en 1995. Le groupe tente d'intégrer les *insights* provenant des divers courants théorico-cliniques décrits dans ce chapitre afin de mieux théoriser le processus de changement, l'engagement relationnel entre client et thérapeute ainsi que ce qui caractérise et influence la qualité de la relation thérapeutique. Leur modèle du processus de changement en thérapie psychodynamique (BCPSG, 2002, 2005a, 2005b, 2010, 2013, 2018a, 2018b; BCPSG et Nahum, 2008a, 2008b; Lyons-Ruth et coll., 1998; Nahum et coll., 1998; Stern, Bruschiweiler-Stern et coll., 1998; Stern, Sander et coll., 1998; Tronick, 1998; Tronick et coll., 1998) permet selon nous de faire le pont entre les deux principaux modes d'action thérapeutique : la

technique (liée aux mécanismes interprétatifs et aux verbalisations explicites) et les facteurs relationnels (liés aux mécanismes non interprétatifs et aux processus implicites).

1.2.5 Le modèle du Boston Change Process Study Group

Dans cette section, nous présenterons les principales notions du modèle du *Boston Change Process Study Group* afin de permettre au lecteur de se familiariser avec la terminologie employée et afin de pouvoir retracer l'origine des items de notre mesure, l'Échelle d'évaluation de la Qualité du Processus d'Avancer-ensemble.

Entre 1998 et 2018, le BCPSG s'est affairé à élaborer un modèle novateur, riche et intégratif pour penser les interactions client-thérapeute. Il s'agit à notre connaissance du premier modèle à s'appuyer avec autant de rigueur sur le bassin de données empiriques tirées des études observationnelles sur les interactions précoces mère-bébé (Beebe et Lachmann, 1988, 1994, 2002; Bowlby, 1973; Lyons-Ruth, 1991; 2003; Sander, 1962, 1983, 1985, 1995; D.N. Stern, 1971, 1974, 1977, 1983, 1985, 1994, 1995; Stern et coll., 1984; Tronick, 1989; Tronick et Cohn, 1989; Tronick et coll., 1979), à se centrer sur les processus communicationnels implicites régulés par l'intention et l'affect (Gergely et coll., 1995; Gianino et Tronick, 1988; Lyons-Ruth, 1999; Meltzoff, 1995; Tomasello et coll., 2005), puis à intégrer les courants de pensée sur l'intersubjectivité (Aron, 1991, 1996; Atwood et Stolorow, 1984; Lyons-Ruth, 1991, 1999; Mitchell, 1993; Stolorow, 1997a, 1997b; Trevarthen, 1979, 1980, 1998).

Le BCPSG était initialement constitué de Daniel Stern, Louis Sander, Karen Lyons-Ruth, Edward Tronick, Alexander C. Morgan, Jeremy P. Nahum, Nadia Bruschweiler-Stern et Alexandra Harrison. Depuis, certains membres ont quitté le groupe, d'autres sont décédés, d'autres ont joint le groupe. Il est maintenant constitué de Nadia Bruschweiler-Stern, Karlen Lyons-Ruth, Alexander C. Morgan, Jeremy P. Nahum et Bruce Reis (BCPSG, 2010).

Les membres du groupe partagent la croyance selon laquelle l'étude du développement précoce de l'enfant et de la manière dont il se développe en interaction avec son donneur de soins peut être utile à l'affinement de notre compréhension de la manière dont le changement survient en psychothérapie (BCPSG, 2010). Étant eux-mêmes chercheurs en développement, D. Stern, L. Sander, K. Lyons-Ruth et E. Tronick ont fait partie de cette génération de chercheurs qui ont contribué à démontrer que les bébés naissent avec une capacité à décoder les intentions de leur mère, à s'y ajuster, et en retour, à agir avec intention dans une interaction, donc que les bébés préverbaux sont loin d'être passifs dans leur manière d'être au monde. Ce n'est pas seulement leur mère qui procède à la lecture et à la régulation de leur besoins primaires et socio-affectifs. Les bébés naissent en étant capables de participer à une co-régulation dyadique réciproque, caractérisée par des efforts d'accordage affectifs mutuels et constants. Ainsi, dès l'âge de deux mois, même en l'absence d'une capacité à s'exprimer verbalement, les bébés auraient déjà un début de capacité de subjectivité et d'intentionnalité propre (Stern, 2004). Ce serait grâce à la mémoire relationnelle implicite que même en l'absence d'une capacité d'abstraction poussée ou d'une capacité langagière, le bébé serait capable de savoir comment procéder avec sa mère.

Le BCPSG avance que, tout comme au sein de la dyade mère-bébé, client et thérapeute tenteraient de s'ajuster ensemble, de se coréguler, avec leurs mots tout comme avec l'ensemble des communications affectives qui sous-tendent leurs mots, afin d'atteindre des moments de connexion affective authentique, qui permettrait de promouvoir le développement socio-affectif du client (Stern et coll., 1998). Pour le groupe le 'quelque chose de plus' que l'interprétation qui mène au changement en psychothérapie, c'est tout ce processus de régulation dyadique qui se déploie sur la base d'une lecture non intellectualisée des intentions et des affects d'autrui. C'est tout le processus intersubjectif qui permet la co-création de nouvelles connaissances relationnelles implicites chez le client (Stern et coll., 1998). Les principaux concepts et apports du modèle sont présentés ci-après.

1.2.5.1 Le processus d'avancer-ensemble (*moving along process*)

Selon le modèle du BCPSG, le processus de changement thérapeutique est un processus continu de régulation dyadique appelé « processus d'avancer-ensemble » (*moving along process* en anglais), qui s'exprimerait dans les tentatives de chacun des partenaires de la dyade thérapeutique de saisir ce qui se passe ici et maintenant entre eux (Morgan et BCPSG, 1998; Nahum, Bruschweiler-Stern et coll., 1998; Stern, Bruschweiler-Stern et coll., 1998; Stern, Sander et coll., 1998). Cette régulation s'opérerait sur la base de processus communicationnels implicites de dévoilement et d'inférence d'intentions, repérables dans les signaux d'affects (p. ex. : ton de voix, expressions faciales, débit de parole, mouvements corporels). Le décodage d'intentions pourrait s'exprimer à la conscience sous la forme de pensées telles : « Qu'est-il en train d'essayer de me dire? ». Quant au dévoilement d'intentions, il pourrait s'exprimer à la conscience sous la forme de pensées telles : « Comment puis-je faire pour qu'il comprenne que j'ai saisi ce qu'il cherchait à me dire? » ou « Voici ce que j'essaie de lui dire, le comprend-il? » (BCPSG, 2002, 2005a; Bruschweiler-Stern et coll., 2007).

La régulation dyadique serait basée sur une négociation moment par moment des intentions de chacun. Client et thérapeute chercheraient à s'ajuster, à construire une direction clinique commune, tout en se référant à leurs objectifs propres. Sur la base de ce processus d'avancer-ensemble, ils créeraient une intention partagée, qui viendrait recontextualiser la ligne d'action de chacun (BCPSG, 2002, 2005b).

La régulation dyadique viserait l'atteinte de moments de rencontre intersubjective, soit des moments d'accordage affectif où les deux membres de la dyade mettent en acte une nouvelle manière d'être en relation ensemble et reconnaissent tous deux qu'ils sont parvenus à atteindre une manière d'être ensemble plus ajustée (BCPSG, 2013; Lyons-Ruth, 1999; Lyons-Ruth et coll., 1998). Ces moments mèneraient à des changements dans la relation client-thérapeute, notables dans un sentiment de bien-être accru lorsqu'ils sont ensemble, un empan accru dans ce qui peut être abordé lorsqu'ils

échangent ensemble et une flexibilité accrue dans la manière de concevoir comment ils peuvent interagir ensemble (BCPSG, 2002, 2010; Lyons-Ruth, 2000).

1.2.5.2 Le champ relationnel

Le processus visant à apprendre à négocier la co-création de dialogues couvrant une étendue de plus en plus grande, qui inclut de plus en plus d'aspects liés à la souffrance et aux expériences de vie douloureuses et intimes vécues par le client, serait la « marque de commerce » d'un traitement dans lequel il y a émergence de directions partagées et de moments d'ajustement dyadique (BCPSG, 2010; Stern, 1985, 1995). Il s'agirait d'augmenter le champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique. Plutôt que de voir ce processus comme un accroissement d'une conscience de soi et de ses conflits dynamiques, ce processus est vu par le BCPSG (2010) comme permettant peu à peu au client d'être capable de participer à des relations significatives d'une manière différente d'avant, en envisageant pouvoir être plus authentique dans ce qu'il partage avec ses proches. Augmenter l'empan de ce qui peut être partagé, de ce qui peut faire partie de la relation, ce serait augmenter le champ relationnel au sein de la relation client-thérapeute. Partager son expérience avec quelqu'un d'autre est vu par le BCPSG (2010) comme une manière de la rendre humaine, acceptable. Pour le groupe, partager concernerait moins l'expression d'un contenu verbal que le fait d'apprendre à échanger du matériel affectivement chargé, et de plus en plus profondément chargé, dans une relation. Si un échange efficace survient autour de matériel affectif moins chargé, les deux partenaires avancent ensemble vers la possibilité de s'engager dans des échanges sur des enjeux d'importance psychodynamique plus grande pour le client. Plus le thérapeute est réceptif et acceptant face à l'expérience subjective du client, plus les pensées et sentiments de ce dernier lui apparaîtront comme humains, acceptables, tolérables, partageables, donc pouvant être intégrés à sa représentation de soi et pouvant être partagés auprès d'autres personnes de confiance. Le partage de sens et

d'expériences transformerait des expériences de honte, de culpabilité, de tristesse, etc. en expression d'une humanité partagée (BCPSG, 2010).

1.2.5.3 Intentionnalité moment-par-moment

Dans le modèle du BCPSG, la notion de base qui permet de mieux comprendre le maintien actif d'une relation de qualité moment-par-moment serait la notion d'intentionnalité moment-par-moment (BCPSG, 2002, 2005a; Stern, Sander et coll., 1998). Ce processus fondamental guiderait les interactions, permettrait à la dyade de se réguler, de tenter de s'accorder, et contribuerait au jugement que client et thérapeute (ou qu'un observateur externe) poseraient implicitement sur le niveau de qualité de leur relation (BCPSG, 2010).

L'unité d'intention a été conceptualisée par Stern (2004) en termes de *mouvement relationnel* et en termes de *moment présent*. Les deux correspondraient à la même microstructure du processus relationnel implicite d'avancer-ensemble. Les mouvements relationnels représenteraient la plus petite unité d'action verbale ou non verbale qui révèle une intention relative à l'état de la relation (créer, altérer, négocier, repousser, rapprocher, éviter, etc.), que cette intention soit consciente ou non. Le mouvement relationnel durerait environ d'une à dix secondes, soit la durée de la plupart des vocalisations, silences, verbalisations et actions (BCPSG, 2002, 2005a; Bruschiweiler-Stern, Lyons-Ruth et coll., 2007). Le moment présent représenterait quant à lui l'expérience subjective du mouvement relationnel (Stern, 1995; Stern, Sander et coll., 1998). Un changement dans l'un ou l'autre des aspects de l'échange (contenu, ressenti, direction) entraînerait un nouveau moment présent (Stern, 1995).

Par exemple, un soupir de la part du client en levant les yeux au ciel ou en tapant du pied de manière agitée serait un mouvement relationnel qui pourrait traduire de l'impatience, de l'agacement et de l'insatisfaction et révéler une intention de mépriser, diminuer et rejeter le thérapeute. Le moment présent se présenterait pour le client sous

la forme de pensées et de sensations telles : « Ça ne marche pas, ce thérapeute ne me comprend pas, il n'est visiblement pas assez bon et intelligent pour ce faire; je ne devrais sûrement pas continuer d'investir de mon temps et de mon argent ici; à la prochaine erreur de ce psy, je ne remets plus les pieds ici. ». Inversement, le thérapeute décoderait dans le mouvement relationnel du soupir une intention de le mépriser ou de le rejeter. Durant ce moment présent, il se sentirait diminué, peu compétent, à risque de perdre le client, avec une impression de marcher sur des œufs, et peut-être même avec une envie de rejeter le client en retour. Tout ça se déploierait dans l'espace des quelques secondes où le soupir émerge dans l'interaction. C'est donc par le biais des processus d'inférence et de dévoilement d'intentions que se formerait cette compréhension intuitive mutuelle de ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique (BCPSG, 2002, 2005a, 2013).

La communication en face-à-face entre adultes serait hautement similaire à la communication mère-bébé (Beebe, 2014). Les aspects non verbaux presque imperceptibles, tels les changements dans le contact visuel, les expressions faciales, les tons, les silences, les hésitations, les intonations, l'orientation de la tête, les mouvements des sourcils, etc., exerceraient une influence très importante sur la manière dont nous communiquons. Ce traitement rapide, presque automatique de l'information sociale, serait non conscient. Il s'agirait d'une forme de traitement de l'information implicite, procédurale et axée sur l'analyse de séquences d'actions pour en inférer les intentions sous-jacentes (Beebe, 2014). De manière comparable à ce qui se passe dans l'interaction mère-bébé, client et thérapeute chercheraient à s'ajuster l'un à l'autre afin d'atteindre des moments d'accordage affectif. Dans l'interaction thérapeutique, les ajustements comportementaux correspondraient, par exemple, à un moment où le client demande au thérapeute en début de séance comment il se sent aujourd'hui et, dans la manière dont il le fait, le thérapeute saisit une intention subtile chez le client de renversement des rôles tel qu'il le fait fréquemment dans ses autres liens, ayant à la fois besoin qu'on s'occupe enfin de lui et à la fois tendance à se mettre

dans la position de celui qui prend soin. Le thérapeute peut alors choisir d'explorer et d'explicitier ce qu'il ressent, ou bien répondre de manière suffisamment campée dans son rôle d'aidant pour mettre une limite à cette tentative de renversement des rôles. Le client peut même lui aussi d'emblée observer ce qu'il est en train de faire. Et, ensemble, client et thérapeute peuvent tenter d'aider le client à comprendre les bénéfices et inconvénients de cette position afin de l'aider à éventuellement développer d'autres modes relationnels où il aura plus de chances de ne pas être relégué ni de se reléguer au second-plan. En thérapie comme dans l'interaction mère-enfant, la régulation dyadique n'implique pas de symétrie entre les deux partenaires en interaction, mais seulement que l'influence soit bidirectionnelle et que chacun amène son histoire relationnelle propre dans l'interaction, histoire qui influencera de manière unique comment la dyade se régulera (Stern, Sander et coll., 1998).

Le processus menant à la création d'intentions relationnelles partagées (c'est-à-dire lorsqu'on se rejoint pour aller « dans la même direction ») serait co-créatif. À noter toutefois que ce n'est pas toute co-création d'une direction qui serait thérapeutique (BCPSG, 2005a, 2013; Stern, Sander et coll., 1998). On peut en effet s'engager dans un processus thérapeutique négatif caractérisé par des réponses hostiles complémentaires (Binder et Strupp, 1997) avec une intention co-créée (plus ou moins involontaire) de détruire la relation en suscitant le rejet ou la colère du partenaire.

Dans cette recherche co-créative de directions partagées et d'ajustement dyadique accru, la qualité de la relation est fonction des efforts et de l'engagement personnel de chacun à y parvenir, efforts et engagement qui seraient surtout ressentis implicitement. Les contributions de l'analyste et du patient doivent démontrer le temps, l'effort et l'importance de trouver un ajustement entre les intentions de chacun (BCPSG, 2010). Cela peut se ressentir dans la persistance et le désir de saisir le plus justement possible ce qui se passe chez le client ou dans la relation thérapeutique; dans les tentatives de réparation suite aux ruptures d'alliance; dans l'attention accordée par le thérapeute à

expliciter et répondre aux besoins intra-séance du client; ou encore dans ce que le patient rapporte au thérapeute des gains thérapeutiques qu'il observe et de ce qu'il souhaite entreprendre ou poursuivre pour la suite du suivi (BCPSG, 2010).

De manière comparable à ce qui se passe dans l'interaction mère-enfant (Beebe & Lachmann, 1988, 1994; Stern, 1985, 1995), ici encore, ce que le client intérioriserait en thérapie ce ne serait pas l'attitude du thérapeute à son endroit, mais plutôt le processus de régulation affective lui-même. Celui-ci se caractérise selon Tronick (1998) par la mise en acte conjointe de nouvelles possibilités de modes relationnels, de nouveaux moyens de s'ajuster, de négocier et de se réguler avec autrui afin de se lier, de collaborer et d'avancer ensemble dans une direction partagée qui convienne d'une part aux désirs, buts et intentions de chacun, et d'autre part à ceux de la dyade.

1.2.5.4 Moments-maintenant et moments de rencontre

Durant le processus d'avancer-ensemble, des moments non prémédités surviennent. Ils représenteraient les propriétés émergentes de l'interaction (BCPSG, 2002; Lyons-Ruth, 2000; Stern, Bruschiweiler-Stern et coll., 1998). Comme la co-créativité spontanée caractériserait toute interaction, le processus thérapeutique est vu par le BCPSG comme étant « non linéaire ». En effet, malgré l'émergence d'objectifs thérapeutiques en cours de suivi, ceux-ci ne seraient pas toujours poursuivis ou atteints de manière directe, sans compter qu'ils peuvent faire l'objet de révisions en cours de traitement (BCPSG, 2013). Un thérapeute peut commencer un suivi avec l'objectif d'aider le client à réguler ses affects anxio-dépressifs, puis, suivant ce que le travail thérapeutique fait émerger, clarifier que ces affects surviennent chez le client en contexte de séparation ou de tentatives d'accroissement de son autonomie, de sorte que l'objectif devient à ce moment de mieux comprendre l'origine de son anxiété de séparation ainsi que les insécurités actuelles et impasses insatisfaisantes que cela l'amène à reproduire. L'objectif change également si le client doit faire face à des circonstances imprévues, comme la mort d'un parent en cours de suivi par exemple.

Le BCPSG s'est affairé à décrire certains types de moments non prémédités qui surviennent dans l'interaction thérapeutique et qui influencent le processus de changement, notamment le « moment-maintenant » et le « moment de rencontre ».

Le moment-maintenant aurait un caractère de « moment de vérité » déconcertant, qui attirerait thérapeute et client dans l'ici-et-maintenant de leur relation (Stern, Bruschweiler-Stern et coll., 1998). Il serait doté d'une évolution en trois phases. Le plus souvent, le moment-maintenant sera initié par une question ou un commentaire du client qui donne l'impression de sortir brusquement du flot du dialogue en cours et qui exerce une pression pour que le thérapeute se prononce honnêtement, en-dehors de son rôle de thérapeute, bien que pas en-dehors de ce qui est de l'ordre d'une réponse thérapeutique. Cela correspond à la « phase de gestation », emplie d'un sentiment d'imminence. Thérapeute et client arriveraient à un point tournant dans leur relation, un point au potentiel transformateur caractérisé par l'impression subjective que le moment doit être saisi pour qu'émergent de nouvelles formes d'interactions qui soient bénéfiques pour le client. Thérapeute et client auraient alors l'impression que quelque chose leur arrive qui ne leur arrive pas souvent. Ils reconnaîtraient la singularité du moment-maintenant, qui vient déstabiliser le cadre habituel et familier de la relation client-thérapeute (bien que cela ne menace pas nécessairement le cadre thérapeutique). Cela correspond à la « phase bizarre », caractérisée par la reconnaissance de la singularité du moment (Stern, Bruschweiler-Stern et coll., 1998). Ainsi, le moment-maintenant ne peut survenir que s'il y a eu établissement au préalable d'une manière habituelle de procéder et d'être ensemble (Stern, Sander et coll., 1998).

Le moment-maintenant représenterait un défi clinique pour le thérapeute. La réponse à donner ne paraît pas facile à formuler, bien que la nécessité de faire un choix ou de poser un certain type d'« action » apparaisse pressante. Cela correspond à la « phase de décision » : le moment-maintenant sera-t-il saisi ou non? Si le thérapeute « sait » quoi répondre (au sens d'une réponse préfabriquée), il s'est probablement rapidement caché

derrière la technique et a échoué à aller à la rencontre du client. Le moment-maintenant requerrait plutôt une réponse qui est nouvelle relativement à la manière dont la dyade a l'habitude de fonctionner, une réponse créée sur le coup, spécifique au client et à la situation vécue dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique. Mais laquelle? Ce n'est ni clair ni simple (BCPSG, 2013; Stern, Sander et coll., 1998).

Voici des exemples cliniques de moments-maintenant (tirés de Stern, Bruschiweiller-Stern et coll., 1998, p.911) :

- Le client arrête l'échange en cours et demande : « Est-ce que vous m'aimez? » ou « Si je prends telle décision, est-ce que vous allez m'aimer encore? ».
- Le client fait une blague (qui amènera la dyade à avoir un fou rire).
- Client et thérapeute se rencontrent dans un contexte différent de celui de la thérapie, par exemple dans une file d'attente pour une pièce de théâtre. Ils créent un nouveau type d'interaction (ou échouent à le faire).
- Un événement significatif, bon ou mauvais (grossesse, fausse couche, décès d'un proche, achat d'une propriété, etc.), survient dans la vie courante du client, qui requiert une réponse plus authentique et humaine de la part du thérapeute, et ce dernier en effet la lui offre.

Le moment-maintenant représente l'amorce d'un moment de rencontre potentiel. Néanmoins, il peut être manqué ou échoué. Un moment-maintenant est dit manqué ou échoué lorsque le thérapeute formule une réponse sans accroissement de sa participation affective habituelle et de l'utilisation habituelle de son individualité. Si cet échec d'accordage est laissé non réparé, deux conséquences graves sont possibles : soit une partie du champ relationnel est rendu inaccessible au dialogue thérapeutique (on ne peut pas « aller là »), soit une remise en question sérieuse de la qualité de la

relation survient, tant et tellement que la thérapie ne peut plus vraiment continuer (qu'elle arrête réellement ou pas) (Stern, Bruschweiler-Stern, 1998).

Les moments-maintenant non saisis thérapeutiquement auraient quatre destins possibles (Stern, Bruschweiler-Stern, 1998; Stern, Sander et coll., 1998). Premièrement, un moment-maintenant peut être manqué, mais réapparaîtra plus tard dans la séance ou dans le suivi. Deuxièmement, sans un retour éventuel sur le moment-maintenant afin de permettre une réparation, il peut être échoué. Cela se produirait lorsque le moment-maintenant est reconnu, mais qu'il y a échec de l'établissement d'un moment de rencontre, qui viendrait introduire quelque chose de potentiellement destructeur dans la relation thérapeutique et rendre presque impossible l'avènement d'un succès thérapeutique. Troisièmement, un moment-maintenant échoué peut être réparé dans un nouveau moment de rencontre (ou par une interprétation qui agit dans le domaine de la connaissance explicite) immédiatement après que le moment-maintenant ait été échoué ou bien à un autre moment de la séance ou du suivi. Quatrièmement, un moment-maintenant peut être durable. Cela se produirait parfois lorsqu'un moment-maintenant émerge, mais ne peut pas immédiatement être résolu (*timing* ou préparation inadéquats; rencontre intersubjective requise trop complexe pour être contenue dans une seule transaction). Il demeurerait affectivement chargé pendant plusieurs séances, en suspens. Rien ne pourrait arriver avant que son destin n'ait été déterminé. Ces moments-maintenant durables ne sont pas des échecs. Habituellement, ils sont résolus avec un moment-maintenant différent qui inclut des aspects de ce moment-maintenant durable.

Le BCPSG (2013; Stern, Bruschweiler-Stern, 1998; Stern, Sander et coll., 1998) avance que pour mener à un moment de rencontre, la réponse du thérapeute doit porter sa signature personnelle (affect, expérience ou sensibilité personnelle, authenticité) et représenter plus qu'un acte technique habituel. Si le thérapeute ne fait pas quelque chose de plus que la technique, quelque chose pour y mettre clairement du sien et reconnaître l'expérience du client qui vit un changement dans la relation, il n'y aura

pas de moment de rencontre qui pourra s'ensuivre. À noter que la réponse personnelle du thérapeute n'implique pas nécessairement un dévoilement de soi, au sens classique de partager un élément de sa vie personnelle. Dans le modèle du changement que le groupe propose, même une réponse très simple (p. ex. . « Oui, vous sentez que je vous vois enfin en ce moment. ») dite avec une signature personnelle tirée de l'expérience de vie ou d'une sensibilité personnelle du thérapeute pourrait mener à un moment de rencontre.

De manière comparable à l'interaction mère-bébé, ce serait par un processus de reconnaissance et de validation externes (juste, ajustée et acceptante) (Lyons-Ruth, 2000; Sander, 1995) de son expérience subjective par un thérapeute, avec qui il noue une connexion émotionnelle positive authentique et durable à travers le temps (BCPSG, 2018b), que le client parviendrait à réaménager sa représentation de soi, à devenir de plus en plus proche de son agentivité et à se permettre d'être lui-même dans l'ensemble de son expérience subjective (diversité, complexité) de manière plus assumée (Sander, 2008; Tronick, 1998, 2001).

Le moment de rencontre est un moment de connexion intentionnelle et émotionnelle authentique de personne à personne (Stern, Sander et coll., 1998). Ce qui est dit authentique ici est difficile à définir. Le groupe de Boston le reconnaît. Ils tentent néanmoins de formuler cette piste de réponse où le client et le thérapeute vont oser partager ce qu'ils ressentent ou pensent de l'autre comme personne, ou de leur relation. L'individualité des partenaires en interaction, non enfermés dans un rôle thérapeutique, est mise en jeu. Pour évaluer l'authenticité du partenaire, chacun s'appuierait sur les communications affectives qui révèlent un aspect personnel du Self qui a été évoqué en réponse affective au Self de l'autre (Stern, Sander et coll., 1998). Le modèle met de l'avant une vision du processus où les événements de changement se passent dans une zone où client et thérapeute se voient comme deux humains, deux sujets, qui se

reconnaissent sujets, et qui captent tous les deux le même « morceau » de ce qui est en train de se passer entre eux, qui s'ajustent ensemble et qui se rencontrent.

Durant le moment de rencontre, il y aurait atteinte d'un état d'accordage affectif suivant la mise en acte conjointe d'une nouvelle manière plus ajustée d'être en relation, jumelé à la reconnaissance implicite partagée de cet état d'accordage affectif (BCPSG, 2002, 2005a; Lyons-Ruth et coll., 1998). Le groupe souligne que ce n'est pas le simple fait que chacun y soit parvenu qui marque le moment de rencontre, mais bien plutôt le sentiment que les deux y sont parvenus ensemble (BCPSG, 2002; Stern, Bruschweiler-Stern et coll., 1998).

Bien que l'histoire de l'émergence du moment de rencontre ne soit pas nécessairement retraçable, il serait quand même préparé longtemps d'avance, par de brèves ou de pâles apparitions préalables. Or, il ne serait jamais pré-spécifié ou prédéterminé, car la forme et l'instant exacts de son émergence demeurent imprévisibles. Sa préparation ne serait pas linéaire ou mise en acte selon un plan *a priori*; sa préparation serait co-crée (Stern, Sander et coll., 1998).

Le moment de rencontre est donc ici conceptualisé comme un événement catalyseur de changement dont l'action se produit dans le domaine relationnel implicite. Il y aurait cinq principaux produits de l'atteinte d'un moment de rencontre. Les deux premiers surviendraient immédiatement après l'avoir atteint. Les troisième, quatrième et cinquième produits seraient quant à eux observables à moyen ou long terme. Ils se présentent comme suit (BCPSG, 2010) :

- (1) Un sentiment de vitalisation, qui serait subjectivement ressenti comme « aller-mieux », « être bien avec », avoir de plus en plus confiance en l'autre et se soucier davantage du partenaire et de la relation avec lui. Des niveaux de confiance accrus peuvent être vus comme la conséquence d'un sentiment que

la qualité de la relation existe et continuera d'exister. La vitalisation agirait comme élément directionnel dans le processus d'avancer-ensemble puisqu'elle encourage les deux partenaires à répéter des manières d'être ensemble qui génèrent une telle expérience subjective positive et emballante.

(2) L'expérience d'une « pause » dans le processus d'avancer-ensemble, pendant laquelle les partenaires seraient brièvement libérés de la pression de chercher à comprendre l'intention du partenaire. Ce n'est plus nécessaire d'essayer de chercher à comprendre ce que l'autre veut dire ou veut faire; la dyade s'est comprise, s'est accordée. Cette pause viserait à assimiler l'effet du moment de rencontre pour trouver un nouvel équilibre dans la relation thérapeutique dont la qualité s'est accrue. Le processus d'avancer-ensemble reprendrait à partir de ce nouveau contexte relationnel, de ce nouvel état intersubjectif plus ajusté.

(3) L'expérience chez le client d'une plus grande agentivité (capacité d'identifier, de suivre, d'assumer et d'exprimer ses intentions et désirs) et d'une authenticité accrue.

(4) Un sentiment de bien-être accru à être ensemble.

(5) Un accroissement du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique et, ainsi, une flexibilité accrue dans la manière de concevoir comment interagir ensemble. Le client tendrait alors à progressivement considérer ses affects conflictuels ou du moins intenses, ainsi que ses expériences douloureuses, comme pouvant être partagés avec le thérapeute qui saura l'accueillir, le comprendre, l'accepter. Cette nouvelle possibilité de partage d'états affectifs lui permettrait de faire des confidences sur des thèmes

de plus en plus délicats, conflictuels, douloureux et émotionnellement chargés pour lui.

Voici un exemple d'un moment-maintenant menant à un moment de rencontre :

Thérapeute : La fin de suivi approche, on a déjà fait un bilan il n'y a pas si longtemps, comment tu voyais ca...?

Cliente : Ben, j'aimerais en refaire un... (*silence, hésitation*) : je ne me suis pas sentie vue quand on fait le bilan ensemble la dernière fois. J'ai entendu quand tu as dit que j'étais davantage capable d'écouter mes besoins, mais je trouve que c'est super générique, on pourrait dire ça de tout le monde qui fait une thérapie⁶...

T : (*A l'air surprise, devient silencieuse, mais très pensive en même temps. Bouge sur sa chaise, comme par inconfort. A l'air d'essayer de comprendre, de chercher activement quoi répondre mais d'hésiter*).

(*C et T se regardent*).

T : Pourtant, j'ai vraiment l'impression qu'on a dit beaucoup plus que ça... et je me demande vraiment qu'est ce qui fait que tu ne l'as pas entendu...

C : Ah ça se peut... (*pensive*) J'ai vraiment pas accès à autre chose que tu aurais dit.. Je me rappelle juste de ça... mais si c'est ça je me sens mal!

⁶ Émergence du moment-maintenant.

T : Qu'est-ce que tu imagines que ça me fait?

C : Ben. Je pense que tu es capable de le prendre par ce que tu as l'air d'avoir une bonne estime de thérapeute. Tu sais que tu es compétente.

T : Ben... (*hésitation*) Je suis déçue en fait. Déçue de t'avoir déçue⁷.

C : Ah ouuuuuiiiii????!!! Heille, je ne pensais pas du tout que tu allais répondre ça...⁸

T : Oui. Mais j'ai peut-être une idée sur ce qui fait que tu es restée prise avec cette impression-là. Veux-tu l'entendre?

C : Oui. (*Gênée*)

T : Peut-être que ça te fait tellement peur de ne pas être vue que dès que tu as senti que ça pourrait être le cas, tu n'as pas pu entendre le reste⁹...

C : (*Réfléchit*) Pour vrai, ça se peut...

T : La prochaine fois qu'on le fait, je pense que je vais te demander comment tu reçois et ce que tu entends au fur et à mesure.

C : Oui c'est full une bonne idée!

⁷ Signature personnelle de la thérapeute.

⁸ Moment de rencontre.

⁹ Suite du moment de rencontre.

T : Pis c'est sûr que je me demande... qu'est-ce qui fait que tu ne me l'as pas dit avant?¹⁰

C : Ben... Parce que je pense que j'essaie de respecter les règles... Je n'étais pas sûre que c'était correct que je demande plus de détails spécifiques. Et aussi, je sens que ça ne fait pas vraiment partie de ton approche que de répondre à mes demandes où tu dirais vraiment explicitement ce que tu penses de moi.

T : (*Silence songeur, approuve un peu, y réfléchit.*) Qui fait les règles ici?

C : Mmm... Nous. Mais toi. Ça reste ton cadre à toi. Ta manière de faire de la clinique.

T : Oui. Ok. C'est juste.

C : Mais oui ok, la prochaine fois, on va faire ça, des rétroactions au fur et à mesure. Pour être sûre que j'entende ce que tu me dis.

(*T et C se regardent en silence. Contact visuel soutenu. Se souriant. Satisfaites. Complices. Énergisées.¹¹*)

Le moment de rencontre amènerait la dyade à faire un « bond » qualitatif dans le processus d'avancer-ensemble et dans la qualité de la relation thérapeutique (BCPSG, 2005a, 2010). La dyade se sent mieux ensemble, est plus complice, plus authentique,

¹⁰ Moment-maintenant, cette fois-ci initié par la thérapeute.

¹¹ Moment de rencontre : pause dans le processus d'avancer-ensemble, vitalisation, bien-être accru ensemble.

plus attachée, meilleure pour se comprendre et pour aborder des thèmes délicats, y compris celui concernant la spécificité du lien thérapeute-client.

Peu à peu, les changements relationnels mis en acte dans les moments de rencontre se généraliseraient dans les relations extra-thérapeutiques du client (BCPSG, 2010, 2013), lui permettant de devenir de plus en plus authentique et flexible dans différents contextes relationnels : « Si je peux "aller là" avec mon thérapeute, peut-être que ce sera possible avec mon partenaire, ma mère, mon frère, etc. ».

Selon le BCPSG (2010), plus les expériences affectives incluses dans l'échange thérapeutique sont complexes et inclusives (p. ex. : parler de son enfance, de ses expériences sexuelles, de la honte de son corps, de ses traumatismes, de ses besoins affectifs, de ses limites, de sa grandiosité, de ses fantasmes de vengeance, etc.), plus le sentiment d'agentivité du client s'accroît (p. ex. : « Je peux identifier, assumer, suivre, bien exprimer et me responsabiliser de beaucoup de choses quant à la satisfaction de mes désirs, à l'expression de mes affects et quant au respect de mes limites. »), plus de nouvelles possibilités d'expériences relationnelles émergent dans diverses relations, y compris dans sa relation avec lui-même (p. ex. : « J'ai été capable de dire que je ne veux pas me faire infantiliser, je peux l'exprimer aussi à ma mère et je peux prendre le risque de devenir un adulte qui s'exprime quand les choses ne lui conviennent pas. »).

Pour exposer les mécanismes sous-tendant le développement de ces nouvelles manières d'être en relation avec un autre, il convient de dire que le moment de rencontre mènerait à une réorganisation des connaissances relationnelles implicites (CRI) (Stern, Sander et coll., 1998) et que le processus qui permet l'accordage affectif se nomme processus de reconnaissance (Sander, 1995). Nous en avons explicité les mécanismes dans la section de la thèse portant sur les études développementales.

Rappelons succinctement qu'une nouvelle manière d'être ensemble (plus ajustée et connectée) survient durant le moment de rencontre. Elle s'inscrit dans les CRI. Les attentes relationnelles implicites de chaque partenaire se diversifient en conséquence. Chacun réalise qu'il est possible « d'aller là » et « d'être comme ça » ensemble (BCPSG, 2002; Lyons-Ruth et coll., 1998; Tronick, 1998). Ainsi, les CRI représenteraient l'essentiel de ce qui doit être changé en thérapie (BCPSG, 2010). Le moment de rencontre serait en ce sens le principal événement de changement thérapeutique associé au domaine relationnel implicite et il n'aurait pas besoin d'être verbalisé ou expliqué pour que son impact transformateur ait lieu (BCPSG, 2010, 2013; Stern, Sander et coll., 1998). Avancer-ensemble, ce serait avancer vers l'atteinte de moments de rencontre.

Selon notre regard de cliniciens, le construit de moments de rencontre en est un qui fait le pont entre les traditions classique et relationnelle-intersubjective en psychothérapie psychodynamique. Ce qui permet à ces moments d'émerger serait en partie influencé par les aspects expressifs et déclaratifs de la mémoire sémantique et autobiographique qui sont explorés par la dyade, en partie par les processus relationnels implicites (communication d'intentions et d'affects). Dans ce contexte, les actes techniques sont conçus comme des actes relationnels. Ils favoriseraient le changement seulement si le thérapeute est émotionnellement, authentiquement et individuellement engagé dans la relation thérapeutique, c'est-à-dire ouvert à livrer ses interventions en engageant son individualité libérée de son « enfermement » potentiel dans son rôle de thérapeute (Stern, Bruschweiler-Stern et coll., 1998; Stern, Sander et coll., 1998).

1.2.5.4.1 Intrications et distinctions entre moments-maintenant, interprétation transférentielle et moments de rencontre

Les moments-maintenant peuvent mener directement à une interprétation. Les interprétations peuvent mener à un moment de rencontre. Le moment de rencontre peut mener à une interprétation, puis à un nouveau moment-maintenant. L'interprétation

peut aussi clore un moment-maintenant en l'expliquant, en l'élaborant ou en le généralisant (Stern, Sander et coll., 1998).

Toujours selon le groupe de Boston, un moment-maintenant peut survenir autour d'un matériel transférentiel chargé, et il peut être résolu avec une interprétation traditionnelle (c'est-à-dire transférentielle). Le groupe s'est appliqué à répondre à la question : et si cette interprétation est donnée d'une façon authentique, en quoi est-elle différente d'un moment de rencontre? Elle en différerait comme suit : durant une interprétation traditionnelle impliquant du matériel transférentiel, le thérapeute en tant que personne n'est pas impliqué et mis en jeu. La relation implicite partagée ne l'est pas non plus. Au contraire, seules la compréhension thérapeutique et la réponse survenant à l'intérieur du rôle analytique sont mises en jeu (Stern, Sander et coll., 1998).

Un moment de rencontre ne peut donc être réalisé par une interprétation transférentielle traditionnelle. D'autres aspects de la relation thérapeutique doivent être introduits, soit les aspects relatifs à la relation implicite partagée dans laquelle l'authenticité et l'individualité des partenaires sont mises en jeu (Stern, Sander et coll., 1998). Ce qui est dit « authentique » dans ce contexte est difficile à définir, même par les membres du groupe. Néanmoins, ils avancent que durant une interprétation transférentielle authentique, il ne devrait pas y avoir de moment de rencontre entre deux personnes dénudées de leur rôle thérapeutique. Si c'était le cas, l'acte du thérapeute, en réponse à l'acte transférentiel du client, serait un acte contre-transférentiel. Or, le transfert et le contre-transfert seraient au plus bas dans un moment de rencontre. Ce serait plutôt la personnalité ou l'individualité des partenaires en interaction, relativement affranchis de leur enfermement dans un rôle, qui serait mise en jeu l'espace d'un moment (Stern, Sander et coll., 1998). Le groupe reconnaît que d'évaluer le manque relatif d'aspects transféro-contre-transférentiels et la présence relative de deux personnes qui font l'expérience d'une relation authentique de personne à personne est, bien sûr, difficile.

Néanmoins, le BCPSG maintient que de tels moments émergent, marquent et transforment tant le client que le thérapeute (Stern, Sander et coll., 1998).

Ainsi, le moment de rencontre se produirait dans un domaine qui transcende, mais qui n'abroge pas la relation professionnelle. Partiellement libéré des touches transféro–contre-transférentielles, le moment de rencontre prendrait place dans le domaine de la relation implicite partagée (Stern, Sander et coll., 1998).

1.2.5.5 La relation implicite partagée

La relation implicite partagée se situerait dans l'aire de recoupements entre les connaissances relationnelles implicites de chaque partenaire (client et thérapeute) quant à leur relation (Stern, Sander et coll., 1998). Elle inclurait des connaissances relatives à la relation transféro–contre-transférentielle (répétition dans l'actuel des modes relationnels développés durant l'enfance avec les figures d'attachement et réactions suscitées chez le thérapeute par ces modes), à l'engagement personnel authentique de chacun (relation réelle) et à la relation « professionnelle » (rôles thérapeutiques assignés) entre patient et thérapeute (BCPSG, 2002; Morgan et BCPSG, 1998; Stern, Sander et coll., 1998).

La relation implicite partagée serait ainsi basée sur le passé partagé par la dyade thérapeutique, qui lui est propre. Les connaissances implicites partagées par client et thérapeute seraient relativement stables et permettraient l'élaboration progressive d'une compréhension partagée de la nature et de l'état de leur relation ensemble, ainsi que l'élaboration d'une sensibilité mutuelle et d'une reconnaissance mutuelle de ce qui se passe entre eux (Stern, Sander et coll., 1998). Le processus de changement prendrait donc place dans la relation implicite partagée, qui crée un environnement intersubjectif prévalent entre eux deux. La dyade est ici conceptualisée comme un système (Tronick, 1998).

L'altération de la relation implicite partagée entraînerait l'altération du sentiment d'identité, car les représentations de soi seraient des connaissances relationnelles implicites, donc des représentations de soi en relation avec autrui (BCPSG, 2002). Une fois qu'il y a reconnaissance partagée que les deux partenaires ont interagi ensemble avec succès à un niveau plus élevé d'intensité émotionnelle, les possibilités d'interactions dyadiques deviendraient plus flexibles et diversifiées (Tronick, 1989, 1998). Par exemple, partager un fou rire, un moment de profonde tristesse ou un moment de fébrilité juste avant d'oser parler de ce qui se passe ici, maintenant, entre nous, sont autant d'expériences qui amèneraient le client à reconsidérer et reconfigurer sa représentation de l'intimité et de ce qui a droit d'être dit ou fait avec quelqu'un de significatif.

Du point de vue de la théorie de l'attachement, certains états des systèmes dyadiques semblent plus flexibles, cohérents et intégrés que d'autres, notamment un patron d'attachement sécure, qui permettrait à l'enfant d'alterner de manière flexible entre ses besoins d'autonomie et de dépendance (BCPSG, 2018a; Weinfeld et coll., 2008). Dans la théorie des systèmes dynamiques, ces états d'organisation dyadique permettant une stabilité accrue et étant plus susceptibles de perdurer comme organisation prévalente à travers le temps sont appelés « états attracteurs ». Une manière de concevoir le développement (et le processus de changement) est donc de le voir comme une progression à travers une série d'états attracteurs (BCPSG, 2013, 2018a).

Les moments-maintenant correspondraient aux types de contextes relationnels qui sont plus susceptibles de déstabiliser l'organisation dyadique prévalente afin de catalyser les possibilités d'émergence de nouvelles formes d'organisation dyadique, lesquelles vont permettre une réorganisation identitaire, une reconfiguration du système dyadique et une stabilité relationnelle accrue (BCPSG, 2013, 2018a). Ces moments de reconfiguration du système seraient reconnus et ressentis par la dyade principalement

par le biais de sentiments de vitalisation. C'est pourquoi la vitalisation serait un des cinq effets du moment de rencontre.

Prenant la mesure des apports du groupe de Boston, nous en concluons que la connexion humaine fait se sentir vivants et que la nouveauté et le changement, lorsqu'ils sont associés au sentiment d'être vus, compris, appréciés et en lien dans un moment de vulnérabilité partagée, représentent une expérience emballante qui sera recherchée de plus en plus par la dyade thérapeutique.

1.2.5.6 La relation thérapeutique engagée

Un des textes du BCPSG (2010, chapitre 8) présente une synthèse de leurs vues sur la psychothérapie, conçue comme un processus relationnel dans lequel la qualité de la relation est centrale et considérée être un facteur spécifique, nécessaire et suffisant à la survenue de changement en psychothérapie psychanalytique. Le groupe énonce alors les trois principaux éléments d'une relation de qualité : (a) la qualité de la recherche engagée de directions partagées permettant l'atteinte d'états d'accordage affectif appelés « moments de rencontre »; (b) la qualité de la négociation créative de l'imprécision et de l'indétermination des interactions thérapeutiques; et (c) la qualité du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique.

Mais qu'entend-on exactement par relation engagée ou recherche engagée de directions partagées? De plus en plus, les études sur l'intersubjectivité et sur les interactions précoces ramènent à un constat fondamental : « *We begin life "connected," as part of each other. [...] We begin in relationship.* » (Sander, 2008, p. 170). Néanmoins, nous en sommes encore à explorer comment cette disposition innée pour la connexion émotionnelle et intentionnelle avec autrui se transforme en engagement relationnel et permet l'émergence d'un Self qui se constitue justement par le biais de ces relations engagées avec les différentes personnes significatives de l'entourage qui ont chacune leurs vues et expériences propres du monde (BCPSG, 2018b).

Le BCPSG (2018b) s'efforce de distinguer l'engagement de la relation, de la connexion et de l'alliance. Ces trois termes renvoient pour le groupe à un sentiment positif quant à la qualité de la relation avec une autre personne. Et si l'engagement peut inclure ces concepts, il ne s'y limite pas. Il est aux yeux du groupe un construit plus complexe, plus englobant. Mais l'engagement n'est pas non plus synonyme d'interaction, terme qui n'a pas la spécificité et la précision recherchées par le groupe pour décrire le phénomène qui nous intéresse. La définition de l'engagement élaborée par Hobson (2002, cité dans BCPSG, 2018b) correspondrait davantage, quoiqu'en partie seulement, aux vues du BCPSG :

Truly interpersonal engagement is something more. It means that each person experiences a particular quality of emotional contact and exchange. It is almost as if each has a grip on the mind of the other. (p. 142-143).

Le BCPSG (2018b) s'inspire encore une fois des études sur les interactions précoces mère-enfant pour identifier les qualités particulières qui font en sorte de transformer une simple interaction en une relation engagée susceptible de mener au changement en psychothérapie. Il identifie trois qualités qui, conjointement, présentent ce caractère transformateur particulier pour tous autant que nous sommes :

(a) Un investissement affectif fondamentalement positif. Il se produirait lorsque nous nous sentons spécial pour quelqu'un, quelqu'un qui démontre une forme d'enthousiasme quant à qui nous sommes et ce que nous vivons.

(b) Un sentiment et un constat d'être une priorité pour quelqu'un. Quelqu'un qui centre son attention sur nos besoins, qui pense à nous, qui nous aide à nous réguler et à obtenir réponse à nos besoins, qui connaît nos préférences, qui connaît notre histoire de vie, qui est constamment attentif, sensible et conscient quant à l'état psychologique dans lequel nous nous trouvons. Cela nous donnerait l'impression que quelqu'un prend soin de nous de manière fiable et

restera présent tant et aussi longtemps que nous aurons besoin de lui. Cela donne l'impression que quelqu'un est notre allié, est « dans notre équipe », et ce, d'emblée, sans que nous ayons à le convaincre du bien-fondé de nos sentiments, opinions, préférences ou choix de vie. Ce sentiment d'être priorisé et de pouvoir compter sur le fait d'être priorisé, peu importe si nous sommes en période de crise ou de célébration, nous permettrait de développer un sentiment de confiance.

(c) Une continuité du lien, ressenti comme durable, fiable, constant. Cela permettrait de renforcer l'engagement affectif à mesure que s'accumulent à travers le temps des expériences partagées qui vont permettre d'affiner notre compréhension des intentions et émotions récurrentes chez l'un et l'autre, intentions et émotions qui vont nous permettre d'être connectés l'un à l'autre.

Ces trois composantes d'une relation thérapeutique engagée agiraient ensemble de manière à créer un climat sécurisant dans lequel nous nous sentons de plus en plus en confiance. Un partenaire investi (*charged other* en anglais) émergerait alors, qui revêt une teinte, une importance et une valeur spéciales et bonnes pour nous. L'engagement impliquerait nécessairement l'action conjointe, simultanée et constante de ces trois composantes relationnelles (BCPSG, 2018b). Le groupe ajoute que le changement n'est possible que lorsque nous sommes dans une relation engagée avec une personne qui devient pour nous significative, spéciale, digne de confiance, priorisée, sécurisante, fiable, présente de manière récurrente et durable. Le changement n'est possible que lorsque nous sommes dans une relation engagée avec une personne qui devient positivement investie.

1.2.5.7 L'interaction thérapeutique : indéterminée, imprécise et imprévisible

L'intentionnalité (avoir un but, une direction) serait le moteur du processus d'avancer-ensemble. Subjectivement, l'intentionnalité réfère au sentiment d'être tiré ou de tirer,

d'être poussé ou de pousser vers un but ou un état final (BCPSG et Nahum, 2008a). Et l'interaction thérapeutique serait similaire à l'unité d'intention : indéterminée, imprécise, non linéaire et imprévisible, malgré l'émergence de directions (BCPSG, 2002, 2005a).

1.2.5.7.1 Les buts intersubjectifs : locaux, intermédiaires et globaux

Le long du processus d'avancer-ensemble, thérapeute et client cherchent à s'engager ensemble dans une voie thérapeutique pour le client, parsemée de buts intersubjectifs. Il y aurait trois niveaux de buts intersubjectifs : locaux, intermédiaires et globaux (Stern, Sander et coll., 1998).

Les *buts locaux* renverraient aux processus de décodage et de dévoilement d'intentions moment-par-moment par rapport à l'état de la relation (Stern, Sander et coll., 1998). Par exemple, l'intention immédiate du client pourrait être de provoquer ou de rejeter le thérapeute. Les buts locaux effectueraient des corrections constantes dans la trajectoire du processus d'avancer-ensemble, corrections qui auraient pour effet de rediriger, réparer, tester, sonder ou vérifier si client et thérapeute se dirigent vers un but intermédiaire commun (Stern, Sander et coll., 1998).

Les *buts intermédiaires* renverraient plutôt aux besoins intra-séance du client et aux enjeux cliniques à soulever en lien avec ces besoins en utilisant divers actes techniques (clarification, interprétation, confrontation empathique, reflet, etc.) (Stern, Sander et coll., 1998). Par exemple, le client pourrait aborder différentes situations où il aurait subi des représailles et le thérapeute pourrait orienter ses interventions sur ce thème.

Les *buts globaux* renverraient quant à eux aux objectifs de traitement à long terme, tels la résolution relative du conflit intrapsychique et l'augmentation de la flexibilité dans l'expression des affects. L'atteinte de buts globaux passerait par l'atteinte de buts intermédiaires et locaux. Les buts intersubjectifs donneraient donc une direction à

l'interaction autant au niveau moment-par-moment qu'aux niveaux intra-séance et intra-traitement (Lyons-Ruth, 2000; Stern, Sander et coll., 1998).

1.2.5.7.2 L'interaction thérapeutique est indéterminée

Malgré l'émergence de directions, l'interaction thérapeutique demeurerait indéterminée, donc imprécise et imprévisible. Dans le processus d'avancer-ensemble, on ne sait pas exactement ce qui va se passer ni quand ça va se passer (BCPSG, 2005a). Thérapeute et client ont beau aborder le traitement en ayant en tête dès le départ une idée générale des objectifs thérapeutiques visés, ils ne peuvent pas savoir spécifiquement ou en détails ce dont ils auront besoin ensemble pour atteindre leurs buts, d'autant plus que le but n'est pas toujours clair et peut changer sans avertissement (BCPSG, 2013). Tout ce qui se passe en séance n'est pas nécessairement imprévisible (p. ex. : le thérapeute peut avoir en tête qu'il souhaite aborder le retard du client), mais même lorsque le sujet général de la conversation est clair, la forme exacte de l'échange reste imprévisible (BCPSG, 2005a).

1.2.5.8 Accrochages et ruptures de direction dans le processus d'avancer-ensemble

Chercher, trouver et suivre une direction impliquerait plusieurs initiatives exploratoires et hésitantes, des connexions manquées, des répétitions, des accrochages (erreurs, malentendus, désaccords), des ruptures et des réparations, qui donneraient un caractère d'« imprécision » (*sloppiness* en anglais) aux interactions (BCPSG, 2005a). Comme l'intention est inférée et non pas observée, elle peut être mal inférée, sans compter que la poursuite d'un but intersubjectif n'implique pas nécessairement que les partenaires de l'interaction soient toujours d'accord, toujours bien compris l'un de l'autre, ou que le chemin menant à l'atteinte de ce but soit clair, net et direct.

Lorsqu'une intention est mal inférée ou lorsque des désaccords émergent entre les intentions de chacun, des accrochages ou des ruptures sont susceptibles de survenir dans le processus d'avancer-ensemble, qui vont nécessiter réparation et réorientation.

Comme l'interaction n'est pas scriptée, les interactions peu ajustées sont inévitables, ce qui requiert une certaine tolérance de part et d'autre aux échecs d'accordage et à l'ambiguïté inhérente aux processus d'inférence et de dévoilement d'intentions (BCPSG, 2002).

Un accrochage se produirait lorsque des désaccords surviennent quant aux directions que thérapeute et client veulent prendre, lorsque le thérapeute ou le client infère mal l'intention du partenaire ou lorsque le thérapeute ou le client vit des incompréhensions ponctuelles face à ce que le partenaire dit ou fait. Une rupture se produirait lorsqu'il y a coupure du lien (temporaire ou non) entre thérapeute et client, notable dans des manifestations d'affects négatifs durables (intra-séance), des stratégies de retrait ou d'évitement de l'interaction, ou encore un désengagement de la relation à long terme. Les tentatives de réparation des ruptures et de clarification des accrochages seraient cruciales à la poursuite du traitement (BCPSG, 2002).

L'imprécision (*sloppiness* en anglais) serait une propriété inhérente au dialogue intersubjectif entre deux personnes au niveau local (BCPSG, 2005a). Elle découlerait de l'indétermination propre au processus co-créatif entre deux sources indépendantes de subjectivité et d'agentivité qui tentent de s'approprier, se connaître et s'ajuster ensemble.

La co-créativité implique que ce qui émerge de l'interaction n'existait pas avant sous une forme pré-spécifiée ou prédéterminée, et ne pouvait pas être complètement prévu par l'un ou l'autre des deux partenaires. La surprise ferait donc aussi partie du processus co-créatif d'avancer-ensemble (BCPSG, 2002, 2005a).

Il est à noter que pour que l'indétermination des interactions ne devienne pas chaotique et puisse être utilisée d'une manière qui soit co-créative, il semble important qu'elle se produise à l'intérieur d'une dyade thérapeutique qui fonctionne bien (BCPSG, 2005a).

C'est le cas quand une dyade a établi un cadre, des règles, des contraintes, et a ciblé une direction clinique globale sans toutefois faire preuve de rigidité dans l'adhésion au cadre, aux règles et à la direction ciblée. Chaque dyade aurait son propre cadre, ses propres règles, ses propres directions.

Afin de soutenir leur propos, le BCPSG (2005a) fait une analogie : l'imprécision est à une psychologie à deux personnes ce que l'association libre est à une psychologie à une personne. Les deux seraient selon le groupe des éléments improvisés qui ont besoin d'un cadre pour pouvoir déployer leur potentiel thérapeutique. Mais alors que les associations libres émaneraient de réseaux de significations intrapsychiques préexistants (et mèneraient à ceux-ci), l'imprécision des interactions n'émergerait pas d'une organisation préétablie. Elle serait plutôt le fait de l'activité intersubjective co-créative d'une dyade orientée vers un ajustement dyadique accru, sans toutefois que les formes d'interaction dyadiques soient préexistantes entre eux ou chez l'un ou l'autre des deux partenaires. L'imprécision, tout comme l'association libre, ne pourrait être utilisée de manière créative que lorsqu'elle se produit à l'intérieur d'une dyade qui fonctionne bien. Sans la direction et les contraintes du système dyadique que représentent client et thérapeute, les éléments « improvisationnels » pourraient difficilement être porteurs (BCPSG, 2005a).

L'attitude d'ouverture et de tolérance du thérapeute à l'imprécision et à l'imprévisibilité du processus thérapeutique serait nécessaire à l'émergence réussie de directions partagées et de moments de rencontre avec le client, donc nécessaire au succès du traitement (BCPSG, 2005a). Cette attitude lui permettrait de demeurer ouvert à la subjectivité du client et de tenir compte de sa complexité psychique. Cette attitude est aussi ce qui lui permettrait de saisir les opportunités d'accordage affectif (moments-maintenant).

1.2.5.9 Prévenir une vue dichotomique de l'acte et du mot : l'être humain et son esprit incarné (*embodied mind*)

Certaines précisions sont à apporter afin de prévenir une vue trop dichotomique des domaines implicites et explicites (BCPSG, 2007). Le groupe de Boston souligne que les écrits de Freud ont eu une influence importante sur le point de vue dichotomique de l'acte (que l'on pourrait faire correspondre à l'implicite) et du mot (que l'on pourrait faire correspondre à l'explicite). Il avance (BCPSG, 2007) que pour Freud, acte et mot constituaient deux modes d'expression dichotomiques et alternatifs. De cette hypothèse aurait découlé le point de vue selon lequel l'action et la verbalisation sont des phénomènes discrets et séparables. Le BCPSG (2007) voit une influence notable de cette position dans la technique analytique, qui fait de l'interprétation son cheval de bataille, positionne la parole comme élément curatif en soi (« cure par la parole »), base l'interaction thérapeutique sur la reconstruction narrative verbale du passé permettant une compréhension réflexive et symbolisée de celui-ci (« rendre l'inconscient conscient ») et vise à limiter la survenue d'agirs dans le bureau du thérapeute, voyant l'acte comme un échec de la mise en mots (BCPSG et Nahum, 2008a).

Or, s'appuyant sur les études développementales, le BCPSG avance que l'hypothèse de départ de Freud était erronée : l'acte et le mot ne seraient pas des modes d'expression alternatifs et dichotomiques. L'humain aurait plutôt un esprit incarné (*embodied mind* en anglais) (BCPSG, 2013, 2018a; BCPSG et Nahum, 2008a; Bruschweiler-Stern et coll., 2007).

La notion d'esprit incarné (Damasio, 1999; Lakoff et Johnson, 1999; McNeil, 2005) réfère à l'idée selon laquelle tout contenu sémantique serait en effet ancré dans un contexte relationnel affectif implicite. Le sens inféré de ce contenu sémantique ne pourrait être adéquatement saisi que s'il y a prise en compte du niveau implicite de la communication (les signaux d'intentions et d'affects). Les mots prendraient ainsi un sens dans un contexte interpersonnel et c'est la connaissance implicite partagée,

élaborée avec le partenaire de l'interaction, qui nous permettrait petit à petit d'émettre des inférences de plus en plus justes sur le sous-texte du contenu sémantique (BCPSG, 2010).

Le verbal émergerait du niveau primaire de l'interaction; l'explicite émergerait de l'implicite (BCPSG et Nahum, 2008a). Mais il n'émergerait pas pour ensuite se développer de manière complètement indépendante. Le verbal continuerait d'être ancré dans le domaine relationnel implicite. L'explicite et l'implicite ne seraient donc pas un duo d'instruments séparés ou deux modes d'expression alternatifs et dichotomiques. L'un émergerait en s'appuyant sur l'autre, les deux s'ancrant dans le même niveau primaire de l'interaction vécue (BCPSG et Nahum, 2008a).

Des démonstrations empiriques ont été faites de l'intrication entre le mot et l'expérience perceptivo-motrice (Lakoff et Johnson, 1999). Elles suggèrent que les concepts qui ont des étiquettes verbales sont non seulement traités dans les aires langagières du cerveau, mais également, simultanément et en parallèle, dans les aires perceptuelles et motrices associées au concept en question. Les mots ne seraient donc pas des symboles désincarnés. Ils auraient un pouvoir évocateur car au contraire ils s'inscriraient et se vivraient dans le corps (BCPSG, 2018a; BCPSG et Nahum, 2008a). De cette façon, il serait impossible de penser sans la participation directe de notre corps et, inversement, agir serait l'expression d'une intention mentale (BCPSG, 2018a; BCPSG et Nahum, 2008a; Clark, 1997; Damasio, 1999; Hobson, 2002; Lakoff et Johnson, 2000; Sheets-Johnstone, 1999; Varela et coll., 1993).

Les métaphores primaires sont un exemple de concept implicite non verbal fondamental portant sur soi-même, les autres et le monde et renvoyant à des manières sensorimotrices d'expérimenter le monde et de se le représenter. Elles sont définies comme étant des modèles mentaux incarnés (*embodied mental models* en anglais) qui dérivent de l'expérience sensorimotrice d'être dans le monde réel, avec des gens réels,

qui ont chacun des intentions propres qui peuvent fréquemment être bien inférées. Si l'on exemplifie le propos, les mots « moins » ou « plus » renvoient à l'idée de devoir poser notre regard vers le bas ou vers le haut. Le jugement posé sur l'aspect de « quantité » contenu dans ces mots nous renvoie à une expérience sensorimotrice de verticalité (BCPSG et Nahum, 2008a). Le concept corporel est activé quand le mot est utilisé, ou bien le mot peut être activé lorsque les schémas sensorimoteurs sont activés. Donc, quand nous évoquons dans notre discours des métaphores primaires, notre expérience est autant corporelle que verbale. Cela amène le BCPSG et Nahum (2008a) à formuler que l'expérience non verbale primaire est sensorimotrice. Pour poursuivre avec l'exemplification, l'expression « Notre relation s'est rendue jusque-là, puis nous avons cessé d'avancer ensemble et nous avons poursuivi notre chemin chacun de notre côté » serait associée à la métaphore primaire suivante : « Les relations sont des traversées (*journeys* en anglais) », dont l'expérience sensorimotrice de base qui lui est associée correspond à un déplacement à travers l'espace. L'expression « Il aura éventuellement du succès, mais il n'est pas encore rendu là. » renvoie à la métaphore primaire « Un objectif est une destination ¹². » dont l'expérience sensorimotrice primaire qui lui est associée correspond à l'atteinte physique d'une destination. Selon le BCPSG et Nahum (2008a), les métaphores primaires tendent à indiquer que l'expérience sensorimotrice serait « la mère » du langage.

1.2.5.9.1 Appui neurobiologique apporté par le fonctionnement des neurones-miroirs à la thèse de l'esprit incarné et à la compréhension de l'intersubjectivité

La découverte des neurones miroirs dans les années 1990 (Di Pellegrino et coll., 1992; Fadiga et coll., 1995) vient bouleverser notre compréhension des phénomènes

¹² Les exemples de métaphores primaires et leurs explications sont tirés de Lakoff and Johnson (1999, p.52-53).

interpersonnels tels l'empathie, l'imitation, l'intersubjectivité, les états mentaux partagés, les processus de régulation dyadique et d'accordage affectif, ainsi que la communication humaine de manière générale (BCPSG, 2018a; BCPSG et Nahum, 2008a; Gallese et coll., 1996; Schore, 1994; Rizzolatti et coll., 1996).

Les travaux sur les neurones miroirs, situés à un endroit adjacent aux neurones moteurs, apportent un appui empirique à la thèse de l'esprit incarné (BCPSG et Nahum, 2008a). Les conclusions issues de ces travaux impliquent que nous faisons l'expérience, automatiquement et hors du niveau de la conscience, de sensations corporelles et d'états émotionnels correspondant à ceux observés chez une autre personne (Gallese, 2014; Iacoboni et coll., 1999; Wicker et coll., 2003). Cette expérience s'opèrerait en activant dans notre cerveau les réseaux neuronaux affectifs et sensorimoteurs correspondants aux affects et intentions observés, et ce, sans avoir à proprement imiter les actions de cette autre personne (Bastiaansen et coll., 2009; Carr et coll., 2003; Decety et Chaminade, 2003; Decety et Meyer, 2008; Decety et coll., 2008; Gallese, 2001; Iacoboni, 2005; Singer et Lamm, 2009; Singer et coll., 2004; Wicker et coll., 2003). En effet, les systèmes miroirs seraient constamment en train d'enregistrer des micro-versions des mouvements et affects de ceux qui nous entourent, de sorte que nous serions toujours en train de « porter » ou d'« essayer » les patrons de mouvements, les expressions faciales, les affects et les intentions des autres (BCPSG, 2018a). Nous expérimenterions donc constamment les actions et les états du corps d'autrui, de même que ses intentions et émotions sous-jacentes, comme si c'était nous qui les faisons ou qui les ressentions. Bien que lié à l'empathie, ce processus neurologique impliqué dans les phénomènes intersubjectifs semble toutefois différent, car il se produirait de manière non consciente (BCPSG, 2018a).

1.2.5.10 La connaissance relationnelle implicite est psychodynamique

Les travaux du BCPSG apportent un nouvel éclairage à différentes notions tirées des écrits théorico-cliniques en psychanalyse, notamment les notions de conflit, de défense,

d'intrapsychique, de sens psychodynamique, d'identification à l'analyste et de technique analytique. Ce nouvel éclairage mène à un recadrage conceptuel des notions fondamentales à la compréhension de la psyché humaine, des relations humaines et du processus de changement psychothérapique (Bruschweiler-Stern et coll., 2007).

L'intention, ce serait le sens psychologique et psychodynamique fondamental. Avoir une intention, ce serait avoir un sens (*to mean* en anglais) (BCPSG et Nahum, 2008a). Ce sont les séquences d'intentions qui donneraient au comportement humain son existence psychologique, sa cohérence, son sens (BCPSG et Nahum, 2008a; Sander, 1995). De cette façon, le sens psychodynamique pourrait être créé et mis en acte à travers des processus non symbolisants (Bruschweiler-Stern et coll., 2007), le sens relationnel implicite primant sur le cognitif, autant en termes d'historique d'apparition qu'en termes d'importance.

L'intrapsychique, ce seraient au final toutes ces expériences interactionnelles qui sont représentées au niveau implicite (Bruschweiler-Stern et coll., 2007). L'intrapsychique émergerait de l'interpersonnel. Qui plus est, il n'y aurait pas d'intrapsychique séparé de l'interpersonnel. Par exemple, le conflit et la défense intrapsychiques émergeraient de l'interactionnel, car ils se structureraient initialement dans le domaine implicite (Bruschweiler-Stern et coll., 2007; Tronick, 1998).

L'idée d'un conflit entre les structures tripartites de l'appareil psychique est ici recadrée dans une perspective dyadique, dans laquelle ce sont les conflits entre les intentions du Self et celles des figures d'attachement significatives qui sont représentés au niveau intrapsychique dans les CRI (Bruschweiler-Stern et coll., 2007). De la même façon, l'idée d'une défense opérée suite à l'activation d'un élément intrapsychique conflictuel est recadrée dans une perspective relationnelle, où ce sont les « règles » implicites sur la manière d'« être ensemble » avec une figure d'attachement qui dictent les attentes quant aux affects qui peuvent s'exprimer ouvertement dans la relation ou qui doivent

plutôt l'être sous des formes distordues ou déplacées (donc des formes défensives) (Bruschweiler-Stern et coll., 2007; Lyons-Ruth, 1999). Par exemple, si des affects haineux produisent des attaques hostiles, une dévalorisation intense, de l'humiliation ou un retrait de la part du parent, il est probable que ces affects soient non seulement exclus du dialogue et du champ relationnel avec lui, mais aussi des pensées du sujet si les interactions avec le parent sont fréquentes (Bruschweiler-Stern et coll., 2007). Le conflit et la défense feraient ainsi partie de la connaissance relationnelle implicite.

Les chercheurs s'intéressant aux comportements d'attachement sont parvenus, peut-être plus ou mieux que tout autre groupe (Kernberg, 2011), à faire la démonstration de l'importance de l'interactionnel dans l'émergence du conflit et de la défense. Les comportements défensifs de l'enfant entourant ses besoins d'attachement font précisément la démonstration de la localisation implicite des processus défensifs (Bruschweiler-Stern et coll., 2007; Lyons-Ruth, 1999). Par exemple, dans la *Situation étrange*, les enfants sont en conflit et se comportent défensivement (Ainsworth et coll., 1978). Ils ont implicitement appris à connaître la meilleure stratégie relationnelle à adopter lorsqu'ils se trouvent en besoin de réconfort et de sécurité. Ils l'appliquent au moment de la réunion avec le parent. Cette stratégie d'adaptation (une stratégie défensive) implique pour certains enfants des comportements ambivalents lors de la réunion avec le parent, tels tendre les bras vers lui, mais se débattre pour redescendre dès que le parent répond à la demande de réconfort (Ainsworth et coll., 1978; Bruschweiler-Stern et coll., 2007). Pour d'autres enfants, la stratégie défensive devient plutôt d'éviter le parent lors de la réunion et de faire comme si la séparation ne l'avait pas affecté. Si le parent a l'habitude de tenter d'empêcher par des actions relationnelles implicites l'avènement de contacts physiques chaleureux et d'échanges acceptants avec son enfant lorsque celui-ci recherche du réconfort, l'enfant peut en venir à intérioriser ces stratégies interactionnelles (par exemple, sous la forme d'un processus de résistance profonde à demander de l'aide) et les mettre lui aussi implicitement en acte pour empêcher ces mêmes formes de dialogues chaleureux et acceptants entre lui et

son parent, puis entre lui et d'autres personnes significatives (Ainsworth et coll., 1978; Bruscheiler-Stern et coll., 2007).

Le conflit et la défense seraient aussi notables dès la première année de vie (Beebe et coll., 2000; D. N. Stern, 1971, 1977). Par exemple, face à une mère surstimulante, le bébé peut être en conflit. D'une part, il peut vouloir la rejoindre dans l'interaction, mais d'autre part, comme le comportement de la mère n'est pas ajusté à l'état dans lequel il se trouve, il peut vouloir se retirer de l'interaction (p. ex. : en détournant le regard) pour éviter de tomber en état de détresse (Bruschweiler-Stern et coll., 2007).

À la lumière du recadrage conceptuel opéré vers une psychanalyse relationnelle, il apparaît que les interactions qui en viennent à être représentées dans la CRI ont un caractère psychodynamique (Bruschweiler-Stern et coll., 2007). Elles sont non conscientes (mais pas en raison du refoulement), basées dans l'affect et psychologiquement significatives (elles peuvent être représentées sous la forme de conflit ou de défense). De plus, elles s'inscrivent dans une histoire relationnelle (redondance et variabilité des interactions) et détiennent une force motivationnelle (une direction, une intention). Selon le BCPSG (Bruschweiler-Stern et coll., 2007), l'interactionnel *est* psychodynamique.

Il semble que la conception psychanalytique traditionnelle posait la distinction surface/profondeur « à l'envers » (Bruschweiler-Stern et coll., 2007). Traditionnellement, le conflit et la défense sont considérés être les déterminants de ce qui se passe au niveau interactionnel, celui-ci étant à la surface, mais rempli de forces profondes telles la défense et le conflit (Kernberg, 2011). Or, le conflit et la défense seraient en fait, pour le BCPSG (Bruschweiler-Stern et coll., 2007) et d'autres adeptes de la psychanalyse relationnelle-interpersonnelle (Kernberg, 2011), des abstractions langagières utiles dérivées du niveau primaire des interactions dyadiques. La couche profonde de l'expérience serait celle de l'interaction, caractérisée par des mouvements

relationnels implicites (intentions). Et ce serait le processus interactionnel implicite qui génèrerait le matériel brut à partir duquel nous tirons les abstractions appelées conflit et défense (Bruschweiler-Stern et coll., 2007). En effet, le BCPSG souligne que lorsqu'on observe une interaction, ce que l'on voit, ce ne sont pas des fantasmes inconscients ou des désirs œdipiens, mais bien des mouvements relationnels dans l'ici et maintenant (p. ex. : éviter de répondre aux affects d'attachement exprimés par le partenaire ou lutter pour ignorer la direction dans laquelle le partenaire veut aller) à partir desquels les interprétations sont tirées (BCPSG, 2002; Bruschweiler-Stern et coll., 2007; Stern, Sander et coll., 1998). Ce sont ainsi les mouvements relationnels du patient (p. ex. : un regard, un silence, un soupir, une montée de pleurs, un changement de posture, une crispation, un « non », un « oui ») qui mèneraient l'analyste à interpréter ses conflits et ses défenses.

Traditionnellement, la psychanalyse était vue comme consistant en un traitement dont l'action thérapeutique était basée sur l'échange de mots (rendre l'inconscient conscient). Le sens psychodynamique était un sens symbolisé, réfléchi, verbalisé, interprété, cognitif. Or, cette vision est peut-être erronée (Bruschweiler-Stern et coll., 2007). Les sens relationnels implicites sont peut-être encore plus fondamentaux à la compréhension de l'action thérapeutique implicite en psychanalyse. La conception proposée par le BCPSG privilégie l'interaction à l'abstraction, l'affectif-relationnel à la sémantique-symbolique (BCPSG et Nahum, 2008a; Bruschweiler-Stern et coll., 2007).

En outre, le BCPSG (2010, 2018a) révisé la conception des mécanismes qui mènent à une capacité accrue de faire alliance et d'interagir adéquatement avec autrui. Ils reconnaissent que la capacité de collaborer de manière fluide avec les autres est un but central du développement humain ainsi qu'un but explicite et implicite des traitements psychanalytiques. Pour le BCPSG (2018a), cela devient possible seulement dans le contexte d'une relation engagée avec quelqu'un avec qui on peut partager nos vues du

monde et de soi, en profondeur, dans le cadre d'un lien qui est nourri à travers une longue période. L'engagement relationnel dans la durée avec un thérapeute qui est investi favorablement ne permet pas de copier des contenus mentaux du thérapeute, d'assimiler ses croyances ou ses attitudes, ou encore de s'identifier à lui. Cela permettrait plutôt de créer de l'espace mental pour ressentir et intégrer les orientations affectives positives et nuancées du thérapeute face à notre Self, ce qui résulterait en de nouvelles capacités, plus diverses et plus fluides, pour se réguler et pour initier et entretenir des relations collaboratives avec autrui impliquant la co-crédation de directions partagées (BCPSG, 2010, 2018a). Le but d'identification au thérapeute est ici remplacé par un but de développement de la capacité de « traverser autrui » et d'être « traversé par autrui », c'est-à-dire de participer à des expériences de contact avec la subjectivité d'autrui en engageant notre corps (BCPSG, 2018a). Le but d'identification au thérapeute est aussi remplacé par un but de développement de la capacité de s'engager dans des échanges sur des thèmes de plus en plus intimes et conflictuels sur notre manière de nous représenter les relations (BCPSG, 2018a).

Le modèle du BCPSG met en évidence la nature profondément relationnelle du psychisme humain. Dès lors, l'intention peut difficilement apparaître fixée dans le psychisme d'un seul individu. En effet, l'intention serait plutôt une propriété émergente du système dyadique composé des deux individus en interaction (BCPSG, 2005a). Les intentions émergeraient en tant que directions partagées co-crédées et négociées moment-par-moment dans le processus relationnel implicite d'avancer-ensemble (BCPSG, 2010; Stern, Sander et coll., 1998). La croissance psychologique surviendrait donc principalement en termes d'expansion développementale des capacités relationnelles plutôt qu'en termes d'intégration de contenus mentaux préexistants (BCPSG, 2018b; Tronick, 1998, 2001).

Si nous résumons l'ensemble des apports du groupe de Boston, nous faisons le constat que le modèle théorique proposé invite à une reconceptualisation de la théorie de

l'action thérapeutique. Le groupe ajoute à l'idée d'une technique basée sur la symbolisation et la verbalisation des processus psychodynamiques celle d'une technique d'abord basée sur les processus relationnels implicites non symbolisés et non verbalisés remaniant implicitement les processus psychodynamiques intrapsychiques. Au but thérapeutique de réorganisation des connaissances déclaratives explicites grâce à l'interprétation verbale (rendre l'inconscient conscient) s'ajouterait un but de réorganisation co-créative des connaissances relationnelles implicites (non conscientes) grâce au moment de rencontre, qui n'aurait pas besoin d'être verbalisé ou expliqué pour que son impact transformateur ait lieu. Les interprétations du thérapeute peuvent parfois porter sur certains aspects de la CRI du patient (p. ex. : son transfert), et certains changements vécus implicitement dans les CRI pourraient mener à une interprétation. Ainsi, les deux événements transformateurs surviendraient de manière parallèle, mais aussi entrelacée, ne serait-ce que du fait que le processus thérapeutique implique inévitablement de travailler simultanément aux niveaux cognitifs, affectifs et de mise en acte. À noter toutefois que pour le BCPSG, la majorité des actions transformatrices et des changements en thérapie impliquent le domaine des CRI (Stern, Bruschiweiler-Stern et coll., 1998; Stern, Sander et coll., 1998), qui est ancré dans l'émotion et l'interaction.

1.2.6 L'intérêt théorico-clinique suscité par le modèle du BCPSG

Depuis la parution des premiers écrits du groupe à la fin des années 1990, d'autres que nous ont tenté de poursuivre les efforts de théorisation, d'exemplification et de recherche (principalement qualitative) sur le processus de changement psychothérapeutique en s'inspirant de différents concepts du modèle.

1.2.6.1 L'étude de l'expérience subjective des thérapeutes durant les moments de rencontre ou durant les moments-maintenant

Certains chercheurs ont procédé à l'étude de l'expérience subjective de thérapeutes durant les moments de rencontre ou les moments-maintenant, principalement par le

biais d'entrevues qualitatives (Macaskie, 2017; Romanelli, Moran et Tishby, 2019). Ces efforts de recherche ont permis de mettre en évidence différents marqueurs signalant ces moments, notamment : (a) divers types de moments favorisant la connexion intersubjective (moments « improvisationnels », moments de rencontre, moments de rencontre réflexifs liant la pensée et le ressenti, moment de centration sur un intérêt commun) (Macaskie, 2017; Romanelli, Moran et Tishby, 2019); (b) le sentiment chez les thérapeutes d'être transformés par ces moments (Macaskie, 2017); et (c) la prise de conscience chez les thérapeutes d'un aspect nouveau et surprenant de leur Self (Romanelli et coll., 2019) avec lequel ils peuvent apprendre à « jouer » afin d'expérimenter plus encore leur liberté relationnelle (D.B. Stern, 2013) et mieux entrer en contact avec la subjectivité unique de leur client (Romanelli et coll., 2019).

1.2.6.2 Les vignettes cliniques illustrant les moments de rencontre

Différents écrits de cliniciens s'inspirant des travaux du groupe ont permis le partage de vignettes cliniques illustrant l'intensité de la connexion affective durant des moments de rencontre avec leurs clients. Par exemple, certains auteurs traitent de la confluence dans l'image mentale qui surgit à l'esprit du client et de l'analyste durant un moment de rencontre (Tessman, 2019), de l'espoir emballant et de l'intensité affective vive ressentis par la dyade suite ou durant un moment-maintenant, surtout lorsqu'une intervention est formulée de manière imagée (Helm, 2004); de la franchise spontanée emballante durant les moments de rencontre et de leur pouvoir transformateur de la représentation de soi et d'autrui (Beeler, 2018); de l'affection et de l'intimité ressenties entre patient et thérapeute durant les moments de rencontre (Lord, 2018); de l'appréciation esthétique du moment de rencontre (Winborn, 2018); du sentiment d'étrangeté et d'inconfort suivant un moment-maintenant caractérisé par un commentaire provocateur de la part du client entraînant une rupture d'alliance, puis de la nécessité de préserver ou de retrouver une posture empathique propre à l'approche de la psychologie du Soi afin qu'un moment de rencontre s'ensuive (Davis, 2018); du

rôle du moment de rencontre pour jeter un nouvel éclairage sur des états dissociés de honte chez les patients atteints de pathologies du narcissisme et des nouveaux états dyadiques qui émergent ensuite dans la dyade thérapeutique (DeYoung, 2018; Stern, 2017; VanDerHeide, 2012); des moments de rencontre qui émergent dans les dyades formées avec un client schizophrène (Rogan, 2000), avec un jeune patient (Gotthold et Sorter, 2006) ou en contexte thérapeutique de groupe (Weiss, 2018). D'autres auteurs encore traitent de la pertinence que le thérapeute sache utiliser l'humour comme habileté témoignant de son agilité affective et relationnelle afin de saisir thérapeutiquement les moments-maintenant pour favoriser le partage avec le client d'un état affectif-intentionnel qui permette une connexion (Irving, 2019).

1.2.6.3 Les nouveaux concepts développés sur la base des écrits de Daniel Stern et Louis Sander

Les travaux des développementalistes Daniel Stern et de Louis Sander ont également donné lieu à l'émergence de nouveaux concepts théoriques qui se veulent être en continuité avec la pensée des deux développementalistes pour ajouter aux efforts de compréhension de la relation thérapeutique et des moments d'intensité affective qui émergent au sein de la dyade. Notamment, Reis (2018) a élaboré le concept d'« être avec » (*being with* en anglais), qui réfère à la condition d'exister comme humain ayant un esprit incarné ainsi qu'à la manière dont l'enfant préverbal organise les connaissances relationnelles qu'il développe dans ses interactions avec autrui. Ringstrom (2007) ajoute quant à lui à la compréhension psychanalytique moderne du moment présent en psychothérapie, en s'intéressant à ce qu'il appelle les « moments improvisationnels » et à leur rôle dans les moments d'intersubjectivité bidirectionnelle (p. ex. : « Je sens que tu sens que je sens... ») où l'individualité et l'affectivité des deux partenaires dyadiques sont accrues, ce qui permet la co-création d'un inconscient relationnel pouvant agir comme tiers. Cambray (2018) traite du « moment de complexité » qui élargit le concept de moment de rencontre pour y inclure les expériences de synchronicité inspirés de l'approche jungienne. Fosha (2018) propose

que les moments de rencontre soient définis comme tout moment évoquant un déclic de reconnaissance qui résulte en un changement d'état, que ce soit entre le Self et autrui, entre le Self et le Self, entre l'expérience et la représentation, ou encore entre le Self et le processus. Fosha propose aussi un nouveau modèle thérapeutique, soit la psychothérapie dynamique expérientielle accélérée, qui se centre sur la facilitation des moments de rencontre. Le concept de « moment interne de rencontre » (Ginieri-Coccosis et Vaslamatzis, 2012) est également développé en continuité avec les écrits du BCPSG afin de mieux comprendre les moments d'états mentaux partagés lorsque des contenus non représentés d'une expérience traumatique du client font collusion avec une expérience traumatique significative vécue par l'analyste. Cette collusion favoriserait un accroissement de l'engagement affectif au sein de la dyade, qui partage alors des sensations, pensées et émotions douloureuses ainsi qu'une sorte de proximité fantasmatique où des images mentales similaires émergent chez le client et le thérapeute. L'activation bilatérale de contenus internes traumatiques au sein de la dyade agirait alors de manière à aider à contenir l'expérience du client.

1.2.6.4 Repenser les interactions dyadiques grâce au modèle du BCPSG

Certains auteurs soulignent la pertinence du modèle du groupe pour mieux comprendre les mécanismes de changement ainsi que l'unicité et la complexité des processus thérapeutiques (Fisch, 2011; Fonagy, 1998; Gotthold et Sorter, 2006; Stern, 2017). D'autres s'intéressent spécifiquement à la pertinence et à l'origine des concepts de moment de rencontre (Davis, 2018; DeYoung, 2018; Gotthold et Sorter, 2006; Fonagy, 1998; Fosha, 2018; Ramberg, 2006; Shapiro, 2018); de moment présent et de moment-maintenant (Ramberg, 2006); d'imprécision des interactions créée par la disjonction entre communications implicites et explicites (Knoblauch, 2008; Ramberg, 2006); de mises en acte ou d'agirs au sein de la dyade thérapeutique (Goldin, 2018); de la dyade mère-enfant comme système caractérisé par une régulation dyadique des états mentaux (Nahum, 1994); d'ajustement dyadique progressif et de processus de reconnaissance

(Benjamin, 2002; Fisch, 2011; Stern, 2017). D'autres encore soulignent la pertinence des écrits de Louis Sander et de Daniel Stern pour mieux comprendre le type d'interactions dyadiques parent-enfant qui favorisent le développement de pathologies sociales chez les jeunes enfants (Gaensbauer, 2016).

Le lecteur pourrait avoir compris que nous partageons cet intérêt pour le modèle et ses extensions. Nous avons donc souhaité inscrire notre travail de recherche dans cette mouvance, ce dont nous allons maintenant traiter.

1.3 Questions et objectifs de recherche

À la source de ce projet doctoral, nous nous sommes demandé comment utiliser le modèle théorique du BCPSG pour *étudier, évaluer et mesurer* le changement au sein des dyades client-thérapeute qui travaillent ensemble suivant les principes des approches relationnelles-intersubjectives? Cette question primaire évoquait un autre questionnement plus précis relatif à la mesure du changement en psychothérapie psychodynamique : comment mesurer les mécanismes relationnels implicites du changement (moments-maintenant, moments de rencontre, efforts constants et mutuels de co-régulation affective au sein de la dyade) qui favoriseraient le maintien d'une relation thérapeutique de qualité? Nous souhaitons faire un premier pas pouvant apporter des éléments de réponse à ces questions (a) en construisant une mesure observationnelle du processus de changement inspirée des travaux du BCPSG; et (b) en procédant aux premières étapes de validation de notre mesure.

Le but de notre thèse a donc été de développer l'échelle d'*Évaluation de la qualité du processus d'avancer-ensemble* (ÉQUAPA), et d'en étudier les qualités psychométriques touchant deux aspects essentiels : fidélité et validité. Nous avons cherché à tester la fidélité interjuges de l'ÉQUAPA, sa consistance interne, sa validité de contenu et sa validité de construit.

L'ÉQUAPA s'adresse aux chercheurs qui souhaitent l'utiliser avec des enregistrements vidéo de séances de psychothérapie qui s'inscriraient dans les paramètres cliniques suivants : (a) clientèle adulte avec enjeux de santé mentale divers; (b) en suivi individuel; (c) à court, moyen ou long terme; (d) travaillant suivant les principes des approches psychothérapeutiques relationnelles ou intersubjectives (psychodynamique, humaniste).

1.4 Apports espérés du développement d'une nouvelle mesure de la qualité de la relation thérapeutique

Avant de se lancer dans un projet d'élaboration d'une mesure, nous nous sommes demandé : est-ce qu'une autre équipe de chercheurs a tenté de tester la théorie du BCPSG? Et, si non, existe-t-il des mesures qui pourraient permettre de capturer des construits similaires? Nous souhaitons d'abord évaluer si l'élaboration d'une mesure inspirée du BCPSG apporterait quelque chose de novateur et d'utile au champ. Nous nous sommes donc intéressée aux mesures observationnelles, c'est-à-dire où un témoin externe à la dyade thérapeutique vient évaluer la relation ou le processus thérapeutique grâce à des enregistrements vidéo ou audio de séances de psychothérapie offerts à une clientèle adulte en suivi individuel.

Pourquoi une mesure quantitative observationnelle? Bien sûr, rencontrer en entrevue la dyade ensemble, ou encore le client et le thérapeute séparément, après la séance serait une façon possible d'étudier les moments de rencontre, l'expérience subjective que chacun en a eu, en quoi leurs expériences s'accordent ensemble, ou encore d'étudier l'expérience subjective de la qualité de l'ajustement dyadique dans une séance donnée. Toutefois, il arrive qu'en après-coup, la mémoire du client ou du thérapeute puisse faire défaut, de sorte que certains éléments significatifs caractérisant les moments-maintenant, les moments de rencontre ou l'expérience de la relation thérapeutique dans l'ici et maintenant ne seraient pas capturés. Le moment est passé.

Ou encore, il est possible que le client ou le thérapeute aurait de la difficulté à retracer ce qui s'est passé dans le suivi qui aurait permis qu'un moment de rencontre émerge ou qu'une séance moins bien ajustée ou mieux ajustée émerge. L'avantage du cotateur observant la séance, c'est qu'il n'aurait pas besoin de reconstruire en après-coup ce qui s'est passé, sans compter qu'il aurait probablement accès aux séances précédentes, lui permettant ainsi au besoin de faire l'étude assidue de l'évolution du processus.

Nous avons aussi été confortée dans cette idée d'utiliser des cotateurs externes par les travaux de Daniel Stern sur les bébés, qui ont permis de mettre en évidence que :

Nous sommes capables de "lire" les intentions des autres et de ressentir ce qu'ils ressentent. Non pas d'une manière mystique, mais en observant leur visage, leurs mouvements, leur posture, en entendant le ton de leur voix, et en remarquant le contexte immédiat de leur comportement. Nous sommes assez doués pour cette "lecture mentale", même si nos intuitions ont besoin d'être vérifiées et précisées [...]. Les autres ne sont pas seulement un autre objet, mais ils sont immédiatement reconnus comme un genre d'objet spécial, un objet comme nous, c'est-à-dire un sujet disponible pour partager des états internes. En fait, notre esprit s'efforce naturellement de chercher chez l'autre des expériences trouvant un écho chez nous. (Stern, 2004, p. 98-99)

Ses travaux nous permettent de cultiver l'espoir que des observateurs puissent poser des jugements valides sur l'ajustement de la dyade. De plus, la démonstration empirique a été faite que les gens ont des capacités qui leur permettent de reconnaître rapidement des caractéristiques subtiles et complexes chez autrui et les subtilités des interactions entre humains (Brennan, 2004; Fischer et Manstead, 2008; Frijda, 2007). Cela suggère que les humains peuvent être de bons 'instruments' pour faire des observations sur les interactions sociales, notamment sur la psychothérapie (Ulvenes et coll., 2012). Toutefois, ils demeurent des instruments imparfaits, car ils développent des systèmes idiosyncratiques pour comprendre les humains, ce qui peut rendre les inférences variables d'un juge à l'autre (Boyer et Barrett, 2005; Smedslund, 2009). C'est pourquoi ils doivent être entraînés pour utiliser leurs habiletés perceptuelles de

manière à repérer des construits d'un modèle théorique précis. La formation des juges à une mesure permettrait ainsi que les états socio-affectifs observés soient reconnus de manière constante d'un juge à l'autre. Bien que les humains demeurent toujours des instruments faillibles même une fois entraînés, une étude de Ulvenes et ses collaborateurs (2012) tend à indiquer que la variabilité des scores interjuges est plus souvent due aux différences entre les clients ou les dyades évaluées qu'entre les cotateurs, et ce même lorsque deux mesures avec deux systèmes théoriques différents sont cotées en même temps. Ces résultats sont prometteurs pour la qualité des mesures observationnelles en recherche sur le processus psychothérapeutique.

Le Tableau 1.1 recense les mesures observationnelles qui nous sont apparues les plus appropriées pour évaluer divers aspects de phénomènes intersubjectifs complexes s'apparentant aux construits du BCPSG. Nous en dénombrons dix-sept. Nous observons dans ce tableau que certaines mesures de la relation évaluent sa qualité selon les composantes de l'alliance thérapeutique, et d'autres selon la régulation des besoins d'attachement (dépendance vs autonomie, proximité vs distance) du client. Certaines mesures du processus analytique vont quant à elles évaluer sa qualité selon l'accent mis par le thérapeute sur l'analyse du transfert du client, selon l'utilisation flexible par le thérapeute de sa technique (interventions de soutien vs interprétatives) au service du client, ou encore, et c'est là que nous observons les mesures les plus proches de ce que nous souhaitons capturer, selon la qualité des interactions de la dyade client-thérapeute.

Sur ces 17 mesures observationnelles, seulement six pourraient être considérées comme étant ancrées dans la tradition psychanalytique relationnelle-intersubjective (Eubanks et coll., 2019; Gomes-Schwartz, 1978; Luborsky et Crits-Christoph, 1998; O'Malley et coll., 1983; Ulberg et coll., 2016; Waldron, Gazzillo, Genova et Lingiardi, 2013) alors que deux autres sont ancrées dans la littérature sur l'attachement (Mallinckrodt et coll., 2015; Talia et Miller-Bottome, 2017). Bien qu'intéressantes et capturant chacune un aspect essentiel de la régulation affective de la dyade, les deux

mesures inspirées de la théorie de l'attachement sont centrées spécifiquement sur la régulation des besoins d'autonomie et de proximité. Cela est trop pointu pour ce que nous cherchons. Nous souhaitons plutôt évaluer la régulation affective de la dyade en tenant compte d'autres aspects, comme les moments-maintenant, l'augmentation de la profondeur et de l'étendue du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique, ou encore la manière dont la dyade client-thérapeute explore sa relation dans l'ici et maintenant. Quant aux six mesures ancrées dans la tradition analytique relationnelle, là encore, les objets de mesure de trois d'entre elles sont trop pointus pour ce que nous cherchons à capturer. En effet, le *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT : Luborsky et Crits-Christoph, 1998) sert à analyser les composantes (désir, réponses d'autrui, réponses du Self) des patrons relationnels répétés par le client; le *Relational Work Scale* (RWS : Ulberg et coll., 2016) sert à catégoriser les interventions du thérapeute selon qu'elles sont axées sur le transfert ou sur les patrons relationnels du client dans ses relations extra-thérapeutiques; enfin, le *Rupture Resolution Rating System* (Eubanks et coll., 2019) sert à évaluer spécifiquement les ruptures d'alliance et leur résolution par la dyade client-thérapeute.

Ainsi, trois des six mesures relationnelles seraient relativement adéquates pour capturer ce qui nous intéresse. L'une de celles-ci est le *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VTAS : Gomes-Schwartz, 1978), qui permet d'évaluer l'enthousiasme de la dyade, son engagement dans la durée du suivi clinique, l'attitude affective du client envers le thérapeute, ainsi que les autres composantes traditionnelles de l'alliance (collaboration, entente sur les tâches et les buts). Néanmoins, les racines de cet outil dans la littérature sur l'alliance sont manifestes dans la formulation des items, ce qui n'est pas tout à fait cohérent avec l'angle développementaliste et intersubjectif que nous cherchons à adopter. Nous cherchons un outil qui permettrait d'évaluer la qualité de la régulation affective de la dyade en tenant compte des apports des études développementales sur les processus communicationnels d'intentions et d'affects, puis qui tiendrait également compte des apports des intersubjectivistes sur l'importance de co-crée une relation

thérapeutique caractérisée par un engagement affectif authentique réciproque, dans l'ici et maintenant comme dans la durée. Issu des travaux de la même équipe de chercheurs, le *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* (VPPS : O'Malley et coll., 1983) permet d'évaluer les caractéristiques de l'interaction thérapeutique, notamment la présence d'interactions hostiles, l'attitude de chaleur et de gentillesse du thérapeute, la qualité de l'exploration guidée par le thérapeute, le type de détresse observée chez le client ainsi que sa manière de participer à l'exploration en séance. Ici encore, bien que couvrant l'évaluation d'une diversité d'attitudes affectives au sein de la dyade, de même que l'évaluation de l'exploration faite en séance puis de l'évolution du client, la grille d'analyse du VPPS n'est pas tout à fait cohérente avec un angle d'approche développementaliste et intersubjectif. Thérapeute et client sont évalués de manière séparée, sans permettre l'étude d'une régulation affective dyadique réciproque moment-par-moment. Qui plus est, la plupart des concepts intersubjectifs reconnus comme d'importance dans le modèle du BCPSG, tels les moments-maintenant, les moments de rencontre, le processus de reconnaissance, la relation implicite partagée, le champ relationnel, l'engagement affectif authentique réciproque, l'exploration de la relation thérapeutique dans l'ici et maintenant, n'y sont pas pris en compte.

À la suite de notre recension des mesures observationnelles existantes sur le processus et la relation analytiques, il semble que le *Dynamic Interactions Scale* (DIS : Waldron, Gazzillo, Genova, Lingiardi, 2013) soit l'outil qui se rapproche le plus des formulations théoriques du groupe de Boston en évaluant : l'ajustement du thérapeute au client moment-par-moment, la chaleur et le dévoilement du thérapeute, le travail axé sur le fonctionnement relationnel et émotionnel du client, le thérapeute ressenti comme empathique, l'engagement affectif de la dyade perceptible pour le cotateur, l'intégration des prises de conscience sur le fonctionnement du client. Toutefois, cet outil ne s'ancre pas non plus dans une tradition développementaliste. Malheureusement, nous devons mentionner avec déception que le DIS a été publié peu après que notre équipe de recherche eu procédé au choix des mesures visant à évaluer la validité

convergente et divergente de l'ÉQUAPA. Ce manque de synchronie a fait en sorte que nous n'avons pu valider dans la présente thèse à quel point les deux outils sont comparables, ce sur quoi nous reviendrons dans notre discussion générale.

À la suite de notre recension des mesures existantes de la relation et du processus thérapeutiques dans les traitements d'approche relationnelle, nous constatons qu'il existe peu de mesures quantitatives observationnelles qui soient inspirées des courants intersubjectifs et développementalistes. Cela serait dû en partie au fait que les intersubjectivistes remettent en question la valeur de la recherche empirique systématique s'inscrivant dans un paradigme post-positiviste. Différentes raisons sont évoquées, dont la possibilité que l'équipement de recherche (p. ex : caméra vidéo) fasse intrusion dans la relation et le travail thérapeutiques, ou encore la difficulté de capturer l'unicité des interventions analytiques qui sont faites sur mesure pour chaque client et qui sont ajustées à des changements subtils survenant dans l'état affectif du client, du thérapeute ou de la dyade (Bram et coll., 2018; Waldron et coll., 2004). En outre, les intersubjectivistes sont peu intéressés par un moyen d'étudier la clinique qui tendrait vers une vision objective et statistique de la psychothérapie, puis qui tendrait éventuellement vers une vision « normative » des phénomènes intersubjectifs en séance, en raison par exemple de la tendance des chercheurs intéressés par la recherche quantitative à prôner des principes à suivre pour guider l'action thérapeutique. Pour les intersubjectivistes, le développement de connaissances sur le processus et la relation thérapeutiques se ferait plutôt entre les deux personnes d'une dyade thérapeutique donnée. Seule cette forme de connaissances aurait une valeur clinique pour évaluer la qualité des services psychologiques offerts. Mitchell (1997) l'énonce ici : « *The question of clinical knowledge is essential, but it is grounded on the uniqueness of mutual coconstruction, not on the reproducibility of empirical data* ». Dans le calcul de moyennes pour chaque construit mesuré, le risque demeure toujours de perdre quelque chose de la créativité, de la flexibilité et de l'unicité de ce qui se développe au sein d'une dyade en particulier.

Ces préoccupations sont certes légitimes. Néanmoins, à l'heure actuelle dans le champ de recherche sur la psychothérapie, les efforts requis pour démontrer l'efficacité des traitements s'appuient largement sur les instruments de mesure conçus pour évaluer le processus de changement (Ogles, 2013). De sorte que, bien que les outils visant à offrir une évaluation quantitative de l'humain amènent nécessairement une représentation imparfaite de phénomènes subjectifs, intersubjectifs et émotionnels complexes, ceux-ci demeurent une incontournable nécessité pragmatique.

Ainsi, en souhaitant développer une telle mesure, en tentant de voir en quoi une approche relationnelle-intersubjective pourrait ne pas être incompatible avec un effort de mesure quantitatif, nous nous retrouvons en partie en décalage avec les principes prônés par cette approche. Néanmoins, pour nous, il y avait quelque chose d'une valeur pragmatique, voire éthique à créer une telle mesure. En effet, même si les théories relationnelles et intersubjectives sont inspirantes, où les écrits sont emplis de vignettes cliniques pour illustrer comment l'approche produit des effets chez les clients, nous partageons l'avis de Lingardi, Holmqvist et Safran (2016) en affirmant que les clients méritent que l'on se donne des moyens supplémentaires d'étudier si, effectivement, l'approche est efficace. Le fait est que les approches quantitatives sont actuellement valorisées en recherche sur le changement, et que d'un point de vue pratique, c'est par ce type de vocabulaire scientifique que nous avons probablement plus de chances actuellement de promouvoir la valeur des approches relationnelles-intersubjectives auprès des médecins, des compagnies d'assurances et des médias, trois groupes qui cherchent à s'appuyer sur les données probantes; trois groupes qui ont une influence sur l'accessibilité et la reconnaissance des soins psychologiques.

Chaque méthode de recherche a ses failles. Nous avons fait un choix. Nous avons tenté de tolérer la tension inconfortable entre les principes théoriques des approches relationnelles-intersubjectives et ceux de la recherche empirique. Nous avons considéré qu'il valait la peine de tenter de réconcilier les deux si cela pouvait permettre d'avoir

un moyen de plus pour évaluer comment le changement survient en thérapie. D'ailleurs, le Tableau 1.1 nous indique que d'autres que nous ont tenté ces efforts de réconciliation, ce qui nous amène à avoir une certaine confiance en le fait qu'une mesure observationnelle quantitative empirique pourrait permettre de capturer des phénomènes relationnels complexes puis de favoriser le développement de connaissances sur l'efficacité des traitements psychodynamiques.

Encore à ce jour, il n'y a pas de mesure quantitative observationnelle (ni de mesures qualitatives, ni auto-rapportées) de la qualité du processus et des interactions thérapeutiques développée sur la base de modèle relationnel du BCPSG. C'est pourquoi nous sommes d'avis que d'entreprendre une telle démarche permettra d'apporter une contribution originale (et complémentaire) à l'étude du processus psychothérapeutique. Ce faisant, nos efforts devraient contribuer au dialogue scientifique sur l'efficacité thérapeutique, notamment sur l'efficacité des traitements relationnels-intersubjectifs.

Au plan de la pratique, l'ÉQUAPA pourrait aussi éventuellement constituer un outil pédagogique utile en contexte académique ou de supervision, ou encore un outil de développement professionnel pour le clinicien désireux de développer davantage chez lui les attitudes et habiletés relationnelles nécessaires à l'atteinte de moments d'accordage affectif avec ses clients au bénéfice de la thérapie.

Le prochain chapitre rend compte des premières étapes du développement de l'ÉQUAPA, soit l'élaboration de ses items, l'évaluation de leur validité de contenu ainsi que l'évaluation de sa fidélité interjuges et de sa consistance interne. Le chapitre suivant s'attarde quant à lui aux efforts d'évaluation de sa validité de construit.

Tableau 1.1. Les mesures observationnelles du processus et de la relation thérapeutique dans les traitements individuels d'approche psychodynamique auprès d'une clientèle adulte

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Exemples d'items
Relation thérapeutique : Alliance			
<i>Alliance and rupture observation scale</i> (AROS : Larsson et coll., 2019) Cité par 11 ¹³	Alliance et ruptures d'alliance	Client (Q ¹⁴) Dyade (O ¹⁵ , vidéo ¹⁶)	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration sur les tâches intra-séance • Entente sur ce qui doit être mis au travail • Ouverture et réciprocité dans l'interaction • Préoccupation bienveillante sincère de T¹⁷ et ce que C¹⁸ semble en percevoir • Si rupture : Confrontation, Retrait de l'interaction ou Malentendu
<i>Rupture resolution rating system</i>	Ruptures d'alliance et leur résolution	Dyade (O, vidéo)	<ul style="list-style-type: none"> • Marqueurs de ruptures (retrait) : C donne des réponses minimales / C évite de parler des thèmes de travail / C devient docile de manière défensive / Auto-critique ou

¹³ Moteur de recherche pour trouver le nombre de références : Google Scholar

¹⁴ Questionnaire auto-rapporté

¹⁵ Observateur externe agissant comme juge

¹⁶ Cotation d'une séance à l'aide d'un enregistrement vidéo

¹⁷ Thérapeute

¹⁸ Client

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Exemples d'items
<p>(Eubanks et coll., 2019)</p> <p>Cité par 112</p>			<p>désespoir qui empêche T d'aider / C dénie des événements, des relations ou des affects manifestation d'importance pour le travail thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marqueurs de ruptures (confrontation) : C se défend du jugement perçu par T / C rejette ou ignore l'intervention de T / C exprime inconfort, insatisfaction ou désaccord avec les tâches de la thérapie / C met de la pression ou tente de contrôler T / C exprime émotions négatives à propos de T / C exprime plaintes ou doutes sur la thérapie / C se plaint des paramètres de la thérapie • Stratégies de résolution : T invite C à discuter de ses sentiments ou pensées envers T et thérapie / T explique le rationnel derrière le traitement proposé / T valide la posture défensive de C / T dévoile sa propre expérience interne sur l'interaction C-T / T clarifie le malentendu / T reconnaît sa contribution à la rupture / T fait un lien entre la rupture et les patrons relationnels de C dans d'autres liens ou entre eux
<p><i>California psychotherapy alliance scales</i> (CALPAS : Gaston et Marmar, 1994)</p> <p>Cité par 286</p>	<p>Alliance</p>	<p>Client (Q) Thérapeute (Q) Dyade (O, vidéo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de travail du C : Observe et révèle ses pensées et ses sentiments / Explore sa contribution aux problèmes / A des émotions modulées / Approfondit l'exploration • Engagement du C : Confiant que ses efforts vont mener à des changements / Fait confiance au T / Participe malgré des moments souffrants / Engagé à poursuivre • Consensus sur les stratégies de travail : Entente sur type de changements / Vision similaire sur manière

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Exemples d'items
<p><i>Vanderbilt therapeutic alliance scale</i> (VTAS : Gomes-Schwartz, 1978)</p>	<p>Caractéristiques du client, du thérapeute et de leur relation</p>	<p>Client (Q) Thérapeute (Q) Dyade (O, vidéo)</p>	<p>d'atteindre buts thérapeutiques / Entente sur thèmes importants / Rigidité technique de T</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compréhension et implication de T : Comprend les souffrances de C / Acceptation et regard positif/ Tact et à-propos des interventions / Manifeste son engagement à aider C • Contribution du client : Exprime se sentir mieux depuis la thérapie / Indique que T le fait sentir compris et soutenu / Semble s'identifier avec la méthode de travail du T / S'attend à ce que T le change sans prendre sa part de responsabilité / Reconnaît avoir un problème pour lequel T pourrait l'aider / S'exprimer librement et honnêtement sur ses comportements, pensées et sentiments / Agit de manière hostile, critique ou provoquante envers T / Agit de manière méfiante ou défensive envers T • Interaction C-T : Expriment un enthousiasme qui donne l'impression que la séance est vivante et énergique / Partagent une vision similaire sur le problème, les causes et les solutions possibles / Interagissent de manière honnête et directe / Se centrent sur les tâches thérapeutiques sans trop de superficialité / Semblent engagés dans une lutte de pouvoir / Exprime directement ou indirectement la possibilité d'une fin prématurée / Séance devient vide, ennuyante, ruminations / Font référence à des expériences passées du le suivi

Cité par 87

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Exemples d'items
<p><i>Working alliance inventory</i> (WAI-O-Short Form : Tichenor et Hill, 1989)</p> <p>Cité par 282</p>	<p>Alliance</p>	<p>Client (Q) Thérapeute (Q) Dyade (O, vidéo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lien émotionnel : C sent que T l'apprécie comme personne / Sympathie réciproque / C se sent en confiance d'être aidé • Entente sur les buts : C et T travaillent sur des buts avec entente mutuelle / Compréhension partagée des moyens à mettre en place pour aider C • Entente sur les tâches : Accord mutuel sur ce qui doit être mis au travail / C adhère à la méthode de travail de T
<p><i>Collaborative Interactions Scale- revised</i> (CIS : Colli, et Lingiardi, 2009)</p> <p>Cité par 153</p>	<p>Ruptures d'alliance et leur résolution</p>	<p>Dyade (O, vidéo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • C : Marqueurs de rupture directe : En désaccord avec tâches/ buts / Impatient à propos du cadre / Critique T / Doute d'aller mieux • C : Marqueurs de rupture indirecte : Réponses courtes / Intellectualise ; Nie un affect manifeste ; Acquiesce beaucoup • C : Processus collaboratifs directs : Négocie avec T sur les buts et les tâches / Parle de ses sentiments envers T ou la thérapie / Connecte une expérience en thérapie avec d'autres événements • C : Processus collaboratifs indirects : Aborde un nouveau thème / Parle de ses affects ou de ses patrons relationnels • T : Interventions collaboratives directes : Se centre sur les affects ou pensées du C envers la thérapie / Se centre sur le sens d'une expérience du client / Répare une rupture d'alliance

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Exemples d'items
			<ul style="list-style-type: none"> • T : Interactions collaboratives indirectes : Se centre sur des éléments significatifs ou sur les émotions de C / Connecte un thème avec un patron récurrent • T : Ruptures : Change de sujet / Intellectualise / Est hostile ou sarcastique / Insiste sur un sujet peu ajusté à C • T : Interventions : Soutien, exploration, explication, interprétation

Relation thérapeutique : Attachement

<p><i>Patient Attachment Coding System</i> (PACS, ; Talia & Miller-Bottome, 2017) Cité par 59</p>	<p>Influence du patron d'attachement du client sur la manière dont il communique son expérience interne au T</p>	<p>Client (O, audio¹⁹)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche de proximité : Demande de l'aide / Partage des émotions stressantes vécues dans l'ici et maintenant / Donne un récit vivide d'un événement passé traumatique / Partage des besoins relationnels non comblés • Maintien du contact : Estime l'habileté du T d'établir une intimité • Autonomie-exploration : Exprime une volonté indépendante / Propose des buts thérapeutiques / Exprime des craintes sur les tâches thérapeutiques / Réfléchit sur le présent et assume une perspective alternative sur Soi/ Autrui
---	--	---------------------------------------	--

¹⁹ Analyse de verbatims ou d'enregistrements audio d'une séance

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Exemples d'items
<p><i>Therapeutic-Distance-Scale, Observer version</i> (TDS-O : Mallinckrodt et coll., 2015)</p> <p>Cité par 5</p>	Dynamiques de rapprochement-distance dans la relation thérapeutique	Client (O, audio) Thérapeute (O, audio)	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégies d'évitement : Échoue à répondre à des questions de T sur sa détresse / Attribue sa détresse à une cause externe / Rejette ses propres souffrances, perçues par lui comme inutiles / Rejette l'offre de soutien du T • Résistance : Ne répond pas au soutien du T / Fait référence à l'opinion d'autrui pour renforcer la sienne propre / Change de sujet abruptement / Parle de manière vague ou confuse • Trop distant : T distant, froid, pas aidant • Trop proche : T demande trop d'infos • Soutien à l'autonomie : T aide C à trouver ses propres solutions • Engagement affectif : T aide C à se sentir plus détendu en parlant de sujets intimes

Processus analytique : Transfert et contre-transfert

<p><i>Transference Work Scale</i> (TWS : Ulberg et coll., 2014)</p>	Processus thérapeutique centré sur le transfert	Dyade (O, vidéo)	<ul style="list-style-type: none"> • Timing de l'intervention : Fluide / Frappant • Valence de l'intervention : T soutenant / T confrontant
---	---	------------------	---

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Exemples d'items
Cité par 17			<ul style="list-style-type: none"> • Contenu de l'intervention : C ou T réfère aux relations de C avec ses parents, partenaires, amis, collègues / C ou T réfère aux symptômes de C / Évitement de thèmes • Réponse de C : Associe ou est introspectif / Collabore / Est émotionnellement engagé
<p><i>Core Conflictual Relationship Theme</i> (CCRT : Luborsky et Crits-Christoph, 1998)</p>	<p>Patrons relationnels répétitifs dans le discours du client</p>	<p>Client (O, audio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Désir : Affirmation, Indépendance / Opposer, contrôler / Être contrôlé ou blessé / Éviter le conflit, se distancier / Accepter / Se rapprocher, être réconforté / Aider • Perception des réponses d'autrui : Contrôlant / Dérangé/ Mauvais / Rejetant / Aidant / Aimant / Compréhensif • Réponse du Self : Aidant / Non réceptif / Respecté / Accepté
Cité par 155			
<p><i>Relational Work Scale</i> (RWS : Ulberg et coll., 2016)</p>	<p>Interventions de T qui se centrent sur les dynamiques relationnelles de C</p>	<p>Thérapeute (O, audio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions relationnelles : Adresse les transactions de C avec les autres / Encourage l'exploration des sentiments et pensées de C sur ses relations avec les autres / Encourage C à parler des pensées ou sentiments des autres envers lui / Interprète les répétitions de patrons relationnel et fait un lien avec la relation de C avec ses parents
Cité par 6			<ul style="list-style-type: none"> • Interventions sur le transfert : Adresse les transactions C-T / Encourage l'exploration des sentiments et pensées sur la thérapie et le style de T / Encourage C à parler des

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Exemples d'items
			pensées ou sentiments de T envers lui / T s'inclut explicitement dans allusions au transfert / Interprète les répétitions de patrons relationnels et fait un lien avec la relation thérapeutique

Processus analytique : Technique du thérapeute

<p><i>Interpretive and Supportive Technique Scale</i> (ISTS : Ogrodniczuk et Piper, 1999) Cité par 112</p>	<p>Degré d'adhérence du T aux stratégies d'intervention interprétative vs de soutien</p>	<p>Thérapeute (O, audio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions de soutien : T soutient l'estime de soi de C (gratifie, encourage, félicite) / T fait des interventions non interprétatives (reflets, questions, clarifications, éducation) • Interventions interprétatives : T fait des interprétations / T demeure silencieux ou passif pour que C continue à parler/ T dirige l'attention du C sur son impression subjective du T / T fait des liens entre la relation de C avec T et les relations extra-thérapeutiques de C
<p><i>Psychodynamic Intervention Rating Scale</i> (PIRS : Milbrath et coll., 1999) Cité par 31</p>	<p>Interventions interprétatives vs non interprétatives moment-par-moment de T</p>	<p>Thérapeute (O, audio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions non interprétatives : T résume le propos de C afin de s'assurer d'une bonne compréhension / Questions sur les affects du C, ses relations, sa vie / T reflète l'expérience affective de C / T associe avec un contenu abordé préalablement par C • Interventions interprétatives : T interprète les défenses de C contre ses propres affects / T interprète le transfert de C

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Exemples d'items
Processus analytique : Interactions dyadiques			
<p><i>Analytic Process Scale</i> (APS : Waldron et coll., 2004)</p> <p>Cité par 88</p>	<p>Interventions moment par moment de T et productivité du C</p>	<p>Dyade (O, audio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Productivité du C : Progrès psychanalytique autonome ou soutenu par T / Profondeur de la compréhension de C de ses fantasmes, conflits, identifications ou estime de soi / Intensité de l'engagement de C / Qualité de l'expressivité émotionnelle / Affects refoulés ou exagérés • Qualité de l'intervention de T : Utilité du contenu / Tact, À-propos / Claire, vivide, directe ou complexe dépendamment du contexte / Clarification, interprétation, élaboration, encouragements soutenant
<p><i>Vanderbilt Psychotherapy Process Scales</i> (VPPS : O'Malley et coll., 1983)</p> <p>Cité par 461</p>	<p>Caractéristiques (+ / -) de T, de C et de leur relation qui ont un impact sur le résultat thérapeutique</p>	<p>Client (Q) Thérapeute (Q) Dyade (O, vidéo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relation négative : Réagit négativement aux commentaires de T / T paraît intimidant, autoritaire, optimiste, moralisateur, défensif, respectueux / T porte un jugement sur C • Détresse psychique de C : Coupable / Optimiste / Dépressif / Frustré / Auto-critique / Défaitiste / Dépendant / Défensif / Inhibé / Spontané / Passif / Honteux • Exploration de T : Aide C à reconnaître ses sentiments / Aide C à mieux comprendre les motivations de ses actions / Encourage la conversation profonde / Identifie des thèmes importants dans le comportement et l'expérience de C / Maintient l'attention sur les sujets liés à la thérapie

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Exemples d'items
<p><i>Dynamic Interactions Scale</i> (DIS : Waldron, Gazzillo, Genova, Lingiardi, 2013) Cité par 29</p>	<p>Aspects relationnels et interactionnels de la relation thérapeutique</p>	<p>Dyade (O, audio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chaleur et gentillesse de T : Communique son approbation du comportement de C / Démontre de la chaleur et de l'amicalité envers C / Aide C à se sentir accepté en thérapie / Soutient l'estime de soi, la confiance et l'espoir de C / Répond de manière compréhensive et soucieuse de C / Essaie de mieux comprendre C • Participation de C : Participe activement / Prend l'initiative d'aborder des thèmes / Paraît motivé pour la séance / Tente d'en savoir plus sur quoi faire et à quoi s'attendre de la thérapie / Parle de ses sentiments / Est logique et organisé pour exprimer ses pensées et sentiments • Dépendance de C envers T : Demande des conseils / Tente de susciter l'approbation, la sympathie, le réconfort de T / S'appuie sur T pour régler ses problèmes • Contributions de T : Direct, chaleureux, ajusté moment-par-moment aux affects du C / Ouvert à partager son expérience subjective en réponse aux contributions de C / Aidant face à l'amélioration du fonctionnement relationnel et émotionnel du C • Contributions de C : Flexibilité entre ressenti et réflexivité, entre contenus conscients et rêves / Travaille sur son fonctionnement relationnel et émotionnel • Caractéristiques de l'interaction : C ressent T comme empathique / Contribution de T permet un accroissement de la conscience de soi du client / Intégration des prises

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Exemples d'items
<p><i>Rutgers Psychotherapy Progress and Stagnation Scale</i> (RPPS : Messer et coll., 1992)</p> <p>Cité par 85</p>	<p>Progrès de C dans le processus thérapeutique</p>	<p>Dyade (O, audio)</p>	<p>de conscience sur le transfert du C son fonctionnement actuel dans ses relations extra-thérapeutiques / Degré avec lequel l'engagement de la dyade dans la relation thérapeutique est ressentie de manière affectivement significative</p> <ul style="list-style-type: none"> • Progrès : C s'exprime sur du matériel significatif / Développement de la capacité d'insight du C / Centration sur l'émotion / Référence directe au T ou à la thérapie / Nouveau comportement en séance / Collaboration / Centration de C sur son Self • Stagnation : Absence d'exploration ou d'insight / Évitement ou refoulement de l'expérience émotionnelle / Manque de collaboration dans les tâches / Réponse distante du Self / Contradictions dans le discours de C / Agirs du C • Processus de T : Intervention très ajustée vs mal ajustée aux besoins immédiats de C / Intervention de T n'aide pas, mais ne nuit pas non plus

Tableau 1.2. Les instruments de mesure de l'alliance thérapeutique dans les traitements individuels auprès d'une clientèle adulte

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Unité d'analyse	Accent mis sur quel type de communication?
<i>Agnew relationship measure</i> (ARM : Agnew-Davies et coll., 1998)	Lien émotionnel, collaboration, confiance, ouverture, initiative du client	Client (Q ²⁰) Thérapeute (Q)	Suivi	Explicite
<i>Alliance negotiation scale</i> (ANS : Doran et coll., 2012)	Capacité du client et du thérapeute à négocier de manière constructive les désaccords sur les tâches et objectifs thérapeutiques	Client (Q)	Suivi	Explicite
<i>Alliance and rupture observation scale</i> (AROS : Larsson et coll., 2019)	Alliance et ruptures d'alliance (collaboration, entente, ouverture et réciprocité, préoccupation bienveillante sincère)	Dyade (O ²¹ , mesures répétées)	Séance	Implicite

²⁰ Questionnaire auto-rapporté.

²¹ Observateur externe agissant comme juge.

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Unité d'analyse	Accent mis sur quel type de communication?
<i>California psychotherapy alliance scales</i> (CALPAS : Gaston et Marmar, 1994)	Alliance de travail, alliance thérapeutique, engagement du thérapeute, entente entre client et thérapeute sur les stratégies de travail	Client (Q, O) Thérapeute (Q, O)	Séance	Explicite
<i>Counseling evaluation inventory</i> (CEI : Linden et coll., 1965)	Perception de la qualité du lien thérapeutique (climat, confort du thérapeute, satisfaction du client)	Client (Q)	Séance	Explicite
<i>Helping alliance scales</i> (HAS : Priebe et Gruyters, 1993)	Perception de la compréhension et de l'engagement du thérapeute	Client (Q)	Suivi	Explicite
<i>Individual therapy alliance scale</i> (Pinsof et coll., 2008)	Alliance (objectifs et tâches thérapeutiques, et système interpersonnel formé de la dyade client-thérapeute)	Client (Q)	Suivi	Explicite

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Unité d'analyse	Accent mis sur quel type de communication?
<i>Individual therapy process questionnaire</i> (Mander et coll., 2015)	Mécanismes de changement généraux en thérapie (peur du client, lien affectif, collaboration confiante, interférence du thérapeute, activation des ressources, maîtrise, clarification du sens, buts et tâches)	Client (Q) Thérapeute (Q)	Séance	Implicite
<i>Kim alliance scale</i> (Kim et coll., 2001)	Alliance (lien émotionnel, entente sur les tâches thérapeutiques, entente sur les objectifs thérapeutiques, « <i>empowerment</i> » du client)	Client (Q)	Suivi	Explicite
<i>Menninger alliance rating scale or collaboration scale</i> (Allen et coll., 1984)	Alliance (collaboration, productivité du client)	Client (O)	Séance	Explicite
<i>Patient collaboration scale</i> (PCS : Svensson et Hansson, 1999)	Participation active du client dans les tâches et objectifs thérapeutiques	Thérapeute (Q)	Suivi	Explicite
<i>Penn alliance scales</i> (Luborsky, 1976)	Alliance (collaboration, aide perçue)	Client (Q, O) Thérapeute (Q, O)	Séance	Explicite

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Unité d'analyse	Accent mis sur quel type de communication?
<i>Psychotherapy status report</i> (PSR : Frank et Gunderson, 1990)	Alliance (lien émotionnel, tâches et objectifs thérapeutiques)	Thérapeute (Q)	Suivi	Explicite
<i>Rupture resolution rating system</i> (Eubanks et coll., 2019)	Ruptures d'alliance et leur résolution	Dyade (O)	Plusieurs séquences de 5 minutes d'une séance	Explicite
<i>Scale to assess therapeutic relationship</i> (STAR : McGuire-Snieckus et coll., 2007).	Lien émotionnel, tâches thérapeutiques	Thérapeute (Q)	Suivi	Explicite
<i>Therapeutic bond scales</i> (TBS : Saunders et coll., 1989)	Lien émotionnel (résonance empathique, affirmation mutuelle)	Client (Q, O)	Séance	Explicite
<i>Therapist alliance focus scale</i> (TAFS : Molinaro, 1998)	Temps consacré par la dyade à discuter d'aspects relatifs à l'alliance	Thérapeute (Q)	Séance	Explicite

Instrument	Objet de mesure	Sujet et méthode d'investigation	Unité d'analyse	Accent mis sur quel type de communication?
<i>Therapy session report scales</i> (TSRS : Orinsky et Howard, 1966)	Alliance de travail, résonance empathique, affirmation mutuelle	Client (Q) Thérapeute (Q)	Séance	Explicite
<i>Toronto therapeutic alliance scales</i> (TAS : Marziali et coll., 1981; Marmar et coll., 1986)	Aspect attitudinal-affectif de l'alliance	Client (Q, O) Thérapeute (Q, O)	Suivi	Implicite
<i>Vanderbilt scales</i> (Gomes-Schwartz, 1978)	Caractéristiques positives et négatives du client, du thérapeute et de leur relation qui ont un impact sur le résultat thérapeutique (chaleur, hostilité, auto-exploration, frustration)	Client (Q, O) Thérapeute (Q, O)	Séance	Implicite
<i>Working alliance inventory</i> (WAI : Horvath et Greenberg, 1989)	Alliance (lien émotionnel, entente sur les tâches thérapeutiques, entente sur les objectifs thérapeutiques)	Client (Q, O) Thérapeute (Q, O)	Séance	Explicite

CHAPITRE II

VALIDITÉ ET FIDÉLITÉ PRÉLIMINAIRES DE L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU PROCESSUS D'AVANCER- ENSEMBLE (ÉQUAPA) : UNE MESURE OBSERVATIONNELLE DU CHANGEMENT EN PSYCHOTHÉRAPIE

Titre abrégé : VALIDATION DE L'ÉQUAPA I

Validité et fidélité préliminaires de l'Échelle d'Évaluation de la qualité du processus
d'avancer-ensemble (ÉQUAPA) : une mesure observationnelle
du changement en psychothérapie

Preliminary validity and fidelity of the EQUAPA: An observational measure of
change processes in psychotherapy

Frédérique Lévesque-Belley et J. Éric Dubé

Résumé

Introduction : Le Boston Change Process Study Group (BCPSG, 2010) a proposé un modèle théorique du changement psychothérapeutique dans lequel la qualité de la relation thérapeutique est centrale et conçue comme : (a) une recherche engagée d'un accordage affectif et de directions partagées ; (b) une négociation créative de l'imprécision et de l'indétermination des interactions ; (c) une inclusivité accrue du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique. Notre groupe de recherche est en processus de développement et de validation de l'ÉQUAPA, un instrument d'observation d'enregistrements vidéo de séances de psychothérapie individuelle auprès d'une clientèle adulte, inspiré du modèle du BCPSG. Nous présentons les résultats tirés de deux études. *Objectifs* : (a) l'étude 1 vise à évaluer la validité de contenu (caractères observable, discriminant et clair) des items de l'ÉQUAPA ; (b) l'étude 2 vise à évaluer sa fidélité interjuges et sa consistance interne. *Méthode* : Afin d'atteindre l'objectif (a), une méthode Delphi modifiée en deux tours de consultation a été réalisée. Afin d'atteindre l'objectif (b), des coefficients de corrélation intra-classe (ICC (2,1)) et des coefficients alpha (α) de Cronbach ont été calculés suite à la codification de 123 séances de psychothérapie. *Résultats* : Les résultats de la première étude indiquent que 5 des 48 items doivent être retirés faute d'une validité de contenu suffisante. Les résultats de la deuxième étude indiquent que 5 des 43 items restants ont dû être retirés faute d'une validité interjuges suffisante. *Conclusion*: Les 38 items révisés de l'ÉQUAPA auraient une validité de contenu, une fidélité interjuges et une consistance interne adéquates. Nous planifions maintenant évaluer la validité convergente et divergente de l'instrument.

Mots-clés: Processus de changement; Boston Change Process Study Group; relation thérapeutique; développement d'instrument; Méthode Delphi

Abstract

Introduction: The Boston Change Process Study Group (BCPSG, 2010) has proposed a conceptual model that conceives of change process in psychotherapy in which the quality of the therapeutic relationship is central and viewed as: (a) an engaged search for directionality and ‘fittedness’; (b) a creative negotiation of sloppiness and indetermination; and (c) an increasing inclusiveness in the relational field. Our research group is in the process of developing and validating an observational measure grounded in that model, the EQUAPA, to be used by judges rating video recordings of individual psychotherapy sessions with adult clients. We present here the results obtain through two studies. *Objectives:* (a) the first study aim to investigate the content validity (the clarity, the observability and the discriminative quality) and (b) the second study aim to investigate the interrater reliability as well as the internal consistency of the EQUAPA’s items. *Method:* To attain the first objective, a two-round modified RAND Delphi process was conducted. To attain the second objective, intraclass correlation coefficients (ICC (2,1)) (Shrout et Fleiss, 1979) and Cronbach’s alphas were calculated on a sample of 123 individual psychotherapy sessions with adult clients. *Results:* Preliminary quantitative and qualitative results of the Delphi study indicate that 5 of our 48 items need to be removed. Results of the second study indicate that 5 items out of the remaining 43 still do not meet the criteria for adequate fidelity, therefore their being discarded. *Conclusion:* The revised 38-items EQUAPA appears to have good content validity, interrater reliability and internal consistency. We are now planning to further evaluate the convergent and divergent validity of our measure.

Keywords: Psychotherapy process; Boston Change Process Study Group; instrument design; therapeutic relationship; Delphi method

Introduction

Quels mécanismes d'action thérapeutique favorisent le plus le changement en psychothérapie ? Quel type de changement est à privilégier pour favoriser le développement du client ? Pour plusieurs, il s'agit de questions dont la réponse est univoque. Pendant plusieurs décennies, la majorité des praticiens a adhéré aux *insights* de Freud (1936) en se montrant en faveur de la primauté du changement intrapsychique. Dans cette optique, la clé de l'action thérapeutique réside principalement dans l'utilisation d'un acte technique - l'interprétation - au service de l'analyse du patron relationnel répété par le patient - le transfert. Ce mécanisme d'action vise à favoriser l'atteinte d'un *insight* profond et significatif chez le client afin de rendre ses contenus inconscients conscients pour le libérer de sa tendance à répéter des dynamiques relationnelles qui nuisent à ses possibilités d'aimer, de travailler et de jouer.

Or, déjà à l'époque de Freud, certains dont notamment Ferenczi et Rank (1924/ 2006) trouvent à remettre en question cette primauté de la technique pour expliquer le changement thérapeutique. Ils avancent plutôt que ce qui est central à l'avènement d'un processus transformateur, c'est la création et la recréation d'un ensemble d'expériences mises en acte dans un nouveau contexte relationnel, soit celui de la relation entre patient et analyste. Bien que cette conception apparaisse aujourd'hui hautement légitime à plusieurs, pendant plus de 50 ans, elle est demeurée une voix dissidente, voire hérétique, en psychanalyse et au sein des cercles de psychodynamiciens.

À compter des années 1980 toutefois, le champ de recherche sur la psychothérapie, en particulier le champ psychanalytique, se transforme. On voit s'y opérer une montée des approches psychodynamiques-relationnelles, humanistes-intersubjectives et des autres approches interpersonnelles, qui sont devenues le courant dominant en Amérique du Nord. Les tenants du mouvement relationnel mettent en lumière le rôle majeur de l'engagement affectif authentique de l'analyste avec le patient pour favoriser la co-

création de nouveaux patrons interactionnels (Aron, 1991,1992, 1996,1997; Benjamin, 2005; Bollas, 1989; Mitchell, 1993 ; Stolorow, Atwood et Brandchaft, 1994 ; Summers, 2012). On souligne l'importance des interventions non interprétatives, de la communication affective implicite, de la régulation dyadique et des moments affectifs saillants au sein de la dyade thérapeutique menant à de nouvelles possibilités relationnelles, autant d'éléments qui éclairent des facettes importantes mais négligées de la relation thérapeutique et qui invitent à un réaménagement de la compréhension que nous avons de celle-ci et de l'intervention (Aron, 1991, 1996 ; Bayles, 2007 ; BCPSG, 2010 ; Beebe, 1998 ; Clyman, 1991 ; Davis, 2001 ; De Jonghe et coll., 1992 ; DeYoung, 2018 ; Gabbard et Westen, 2003 ; Ginot, 2009 ; Gossmann, 2009 ; Grossmark, 2012 ; Herzog, 2011 ; Holinger, 1999 ; Jacobs, 1994 ; Jordan, 1997 ; Lyons-Ruth, 1999 ; Mitchell, 1993 ; Schwaber, 1998 ; Stolorow, Atwood et Brandchaft, 1994 ; Tronick, 2003 ; Vivona, 2009).

Certaines idées centrales du modèle du Boston Change Process Study Group (BCPSG)

Dans ce contexte se démarque le travail de Daniel Stern, Lou Sander et d'un petit groupe de chercheurs américains formé de cliniciens et de théoriciens d'orientation analytique, humaniste et développementaliste, qui ont créé le Boston Change Process Study Group (BCPSG) en 1995. Dans ses travaux, ce groupe tente de réconcilier les oppositions soulignées précédemment.

La thèse centrale du groupe de Boston est que quelque chose de plus que l'interprétation (que la technique) est nécessaire pour mener au changement en psychothérapie. Par exemple, l'interprétation la plus juste n'aurait pas son potentiel transformateur optimal si elle était livrée sans la participation affective du thérapeute dans le contexte d'un moment d'accordage affectif de personne à personne plutôt qu'à un moment où leurs rôles de thérapeute et de client sont à l'avant-plan de l'interaction. Leurs efforts en tant que groupe ont consisté à développer une nouvelle compréhension

des mécanismes non interprétatifs qui sous-tendent et soutiennent les mécanismes interprétatifs et contribuent ainsi au changement thérapeutique. Leur modèle intègre des données issues des écrits théorico-cliniques des psychanalyses classique et relationnelle ainsi que des vues humanistes-intersubjectives, développementales et issues de la théorie des systèmes dynamiques.

Les membres du groupe partagent le point de vue selon lequel l'étude du développement précoce de l'enfant et de la manière dont il se développe en interaction avec son donneur de soins, peut être utile à l'affinement de notre compréhension de la manière dont le changement survient en psychothérapie. Ils avancent (BCPSG, 2010) que dans les deux contextes, nous nous développons lorsque nous avons des interactions de qualité avec une figure d'attachement, interactions dans lesquelles nous nous sentons reconnus pour qui nous sommes et ce que nous désirons, sommes encouragés à développer notre agentivité et sommes en mesure de co-créeer des moments durant lesquels nous faisons l'expérience d'une connexion émotionnelle de personne à personne. La relation réelle serait ainsi au cœur des événements de changement-développement dans la dyade parent-enfant comme dans celle thérapeute-client (BCPSG, 2002, 2010 ; Stern, Bruschweiler-Stern et coll., 1998 ; Tronick, 1998).

Le processus de changement comme processus de régulation dyadique basé sur la communication d'intentions et d'affects

Selon le BCPSG (2010), le processus de changement thérapeutique serait un processus continu de régulation dyadique appelé processus d'avancer-ensemble (*moving along process*) basé sur la communication d'intentions et d'affects, où chacun des partenaires de la dyade thérapeutique s'active à décoder les intentions de l'autre afin de saisir ce qui se passe ici et maintenant entre eux. Client et thérapeute cherchent à s'ajuster, à construire un agenda commun, tout en même temps à se référer à leurs agendas propres (BCPSG, 2002, 2005b). L'intentionnalité moment-par-moment serait le processus fondamental qui guiderait les interactions. Il permettrait à la dyade de se réguler, de

tenter de s'accorder, et contribuerait au jugement que client et thérapeute (ou qu'un observateur externe) poseraient implicitement sur le niveau de qualité de leur relation, moment-par-moment.

Moments présents, moments-maintenant, moments de rencontre et connaissance relationnelle implicite.

Le BCPSG s'attarde à définir différents types de micro-moments qui caractérisent le flot du processus d'avancer-ensemble. Les moments présents représentent la plus petite unité de dialogue (verbal ou non verbal) de laquelle il est possible d'inférer une intention pour tenter de saisir ce qui se passe ici et maintenant entre partenaires dans la dyade (Stern, Sander et coll., 1998). Le moment-maintenant est un type spécifique de moment présent qui attire thérapeute et client dans l'ici et maintenant de leur relation réelle. Ils arrivent à un point tournant de leur relation, un point à potentiel transformateur où une nouvelle manière d'être ensemble pourrait se développer. Par exemple, lorsque le client demande au thérapeute : « Vous, si vous aviez été mon père, auriez-vous été fier de moi ? ». Il apparaît clair que le moment-maintenant représente un défi clinique pour le thérapeute. La réponse à donner n'est pas facile à formuler, bien que la nécessité de faire un choix ou de poser un certain type d'« action » apparaisse pressante. C'est l'amorce d'un moment de rencontre potentiel.

Un moment de rencontre est un moment de connexion intentionnelle et émotionnelle authentique de personne à personne. Il y a atteinte d'un état d'accordage affectif suite à la mise en acte conjointe d'une nouvelle manière d'être en relation ensemble, jumelée à la reconnaissance implicite partagée de cet état d'accordage affectif. La relation est ressentie comme plus ajustée, satisfaisante, nourrissante, mature et moins rigide. Chacun réalise qu'il est possible « d'aller là » et « d'être comme ça » ensemble. La dyade est amenée dans un « lieu » légèrement différent, dans une nouvelle organisation relationnelle plus mature, flexible, réciproque, authentique (BCPSG, 2002 ; Lyons-Ruth et coll., 1998 ; Stern, Bruschweiler-Stern et coll., 1998).

Pour mener à un moment de rencontre, la réponse du thérapeute doit donc porter sa signature personnelle (affect, expérience ou sensibilité personnelle, authenticité) et représenter plus qu'un acte technique habituel. Sans cette signature, l'acte technique demeure peu fécond. Plus spécifiquement, les actes techniques favorisent le changement seulement si le thérapeute est émotionnellement, authentiquement et individuellement engagé dans la relation thérapeutique, c'est-à-dire ouvert à livrer ses interventions en engageant son individualité dénudée de son enfermement dans son rôle de thérapeute (BCPSG, 2002, 2010 ; Stern, Bruschweiler-Stern et coll., 1998 ; Tronick, 1998).

Le moment de rencontre mène à une réorganisation des connaissances relationnelles implicites (CRI). Il s'agit de connaissances portant sur la manière d'être en relation et de se réguler avec un partenaire dyadique, i.e. sur le quoi faire ou ne pas faire, quoi penser ou ne pas penser, quoi ressentir ou ne pas ressentir, ainsi que sur les règles et procédures entourant la manière d'« être ensemble » (Lyons-Ruth, 2000 ; Lyons-Ruth et coll., 1998 ; Stern, Bruschweiler-Stern et coll., 1998 ; Stern, Sander et coll., 1998). Les humains possèderaient ainsi une mémoire relationnelle implicite composée d'attentes et de stratégies relationnelles, ainsi que de schémas représentationnels de patrons d'interactions constitués d'affects, de cognitions et d'actions. Les connaissances relationnelles implicites guideraient le processus d'inférence d'intentions, de même que notre focus attentionnel et nos actions dans l'interaction (BCPSG, 2002, 2005b ; Lyons-Ruth et coll., 1998 ; Morgan et BCPSG, 1998 ; Stern, Sander et coll., 1998).

En résumé, avancer-ensemble, ce serait avancer vers l'atteinte de moments de rencontre vitalisants, qui font faire des bonds à la qualité de la relation et qui représentent le principal événement de changement thérapeutique associé au domaine relationnel implicite. Il contraste avec le domaine explicite, verbal ou déclaratif qui, lui, est davantage associé à l'interprétation et l'*insight*. Les changements dans les

connaissances relationnelles implicites (CRI) permettraient peu à peu au client de transposer dans ses relations extra-thérapeutiques les nouvelles manières d'être en relation qu'il aura co-crées avec le thérapeute. Les CRI représenteraient l'essentiel de ce qui doit être changé en thérapie.

À ce jour, il n'existe pas à notre connaissance d'instrument de mesure quantitatif et observationnel permettant d'étudier empiriquement le modèle du BCPSG ou qui s'appuie sur les apports des études développementales pour mieux comprendre les mécanismes de co-régulation affective qui favorisent le développement du patient. C'est la tâche à laquelle notre équipe de recherche s'astreint depuis quelques années. La présente étude vise à faire état de nos premières avancées vers cet objectif de développement d'un tel instrument de mesure.

Étude 1 : Développement et validité de contenu de l'ÉQUAPA

Objectifs

Cette première étude visait à procéder au développement initial et à la validation de contenu des items de l'échelle d'*Évaluation de la qualité du processus d'avancer-ensemble* (ÉQUAPA), un instrument d'observation conçu pour mesurer la qualité du processus de changement psychothérapeutique sur la base du modèle théorique élaboré par le BCPSG. L'instrument est destiné à être utilisé sur un corpus d'enregistrements vidéo de séances de psychothérapie individuelle d'inspiration psychodynamique ou humaniste pratiquée auprès d'une clientèle adulte.

L'objectif principal de la présente étude se déclinait en trois sous-objectifs : (a) opérationnaliser le modèle théorique du BCPSG sur la base de leurs écrits ; (b) construire l'ÉQUAPA ainsi que son guide de cotation ; (c) évaluer la validité de contenu des items de l'ÉQUAPA (leurs caractères observable, discriminant et clair) en recourant au jugement de cliniciens-experts suivant les principes de la méthode Delphi (Fitch, Bernstein, Aguilar, Burnand, LaCalle, Lázaro... et Kahan, 2001; Hasson,

Keeney et McKenna, 2000 ; Okoli et Pawlowski, 2004). Ceux-ci font l'objet des sections suivantes.

Méthode

Élaboration initiale des items

Pour procéder à la construction initiale de l'instrument, nous avons suivi les lignes directrices pour le développement de tests psychométriques (American Educational Research Association, 1999 ; Gregory, 2004). Nous avons généré une série d'items basés sur une lecture attentive des considérations théoriques et conceptuelles ainsi que de tous les exemples cliniques présentés dans les publications du BCPSG (BCPSG, 2002, 2005a, 2005b, 2010, 2018a, 2018b ; BCPSG et Nahum, 2008a, 2008b ; Bruschweiler-Stern et coll., 2007 ; Lyons-Ruth et coll., 1998 ; Nahum et coll., 1998 ; Stern, Bruschweiler-Stern et coll., 1998 ; Stern, Sander et coll., 1998 ; Tronick, 1998, Tronick et coll., 1998). Nous avons ainsi élaboré une liste de 146 items incluant des comportements explicites et des signaux d'affects, certains d'entre eux pouvant signaler la présence d'une intention dans le contexte d'une relation thérapeutique.

Suite à des essais de cotation à deux juges sur un échantillon d'enregistrements vidéo de séances psychothérapeutiques, suivis de révisions menant à la fusion, à la modification (reformulation, clarification), au retrait ou à la réorganisation d'items, nous en avons retenu 48 apparaissant les plus représentatifs des construits, en ayant le souci que chaque item soit clair, discriminant et observable avec un minimum d'inférence nécessaire. C'est exclusivement sur ces 48 items que porte la présente étude de validité de contenu.

Méthode DELPHI modifiée en deux tours

La méthode Delphi (Fitch et coll., 2001; Okoli et Pawlowski, 2004) consiste en un processus itératif durant lequel un panel d'experts indépendants doit atteindre un consensus prédéterminé en regard de la qualité des items d'un instrument afin que

ceux-ci soient retenus et considérés valides. L'anonymat des experts est garanti et la technique permet de recourir aux mêmes experts lors de différents tours de consultation (Hasson et coll., 2000). Le choix des experts doit tenir compte de leur connaissance du sujet visé, de leur disponibilité durant le processus Delphi et de leur indépendance par rapport à des pressions ou intérêts commerciaux, politiques ou autres.

Conformément aux lignes directrices énoncées par Hasson et coll. (2000), nous avons cherché à suivre les étapes de la méthode Delphi en réalisant une version préliminaire de notre instrument de mesure ainsi qu'un questionnaire visant à évaluer la validité de contenu des items retenus ; en identifiant des experts et en sollicitant leur participation anonyme ; en administrant le questionnaire par tours de consultation successifs ; en analysant les données quantitatives et qualitatives sur le degré de consensus des experts à chaque tour de consultation ; et en modifiant les items qui n'atteignaient pas le critère consensuel de validité de contenu au terme de chaque tour de consultation.

Procédure de sélection des experts

Étape 1 : Critères de sélection des experts.

Les experts contactés devaient satisfaire aux critères d'inclusion préétablis suivants :

- (a) être francophone ou posséder une maîtrise suffisante de la langue française écrite ;
- (b) être membre de l'Ordre des psychologues du Québec ou d'un autre ordre professionnel dans le domaine de la santé mentale ;
- (c) détenir au minimum 10 années d'expérience clinique en psychothérapie individuelle auprès d'une clientèle adulte ;
- (d) être d'approche psychodynamique ou humaniste, compte tenu du champ d'applicabilité de l'instrument ;
- (e) détenir au minimum deux années d'expérience comme superviseur clinique.

Étape 2 : Élaboration de la liste d'experts.

Nous avons consulté divers répertoires professionnels et bases de données permettant d'identifier les auteurs de publications pertinentes à notre objet d'étude, des listes de superviseurs cliniques de renom, ainsi que des répertoires de professeurs actifs ou retraités d'universités canadiennes, américaines et européennes s'intéressant au processus de changement thérapeutique ou à l'alliance et la relation thérapeutiques afin de dresser une liste de participants potentiels. Une liste des coordonnées de 66 experts a été dressée. Cette liste n'est demeurée connue que des chercheurs afin que l'anonymat des participants soit préservé durant l'ensemble du processus Delphi.

Étape 3 : Contact avec les experts.

Nous étions conscients que la tâche demandée aux experts requerrait plusieurs heures de leur temps, sans compensation financière ou autre, et que cela pourrait affecter le taux de participation. Aussi avons-nous pris la précaution supplémentaire d'offrir un espace aux experts contactés afin qu'ils nous suggèrent des collègues qui pourraient se montrer intéressés à participer (stratégie 'boule de neige' d'échantillonnage). Au final, les 66 experts pressentis ont été contactés par courriel au premier tour de consultation. Un seul expert a proposé le nom de deux autres participants potentiels, dont un qui faisait déjà partie de notre liste et un autre qui a été ajouté et contacté aussi.

Étape 4 : Invitation des experts à participer à l'étude et échantillon final.

Le courriel de recrutement présentait l'objectif de l'étude, des instructions quant à la manière de compléter le formulaire de consentement à participer à l'étude et le questionnaire lui-même, des dates d'échéance, le code de recherche attribué au participant, et le lien web vers le questionnaire sur le site Survey Monkey.

Échantillon d'experts aux deux tours de consultation.

Nous avons prévu *a priori* deux tours de consultation. Le premier tour visait à évaluer la validité de contenu des items de l'ÉQUAPA et à dégager un consensus sur les

modifications à apporter à la version préliminaire. Le second visait à confirmer et à consolider les modifications apportées au premier tour.

Au premier tour, trois experts canadiens ont offert une réponse complète au questionnaire. Neuf autres experts ont offert une réponse partielle qui n'a pu être utilisée (n'ayant en général complété que les questions sur les quatre premiers items à évaluer), quatre experts ont explicitement refusé de participer à l'étude, et nous n'avons pas eu de réponse des autres experts contactés. Deux relances à deux semaines d'intervalle ont été mises en place auprès de ces derniers, mais sans succès.

Notre échantillon d'experts au premier tour était donc composé de trois psychologues de genre masculin, comptant chacun plus de 30 années d'expérience clinique, et possédant une expertise dans le domaine de la relation et/ou du processus thérapeutique, expertise ancrée dans l'approche psychodynamique-psychanalytique ou humaniste et soutenue par une connaissance préalable du modèle du BCPSG. Ils étaient tous également superviseurs cliniques et actifs dans le milieu de l'enseignement ou de la recherche.

Au deuxième tour, les 62 experts ont été approchés de nouveau par courriel pour un deuxième tour de consultation. Seul un expert, qui avait également participé au premier tour, a accepté de participer et d'offrir une réponse complète. Deux autres experts ont offert une réponse partielle au deuxième tour, s'arrêtant après la complétion des questions sur le premier item. Encore une fois, deux relances à deux semaines d'intervalle ont été mises en place, sans succès.

Consignes et tâches des experts participants.

Premier tour de consultation.

Dans le questionnaire de l'étude, chacun des 48 items initiaux de l'ÉQUAPA était présenté avec une description de comportements spécifiques (implicites, explicites) qui permettraient l'attribution d'un score de qualité élevée ou faible à l'item. Les experts devaient offrir trois évaluations quantitatives quant au caractère observable, au caractère discriminant et à la clarté de chaque item.

Dans l'évaluation du *caractère observable*, les experts devaient juger s'il leur apparaissait plausible ou non (*Oui vs Non*) pour un tiers d'observer dans un enregistrement vidéo un tel comportement sans consulter le client ou le thérapeute *a posteriori* pour s'assurer de son sens ou de son intention. Quant au *caractère discriminant* de l'item, les experts devaient juger à l'aide d'une échelle Likert à 4 points (1 = *pas du tout discriminant*; 2 = *peu discriminant*; 3 = *discriminant*; 4 = *très discriminant*) si le comportement énoncé permettrait de distinguer les interactions thérapeutiques de qualité élevée de celles dont la qualité serait faible. Finalement, les experts devaient juger de la *clarté* de l'item, évaluée aussi avec une échelle Likert à 4 points (1 = *pas du tout clair*; 2 = *peu clair*; 3 = *clair*; 4 = *très clair*), en regard : (a) de la facilité à en comprendre la syntaxe ; (b) de la facilité à en comprendre le vocabulaire ; (c) de l'absence d'ambiguïtés ; et (d) de ce que le texte ne comprenne pas trop d'éléments. Les experts avaient la possibilité de commenter chacun de leurs scores, par exemple par des suggestions sur la manière d'améliorer la clarté, le caractère discriminant et le caractère observable de l'item. Ils pouvaient encore formuler un commentaire général sur l'item. Ils pouvaient finalement formuler des suggestions d'ajouts d'items.

Deuxième tour de consultation.

Les questions du second questionnaire invitaient simplement les experts à faire des commentaires qualitatifs sur la clarté, le caractère discriminant et le caractère observable des items et de leurs niveaux de qualité (faible vs élevée). Le but du deuxième tour était de s'assurer que les items avaient été adéquatement modifiés suite

au premier tour pour être considérés valides et mener à une version validée de l'ÉQUAPA quant au contenu.

Critère de rétention des items et conditions pour la modification des items non valides.

Afin d'être retenu suite au premier tour, un item devait atteindre un critère préétabli de 66 % de consensus entre les experts, et ce, pour chacun des caractères évalués (observable, clair, discriminant). En l'absence d'un tel consensus, l'item devait être retiré, modifié ou fusionné, conformément aux suggestions des experts.

Résultats

Synthèse des résultats du premier tour de l'étude DELPHI

Au terme du premier tour de consultation, 24 items ont rencontré le critère quantitatif préétabli pour constater un consensus des experts quant à leur validité de contenu et sont demeurés inchangés dans la deuxième version consolidée de l'ÉQUAPA. Dix-sept (17) items ont rencontré le critère quantitatif de consensus mais ont été modifiés (soit par reformulation, ajout ou suppression d'éléments, ou clarification à l'aide d'exemples) et présentés au deuxième tour. Deux (2) items ont été considérés valides, mais ont été néanmoins retirés en raison de commentaires des experts évoquant leur caractère non discriminant. Trois (3) items n'ont pas obtenu de consensus quant à leur validité, mais ont fait l'objet de modifications suite aux suggestions des experts, menant à la création de deux nouveaux items hybrides (présentés au deuxième tour) fusionnant des éléments considérés valides quoique redondants et exempts des éléments problématiques soulevés par les experts. Enfin, deux (2) items ont été considérés non valides, mais ont

fait l'objet de suggestions de réécriture afin d'être intégrés dans la version consolidée de l'outil²².

En résumé, suite au premier tour de consultation, 44 des 48 items initiaux sont considérés comme respectant le critère quantitatif préétabli de validité de contenu, ce qui représente 91,6% de notre bassin initial d'items. Après les reformulations, retraits et fusions d'items effectués au terme de ce premier tour, nous avons présenté 45 items au seul expert participant lors du deuxième tour de consultation.

Synthèse des résultats du deuxième tour de l'étude DELPHI

Le seul expert participant au deuxième tour a offert des commentaires qualitatifs sur les caractères observable, discriminant et clair des 45 items présentés. Deux (2) items ont été jugés peu ou pas observables, ou insuffisamment clairs ou discriminants. Nous avons pris la décision de les retirer. Ainsi, 43 des 45 items ont été considérés valides, ce qui représente 95.6% de notre échantillon d'items présentés au deuxième tour.

Discussion

Une méthode Delphi modifiée en deux tours de consultation auprès de trois cliniciens-experts francophones canadiens a été utilisée afin d'obtenir des scores quantitatifs et des commentaires qualitatifs sur le caractère observable, clair et discriminant des items de notre *Échelle d'évaluation de la qualité du processus d'avancer-ensemble* (ÉQUAPA), une mesure observationnelle du processus de changement psychothérapique inspirée des travaux du *Boston Change Process Study Group*.

²² De la documentation supplémentaire est disponible sur demande auprès des auteurs pour prendre connaissance de la liste des items et des scores accordés à ceux-ci au premier tour par les juges experts quant aux qualités observable, claire et discriminante de ces items.

Les 43 items retenus présentent au final une validité de contenu adéquate. Il s'agit là d'un résultat très encourageant compte tenu de la nature complexe des phénomènes à l'étude. Il suggère que nous avons adéquatement procédé à leur opérationnalisation en items observables.

Malgré nos efforts importants de recrutement, toutefois, les résultats de cette étude de validité de contenu sont à considérer avec prudence, car ils reposent sur l'avis d'un petit échantillon d'experts consultés, une limite ayant entraîné des modifications à la méthode Delphi envisagée. Néanmoins, les trois experts ayant choisi de participer comptaient de nombreuses années d'expérience clinique (tant comme thérapeutes que comme superviseurs), étaient familiers avec le modèle du BPCSG et représentaient un bel épan de perspectives théoriques et cliniques, ce qui mitige à notre sens la limite notée. De plus, de manière générale, les trois experts nous ont généreusement offert plusieurs commentaires substantiels qui ont permis d'améliorer les items de l'ÉQUAPA. Ils ont en outre globalement endossé notre opérationnalisation et souligné l'utilité potentielle de l'instrument en recherche et en formation clinique.

Étude 2 : Fidélité et consistance interne

Objectifs

Afin de poursuivre le processus de validation *de l'échelle d'Évaluation de la qualité du processus d'avancer-ensemble* (ÉQUAPA), deux objectifs ont été poursuivis dans le cadre de cette seconde étude : (a) former un juge à l'utilisation adéquate de l'ÉQUAPA ; (b) procéder aux premières analyses de validité et de fidélité.

Méthode

Juges et processus de formation à l'ÉQUAPA

Deux étudiantes en psychologie de niveau doctoral s'identifiant à l'approche psychodynamique relationnelle et ayant une pratique clinique auprès d'adultes depuis un à quatre ans, dont la conceptrice principale du manuel de cotation, ont agi comme juges. La formation à la cotation qui a été offerte a été amorcée par deux heures de formation théorique centrées autour de : (a) la présentation des fondements théoriques de l'instrument, en expliquant les idées centrales du modèle du BCPSG ; (b) la présentation détaillée de l'instrument, avec ses 3 domaines, 7 dimensions, 16 indicateurs et 43 items ; et (c) la présentation des principes et de la procédure de codification des items sur une échelle de Likert à 5 points, explicités dans le manuel de cotation. Une attention particulière a été portée à l'opérationnalisation et l'exemplification des moments de rencontre, qui font la spécificité de l'outil. Vingt heures de formation pratique ont ensuite été offertes, impliquant en premier lieu le visionnement et la cotation de séquences interactionnelles d'environ dix minutes représentatives de différents niveaux de qualité (faible, moyenne, élevée) pour chacun des 16 indicateurs de l'outil et, en deuxième lieu, la cotation indépendante de deux séances complètes de 50 minutes. Cette première phase de formation a été suivie de rétroactions et d'échanges entre la juge principale et la juge en formation pour atteindre un consensus sur la compréhension de chaque item et de chacun de ses cinq niveaux de qualité, permettant ainsi de continuer d'améliorer l'opérationnalisation des items. Aux fins de référence, le Tableau 1 présente en détails la structure hiérarchique finale de l'ÉQUAPA en domaines (3), dimensions (6), indicateurs (13) et items (38).

Matériel clinique utilisé

Les séances utilisées proviennent d'une archive de rencontres de psychothérapie à laquelle le dépositaire nous avait donné accès. Cette archive est constituée d'enregistrements vidéo de psychothérapies brèves (jusqu'à 20 rencontres) d'orientation

humaniste menées avec des clients ayant consulté dans une clinique universitaire de services psychologiques pour des motifs divers. Les clients avaient tous consenti à ce que leurs rencontres de psychothérapie soient enregistrées à des fins de recherche. Pour garantir plus avant leur anonymat, les visages des participants (thérapeutes tout autant que clients) avaient été floutés avant leur utilisation pour l'étude.

Un total de 124 séances tirées de l'archive, rencontrant les critères de sélection pour l'étude (qualité de l'enregistrement vidéo ; séances représentatives des différentes phases du suivi), était disponible. Deux d'entre elles se sont révélées à l'écoute très atypiques et ont été retirées afin de ne pas biaiser indûment les résultats. Au final, 122 séances ont donc été utilisées; celles-ci provenaient de 12 dyades client-thérapeute distinctes. Les clients de l'échantillon, quatre femmes et trois hommes étaient âgés entre 20 et 43 ans et travaillaient à temps plein ou à temps partiel. La majorité d'entre eux étaient célibataires et n'avaient pas d'enfants. Les sept thérapeutes, six femmes et un homme, étaient internes doctoraux en psychologie, âgés entre 20 et 28 ans et ils effectuaient une année de pratique supervisée à la clinique universitaire.

Échantillon préliminaire et final

Au terme de la formation, les deux responsables de l'étude ont pris la décision de retirer un item (i15) pour lequel les discussions entre les juges ne permettaient pas de trouver une entente depuis les premiers essais de cotation. Par la suite, un échantillon aléatoire de 17 séances de 50 minutes ont été cotées indépendamment par les deux juges afin d'évaluer l'accord interjuges préalable à la cotation du reste du matériel de recherche, et pour statuer sur les indicateurs (et les items les composant) qui posaient toujours des problèmes.

Les 105 séances restantes ont ensuite été assignées aléatoirement à chacune des deux juges. Parmi celles-ci, 41 séances (43 % du matériel) ont été cotées par les deux juges pour les fins du calcul de leur accord. Il est important de noter que les juges étaient

aveugles aux séances sélectionnées pour l'accord; de plus, les séances provenant d'une même dyade leur ont été assignées de manière espacée et aléatoirement en regard du moment chronologique dans le processus thérapeutique afin de limiter autant que possible les effets de report ('*carryover effect*') dans la cotation.

Plan d'analyse des données

Il est important de noter que l'ÉQUAPA est conçue de manière à ce que le plus petit score utilisable soit le score à l'indicateur, qui est calculé par l'addition des scores aux items le composant. L'analyse de la fidélité interjuges suit donc le modèle ICC(2, k) de Shrout et Fleiss (1979) où k représente le nombre d'items composant l'indicateur; l'indice reflète donc l'accord absolu entre deux juges pour la mesure moyenne à chaque indicateur. D'autre part, les différents niveaux hiérarchiques (indicateurs, dimensions, domaines) de l'ÉQUAPA visant à refléter au mieux la structure théorique du modèle du BCPSG, la consistance interne de ces niveaux est évaluée sur la base de l'indice α de Cronbach (1951).

Résultats

Fidélité interjuges suite à la formation des juges

La seconde colonne du Tableau 2 présente les résultats des analyses de fidélité interjuges aux 16 indicateurs initiaux de l'ÉQUAPA portant sur l'échantillon de 17 séances prévu pour la formation des juges. Les juges ont obtenu un accord de modéré à excellent ($\geq .40$) pour 14 de ces 16 indicateurs. Tel que mentionné plus haut, une ronde de discussion entre les juges a visé à clarifier la nature des désaccords aux deux indicateurs problématiques avant de procéder plus avant.

Fidélité interjuges et consistance interne initiale des indicateurs

La troisième colonne du Tableau 2 présente les résultats des analyses de fidélité interjuges aux 16 indicateurs initiaux portant sur un échantillon de 41 séances. Les

juges ont de nouveau obtenu un accord de modéré à excellent ($ICC \geq .40$) pour 14 de ces 16 indicateurs. Deux indicateurs se sont révélés problématiques.

D'autre part, la quatrième colonne du Tableau 2 permet de voir que les indices initiaux de consistance interne des indicateurs se sont révélés acceptables à excellents ($\alpha \geq .70$) pour 12 indicateurs, limites ($\alpha = .64$ et $\alpha = .67$) pour deux indicateurs, et problématiques ($\alpha < .60$) pour deux autres.

Sur ces bases, nous avons revu les items qui généraient des problèmes pour la fidélité, la consistance ou les deux, afin d'identifier des changements à apporter à la version finale de l'ÉQUAPA qui demeurent cohérents avec la structure théorique du modèle du BCPSG. Cela a mené à la décision de retirer deux indicateurs (identifiés dans le Tableau 2 comme "pré-6" et "pré-8") et les items les composant, puis de fusionner deux autres indicateurs (identifiés comme "pré-9" et "pré-10") en un seul nouvel indicateur.

Consistance interne de l'ÉQUAPA au terme des modifications apportées

La seconde colonne du Tableau 3 présente les résultats des analyses de consistance interne réalisées sur les 13 indicateurs finaux de l'ÉQUAPA suite aux coupures et fusion décrites ci-haut. Onze indicateurs ont une consistance interne acceptable à excellente ($.72 \geq \alpha \geq .98$), tandis que deux en ont une demeurant limite ($.64 \geq \alpha \geq .67$). Les troisième et quatrième colonnes du Tableau 3 présentent par ailleurs, respectivement, la consistance interne des dimensions et celles des domaines.

Discussion

Les résultats montrent d'abord que des juges ayant reçu une formation relativement restreinte sont en mesure de montrer un accord de modéré à quasi-parfait pour la cotation de la grande majorité des indicateurs (soit le plus petit score utile de l'instrument), malgré la complexité des phénomènes cliniques à évaluer.

Une revue des désaccords entre les juges suggère certaines pistes d'explication qui pourraient s'avérer utiles dans le raffinement du manuel de cotation et dans un guide de formation éventuel. Premièrement, dans certains cas, les deux juges n'ont pas montré la même sensibilité aux phénomènes implicites (signaux non verbaux d'intentions et d'affects). Il est néanmoins apparu clair aux deux juges que le climat affectif (séduction / tension / intimité accrue / distance accrue) et l'impression de 'non-dits' au sein de la relation thérapeutique ne peuvent être ignorés durant le processus de cotation, sans quoi les scores de qualité ne seront pas représentatifs de ce qui se joue (sans toutefois se dire) au sein de la dyade thérapeutique. Cela suggère de porter une attention toute particulière en formation aux différents types de climat affectif et d'adresses au thérapeute qui peuvent se produire en séance. Deuxièmement, il est possible que ponctuellement, des réactions contre-transférentielles affectent la manière dont les juges procèdent à la cotation. Il est possible qu'à ce stade, la formulation de certains items manque de précisions quant à la gestion du contre-transfert qui permettrait peut-être de limiter l'interférence des réactions contre-transférentielles chez les juges. Troisièmement, il est possible qu'un décalage trop marqué dans l'expérience clinique des juges puisse affecter leur interprétation des phénomènes à coter. Bien que nous ayons poursuivi les efforts pour bonifier l'opérationnalisation des items afin de minimiser ces sources de désaccords dans la cotation, nous recommanderions que les juges formés à l'ÉQUAPA en soient à des niveaux similaires d'expérience clinique. Quatrièmement, des désaccords ont été initialement observés dans la cotation des items associés aux moments-maintenant et aux moments de rencontre. Il nous apparaît que de tels moments demeurent rares, surtout lorsqu'ils sont initiés par le client. Ainsi, la variabilité des scores à ces items est faible, de sorte que lorsque les deux juges ont des désaccords dans la perception de tels moments, l'accord chute drastiquement. Ces données nous indiquent que l'opérationnalisation de ces items est encore à bonifier, en nous assurant d'augmenter le nombre d'exemples dans la formation des juges. Cela dit, il est également possible que le manque d'expérience clinique des thérapeutes de notre échantillon ait fait en sorte qu'ils ne soient pas encore en mesure de déployer

pleinement les habiletés relationnelles et le climat relationnel qui est encouragé dans le modèle du BCPSG. Sans compter que la durée des suivis étant de 20 rencontres et moins, cela pourrait ne pas représenter un nombre de séances suffisant pour que le client soit prêt à formuler un commentaire ou une question sur l'état de sa relation réelle avec son thérapeute. Finalement, quatre items ont mené aux désaccords observés aux deux indicateurs que nous avons retiré ("pré-6" et "pré-8") sur la base de critères statistiques. Ceux-ci réfèrent à la résolution des ruptures ainsi qu'à la manière dont le thérapeute gère les malentendus et les tentatives de déviation du cadre opérées par le client. Une meilleure définition du seuil pour distinguer la micro-rupture de la rupture manifeste aurait peut-être été nécessaire et s'avère une piste de raffinement future.

Discussion générale

Limites et apports des deux études portant sur le développement de l'ÉQUAPA

Notre étude DELPHI modifiée en deux tours nous a permis de conclure que les items de l'ÉQUAPA avaient une validité de contenu adéquate. Toutefois, cette conclusion se base sur les évaluations d'un petit échantillon d'experts. En effet, il demeure que trois est un nombre d'experts nettement plus conservateur que celui que nous avons visé au départ et que celui recommandé habituellement dans les études DELPHI. Néanmoins, leur bagage solide de connaissances et de compétences comme chercheurs et/ou superviseurs spécialisés dans le domaine de la relation thérapeutique ou du changement psychothérapeutique nous encourage quant à la légitimité et la valeur de nos opérationnalisations et de notre mesure en général. D'autre part, en ce qui a trait aux analyses statistiques de la seconde étude, les scores obtenus ne peuvent être considérés comme totalement indépendants malgré nos efforts pour en minimiser l'impact. En effet, la nature de l'échantillon de séances de thérapie utilisé, où plusieurs séances se trouvent nichées dans les dyades client-thérapeute, pourrait avoir eu pour effet de

surestimer les indices obtenus, même si l'ampleur de cette possible surestimation est difficile à évaluer, voire à confirmer.

Il n'en demeure pas moins qu'un premier pas a été réalisé sur le chemin de la validation de l'ÉQUAPA, même si d'autres seront nécessaires pour la compléter. Tout effort pour démontrer l'efficacité des traitements psychothérapeutiques s'appuie largement sur les instruments de mesure conçus pour évaluer le processus de changement (Ogles, 2013). Nos résultats encourageants quant à la fidélité et la consistance interne de l'ÉQUAPA nous indiquent que nos efforts d'opérationnalisation des thèses du BCPSG ont permis le développement d'une mesure qui pourra contribuer à l'avancement de nos connaissances sur le changement psychothérapeutique.

Les concepts de moments-maintenant et de moments de rencontre, d'accordage affectif et de régulation dyadique, d'engagement affectif authentique de la dyade et d'efforts pour saisir ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la relation réelle et transféro-contre-transférentielle, de vitalisation au sein de la dyade et de charge affective tolérée et élaborée par la dyade, d'indices évoquant la continuité du lien et de champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique, nous apparaissent indispensables malgré la complexité qu'ils introduisent pour mesurer de manière plus complète les différents ingrédients d'une relation thérapeutique de qualité, incluant les processus relationnels implicites qui sous-tendent et soutiennent les mécanismes d'action thérapeutique associés à la technique du thérapeute.

Recherches futures et implications pour la pratique

À cette étape, l'ÉQUAPA doit être étudiée plus avant, notamment en évaluant les validités convergente et divergente avec d'autres mesures du processus ou de l'alliance thérapeutique. Une étude est en cours à cet effet. À terme, nous espérons que l'ÉQUAPA pourra servir comme mesure des processus de changement dyadiques et relationnels implicites en psychothérapie.

Au vu des commentaires formulés par nos experts, l'ÉQUAPA pourrait aussi être employée par des cliniciens dans une perspective de développement professionnel ou de supervision afin d'avoir des balises pour évaluer le processus thérapeutique d'une dyade formée d'un supervisé et de son client, et pour fournir au supervisé une rétroaction constructive visant à favoriser son développement professionnel. Dans une visée similaire, l'ÉQUAPA pourrait également être utilisée par des cliniciens qui souhaiteraient avoir des balises pour mieux évaluer de manière autonome la qualité de leur processus thérapeutique avec un ou plusieurs de leurs clients. Cela pourrait permettre de cibler les forces et les défis à relever par le supervisé, le clinicien, ou la dyade client-clinicien évaluée, l'évolution de ces forces et défis, ainsi que l'évolution du processus thérapeutique de la dyade client-clinicien à travers le temps.

Références

- American Educational Research Association. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. American Psychological Association.
- Aron, L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues*, 1(1), 29-51.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Analytic Press.
- Bayles, M. (2007). Is verbal symbolization a necessary requirement of analytic change?. *Psychoanalytic Dialogues*, 17(3), 455-477.
<https://doi.org/10.1080/10481880701415798>
- Beebe, B. (1998). A procedural theory of therapeutic action: Commentary on the symposium "Interventions that effect change in psychotherapy". *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 333-340.
- Bergin, A.E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(4), 235-246.
- Binder, J. L., et Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 121-139.
- Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2002). Explicating the implicit: The local level and the microprocesses of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 83(5), 1051-1062.
<https://doi.org/10.1516/00207570260338746>

- Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2005a). The «something more» than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 693-729. <https://doi.org/10.1177/00030651050530030401>
- Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2005b). Response to commentaries. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 761-769. <https://doi.org/10.1177/00030651050530030501>
- Boston Change Process Study Group (BCPSG) et Nahum, J.P. (2008a). Forms of relational meaning: Reply to commentaries. *Psychoanalytic Dialogues*, 18(2), 197-202. <https://doi.org/10.1080/10481880801909583>
- Boston Change Process Study Group (BCPSG) et Nahum, J.P. (2008b). Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and reflective-verbal domains. *Psychoanalytic dialogues*, 18(2), 125-148. <https://doi.org/10.1080/10481880801909351>
- Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2010). *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*. Norton & Company.
- Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2018a). Moving through and being moved by: Embodiment in development and in the therapeutic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 54(2), 299-321. <https://doi.org/10.1080/00107530.2018.1456841>
- Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2018b) Engagement and the emergence of a charged other. *Contemporary Psychoanalysis*, 54(3), 540-559. <https://doi.org/10.1080/00107530.2018.1490616>

- Bruschweiler-Stern, N., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W. et Stern, D. N. (2007). The foundational level of psychodynamic meaning: implicit process in relation to conflict, defense and the dynamic unconscious. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 843–860.
<https://doi.org/10.1516/t2t4-0x02-6h21-5475>
- Clyman, R.B. (1991). The procedural organization of emotions: A contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39(Suppl), 349-382.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Davis, J.T. (2001). Revising psychoanalytic interpretations of the past: An examination of declarative and non declarative memory processes. *International Journal of Psychoanalysis*, 82(3), 449-462. DOI: [10.1516/0020757011600966](https://doi.org/10.1516/0020757011600966)
- De Jonghe, F, Rijniere, P., & Janssen, R. (1992). The role of support in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40(2), 475-499. <https://doi.org/10.1177/000306519204000208>
- DeYoung, P. A. (2018). Moments of meeting and the problem of shame: A brief history of relational therapy. Dans S. Lord (Ed.), *Moments of meeting in psychoanalysis: Interaction and change in the therapeutic encounter* (p. 84-99). Routledge.
- Doran, J.M. Safran, J.D., Waizmann, V., Bolger, K. et Muran, J.C. (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research*, 22(6), 710-719.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709326>

- Ellman, S.J. et Moskowitz, M. (2008). A Study of the Boston Change Process Study Group. *Psychoanalytic Dialogues*, 18(6), 812-837.
<https://doi.org/10.1080/10481880802473357>
- Eubanks, C. F., Lubitz, J., Muran, J. C. et Safran, J. D. (2019). *Rupture Resolution Rating System*. PsycTESTS. <https://dx.doi.org/10.1037/t76711-000>
- Ferenczi, S. et Rank, O. (1924). *The development of psychoanalysis* (traduit par C. Newton). Kessinger Publishing.
- Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D., Burnand, B., LaCalle, J. R., Lázaro, P., van het Loo, M., McDonnell, J., Vader, J. P. et Kahan, J. P. (2001). *The RAND/UCLA appropriateness method user's manual*. RAND.
- Fonagy, P. (1998). Moments of change in psychoanalytic theory: discussion of a new theory of psychic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 346–353. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<346::AID-IMHJ12>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<346::AID-IMHJ12>3.0.CO;2-X)
- Freud, S. (1936). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* (traduit par A. Berman). Gallimard.
- Gabbard, G.O. et Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 84(4), 823-841.
<https://doi.org/10.1516/002075703768284605>
- Ginot, E. (2009). The empathic power of enactments: The link between neuropsychological processes and an expanded definition of empathy. *Psychoanalytic Psychology*, 26(3), 290–309. <https://doi.org/10.1037/a0016449>

- Gossmann, M. (2009). Affect-communication: The «something more than interpretation». *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 4(3), 330-353. <https://doi.org/10.1080/15551020902730299>
- Greenberg, J. (1996). Psychoanalytic words and psychoanalytic acts: A brief history. *Contemporary Psychoanalysis*, 32(2), 195-203. <https://doi.org/10.1080/00107530.1996.10746949>
- Gregory, R.J. (2004). *Psychological tests: History, principles, and applications* (4^e éd.). Pearson.
- Grossmark, R. (2012). The unobtrusive relational analyst. *Psychoanalytic Dialogues*, 22, 629–646.
- Guilford, J. P. (1965). *Fundamental statistics in psychology and education*. McGraw-Hill.
- Hasson, F., Keeney, S. et McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008–1015. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
- Herzog, B. (2011). Procedural interpretation: A method of working between the lines in the nonverbal realm. *Psychoanalytic Inquiry*, 31(5), 462-474. <https://doi.org/10.1080/07351690.2011.552050>
- Holinger, P.C. (1999). Non-interpretive interventions in psychoanalysis and psychotherapy: A developmental perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 16(2), 233-253. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.16.2.233>
- Jacobs, T. (1994). Nonverbal communications: Some reflections on their role in the psychoanalytic process and psychoanalytic education. *Journal of the American*

Psychoanalytic Association, 42(3), 741-762.

<https://doi.org/10.1177/000306519404200304>

Jordan, L. (1997). Nonverbal communication in analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45(4), 1261-1269.

<https://doi.org/10.7575/aiac.all.v.9n.3p.19>

Knoblauch, S.H. (2008). “A lingering whiff of descartes in the air”: From theoretical ideas to the messiness of clinical participation: Commentary on paper by the Boston Change Process Study Group, *Psychoanalytic Dialogues*, 18(2), 149–

161. <https://doi.org/10.1080/10481880801909500>

Larsson, M.H., Björkman, K., Nilsson, K. Falkenström, F., Holmqvist, R. (2019). The Alliance and Rupture Observation Scale (AROS): Development and validation of an alliance and rupture measure for repeated observations within psychotherapy sessions. *Journal of Clinical Psychology*. 75, 404–417.

<https://doi.org/10.1002/jclp.22704>

Levenkron, H. (2009). Engaging the implicit: Meeting points between the Boston Change Process Study Group and relational psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 45(2), 179-217.

<https://doi.org/10.1080/00107530.2009.10745995>

Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4) 576-617.

<https://doi.org/10.1080/07351699909534267>

Lyons-Ruth, K. (2000). ‘‘I sense that you sense that I sense...’’: Sander’s recognition process and the specificity of relational moves in the

psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal*, 21(1–2), 85–98.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(200001/04\)21:1/23.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/23.0.CO;2-F)

Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., Stern, D. et Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282–289. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O)

Maas, C. J. et Hox, J. (2005). Sufficient sample sizes for multilevel modeling. *Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 1(3), 86–92. <https://doi.org/10.1027/1614-2241.1.3.86>

Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. Basic Books.

Morgan, A. C. et Boston Change Process Study Group. (1998). Moving along to things left undone. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 324–332.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<324::AID-IMHJ9>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<324::AID-IMHJ9>3.0.CO;2-L)

Nahum, J. P., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Sander, L., Stern, D. N. et Tronick, E. Z. (1998). Case illustration: moving along...and is change gradual or sudden? *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 315–319.

Okoli, C. et Pawlowski, S. D. (2004). The Delphi method as a research tool: An example, design considerations and applications. *Information et Management*, 42(1), 15–29. <https://doi.org/10.1016/j.im.2003.11.002>

Raudenbusch, S. W. et Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (2^e éd.). Sage.

- Schwaber, E. (1998). The non-verbal dimension in psychoanalysis: 'State' and its clinical vicissitudes. *International Journal of Psychoanalysis*, 79(4), 667-679.
- 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. N., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. et Tronick, E. Z. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 300–308. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<300:AID-IMHJ5>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<300:AID-IMHJ5>3.0.CO;2-P)
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N. et Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79(5), 903–921.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E. et Brandchaft, B. (dir.). (1994). *The intersubjective perspective*. Jason Aronson.
- Tronick, E. Z. (1998). Interventions that effect change in psychotherapy: A model based on infant research. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 277–279.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<277:AID-IMHJ1>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<277:AID-IMHJ1>3.0.CO;2-J)
- Tronick, E.Z. (2003). “Of course all relationships are Unique”: How co-creative processes generate unique mother–infant and patient–therapist relationships and change other relationships. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for*

Mental Health Professionals, 23(3), 473-491.

<https://doi.org/10.1080/07351692309349044>

Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. et Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290–299. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<290:AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<290:AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q)

Vivona, J.M. (2009). Embodied language in neuroscience and psychoanalysis, *Journal of American Psychoanalytic Association*, 57(6), 1327-1360. <https://doi.org/10.1177/0003065109352903>.

Tableau 2.1. Structure hiérarchique théorique finale de l'ÉQUAPA en domaines (3), dimensions (6), indicateurs (13) et items (38), à la fin du processus de formation et suite aux analyses de fidélité et de consistance interne

Domaine I : Qualité de la recherche de directions partagées dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique		
Dimensions	Indicateurs	Items
(DP) Maintien actif de la recherche de directions partagées dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique	1-Tentatives du thérapeute de saisir le plus justement possible ce qui se passe dans la relation thérapeutique	<p>01. Le thérapeute formule une inférence sur l'intention du client ou favorise une exploration de l'intention du client, telle qu'elle se manifeste dans l'ici et maintenant de leur relation.</p> <p>02. Le thérapeute intervient en faisant référence aux affects/ pensées / fantasmes / désirs / besoins / à la dynamique du client, tels qu'ils lui apparaissent se manifester dans l'ici-et-maintenant de leur relation.</p> <p>03. Le thérapeute favorise une exploration de la manière dont la relation se structure actuellement entre eux et/ou de la manière dont le processus thérapeutique se structure depuis la ou les dernière(s) séance(s).</p> <p>04. Le thérapeute maintient sa participation verbale et affective à l'exploration de la relation thérapeutique et/ ou du processus thérapeutique.</p>

2-Tentatives du client de saisir le plus justement possible ce qui se passe dans la relation thérapeutique

05. Le client démontre qu'il cherche à préciser l'intention/ les pensées / les affects / les besoins / les attentes / les perceptions du thérapeute, par exemple en formulant une inférence sur ce qui se passe dans la tête du thérapeute ou en lui posant une question faisant référence à leur relation.

06. Le client observe et/ou tente d'analyser sa manière d'être en relation avec le thérapeute. *Le client est ici centré sur sa propre dynamique relationnelle, telle qu'elle se manifeste avec le thérapeute.*

07. Le client maintient sa participation verbale et affective à l'exploration de la relation et/ou du processus thérapeutique.

(MR) Moment(s) de rencontre

3-Émergence de moment(s)-maintenant

08. Le client formule une question/ un commentaire inattendu dans son 'à propos' ('timing'), qui donne l'impression de sortir brusquement du flot du dialogue en cours et qui exerce une pression pour que le thérapeute se prononce honnêtement sur ses perceptions de lui et/ou de leur relation « réelle » (*c'est-à-dire leur relation 'de personne à personne' plutôt que de 'client à thérapeute'*).

09. La question/le commentaire du client représente un défi clinique pour le thérapeute, qui devient déstabilisé/ hésitant/ surpris/ saisi/ inconfortable, voire anxieux/ pris au dépourvu/ déconcerté.

4-Signature personnelle du thérapeute en réponse au moment(s)-maintenant

10. La réponse du thérapeute au moment-maintenant est caractérisée par un accroissement de sa participation affective habituelle et de l'utilisation habituelle de son individualité et ce, au service d'une connexion affective avec le client (*n'est pas un agir agressant envers le client*).

5-Moment(s) de
rencontre

11. La réponse du thérapeute est évocatrice, particularisée, ajustée (tact, bienveillance, à-propos, justesse de la réponse) et cible un élément central de l'état intentionnel et émotionnel du client, tel qu'il se manifeste dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique.

12. La réaction du client (ex : silence, montée d'affects, exclamation, contact visuel soutenu, hochements de tête, surprise) à l'intervention du thérapeute paraît authentique et indique que son besoin ou son intention a été bien saisi par le thérapeute.

13. Thérapeute et client paraissent vitalisés (énergisés, revigorés, enthousiastes) «ensemble» suite au moment de rencontre, dans un climat d'authenticité réciproque et d'humanité partagée, de sorte que l'asymétrie entre eux paraît moindre que d'habitude.

14. Suite au moment de rencontre, thérapeute et client paraissent profiter d'un « moment de grâce » dans la séance, d'une pause où ils s'arrêtent ensemble et paraissent libérés d'une pression de trouver quoi dire, quoi faire, ou ce que l'autre cherche à dire ou à faire (*ils partagent un silence complice exempt de malaise en maintenant le contact visuel*).

 Domaine II : Qualité de la négociation co-créative de l'imprécision et de l'indétermination des interactions

Dimensions	Indicateurs	Items
(EN2) Engagement des deux partenaires dans le processus thérapeutique	6-Ouverture/ Tolérance du client à l'imprécision des interactions thérapeutiques	15. Le client est tolérant aux difficultés d'expression (<i>difficultés de trouver les mots justes</i>) et de compréhension (<i>difficultés de saisir correctement et d'emblée le propos du partenaire</i>) qui émergent dans l'interaction. <i>Cet item vise donc à évaluer comment le client gère ce type de difficultés (avec confort, calme, patience et bienveillance vs avec nervosité, impatience, agressivité, honte, sentiment d'être inadéquat).</i>
		16. Le client fait des efforts d'affirmation de soi et de clarification des malentendus, désaccords et difficultés de compréhension qui émergent entre lui et le thérapeute. Ces efforts sont au service de l'atteinte d'une meilleure compréhension de son fonctionnement psychologique (vs le client s'affirme avec hostilité).
	7-Participation active, réciproque, affective et non défensive à l'interaction	17. Thérapeute et client suivent l'échange en cours, sont attentifs et concentrés sur ce que leur partenaire exprime verbalement ou implicitement. <i>Le climat affectif au sein de la dyade ressemble à : J'écoute ce que tu me dis ; je suis vraiment là, ici, avec toi.</i>
		18. Thérapeute et client sont ouverts à la participation du partenaire à l'échange.
		19. Thérapeute et client montrent des signes verbaux, non verbaux et paraverbaux d'intérêt, de curiosité et de valorisation pour ce que le partenaire a

à dire. *Le climat affectif au sein de la dyade ressemble à : Non seulement j'écoute ce que tu me dis, mais ça m'intéresse et je trouve ça pertinent.*

20. La posture corporelle et les expressions faciales de thérapeute et client évoquent une présence d'esprit et/ou une réflexion active lors des silences (vs les silences sont «vides» ou «défensifs»).

(BI) Émergence de buts intersubjectifs à moyen et long termes

8-Direction clinique

21. Thérapeute et client partagent un intérêt pour l'évolution (actuelle et/ou souhaitée) du client. Par évolution, nous faisons référence aux attentes de changement ainsi qu'aux gains thérapeutiques / progrès du client.

22. Thérapeute et/ou client fait des commentaires qui évoquent la continuité du processus thérapeutique de séance en séance. *Cet item est ainsi axé sur l'engagement du client et du thérapeute envers leur suivi ensemble.*

23. Thérapeute et client persévèrent dans leurs efforts d'exploration de l'expérience du client afin de mieux en comprendre le sens.

9-Centration sur les besoins du client

24. Les interventions du thérapeute sont centrées sur le client : sur sa dynamique, ses besoins, désirs et ses préoccupations.

25. Thérapeute et client élaborent sur la base des contributions précédentes du partenaire, de sorte qu'il y a une continuité entre les contributions de chacun et une centration sur un élément central des contributions précédentes du partenaire.

26. Le thérapeute formule ses interventions avec ‘à propos’ (‘timing’), de sorte que le rythme de l’échange paraît adapté à la capacité de régulation affective, au tempérament et à l’état affectif transitoire du client. *Timing = Formuler les choses au moment où le client est prêt à l’entendre, donc ne se sent ni brusqué ni freiné dans son exploration. Si le timing est bon, le client devrait continuer d’élaborer avec affect, plutôt que de se refermer.*

27. Le thérapeute emploie un vocabulaire affectif diversifié et précis pour aider à clarifier l’expérience affective du client. (*Exemples de mots affectivement chargés : culpabilité, honte, déception, regret, remord, humiliation, méfiance, agressivité, tristesse, désespoir, excitation, joie, amertume, rancune, etc.*)

28. Les contributions du thérapeute témoignent d’une préoccupation pour la conflictualité et la complexité du psychisme du client, par exemple en étant sensible à l’ambivalence du client et aux phénomènes inconscients qui pourraient être impliqués dans ses difficultés ou encore en étant sensible aux nuances, aux différentes possibilités et en évitant d’avoir recours à la simplification lorsqu’il formule ses interventions. *Le climat affectif préconisé au sein de la dyade ressemble à : « Nous avons chacun notre subjectivité propre et des dilemmes intérieurs. Nous ne pouvons pas être toujours conscients de ce qui nous amène à penser / ressentir / se comporter de telle ou telle manière, car malgré nous, nous conservons certaines expériences cachées ou déguisées pour nous protéger. Néanmoins, ensemble, nous pouvons essayer de mieux comprendre. »*

 Domaine III : Qualité du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique

Dimensions	Indicateurs	Items
(SÉ) Lien affectif sécurisant au sein de la dyade	10-Conditions sécurisantes mises en place par le thérapeute	<p>29. L'attitude du thérapeute évoque une préoccupation bienveillante sincère pour le client lorsqu'il formule ses interventions. <i>L'attitude affective du thérapeute ressemble à : Je me soucie de toi, de ce qui t'arrive, de ce que tu souhaites et de ce qui te fait souffrir. Cet item est axé sur l'attitude affective du thérapeute envers le client.</i></p>
		<p>30. L'attitude du thérapeute évoque une acceptation sincère du client dans l'ensemble de son expérience, sans toutefois se montrer complaisant face aux représentations pathogènes du client. <i>L'attitude affective du thérapeute ressemble à : Peu importe ce que tu vis, je peux l'entendre et je continue de te considérer comme une personne digne de respect et d'amour. / Exemples de représentations pathogènes : Je ne suis pas aimable ; je suis une victime ; je suis un raté ; les gens sont malveillants ; les gens finissent toujours par partir.</i></p>
		<p>31. Le thérapeute formule ses interventions avec tact, doigté ou délicatesse. <i>L'attitude affective du thérapeute ressemble à : Je ne veux pas te blesser, je veux prendre soin de tes sensibilités. / Ne pas pénaliser le thérapeute si, malgré son tact, le client éprouve un peu de honte ou de culpabilité lorsqu'ils abordent des sujets sensibles pour lui.</i></p>
11-Indices sécurisants chez le client	<p>32. Le client fait preuve d'une volonté de collaborer au travail clinique et de s'abandonner au processus thérapeutique en acceptant d'« aller là où il ne s'attendait pas », de sorte qu'il parvient à avoir accès à un contenu auquel il n'avait jamais pensé auparavant ou à établir un nouveau lien inattendu ou</p>	

surprenant. *L'esprit de cet item est : Je ne pensais pas aller là aujourd'hui, mais allons-y, ça m'intrigue.*

33. Les contenus (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) explorés paraissent avoir une charge affective pour le client, qui la tolère et l'élabore.

(CO) Complexification du champ relationnel	12-Émergence d'éléments nouveaux et/ou surprenants	34. Thérapeute et/ou client fait des commentaires évoquant que le client a pris un risque en abordant avec le thérapeute un contenu (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) auparavant évité.
		35. Thérapeute et client parviennent à avoir accès à un contenu (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) particulièrement chargé affectivement et/ou fondamental pour mieux comprendre la dynamique du client, de sorte qu'un élément éclairant, nouvellement accessible et crucial au traitement du client vient d'être ciblé. <i>Cet item est axé sur l'atteinte d'une compréhension profonde, complexe et émotionnelle d'un élément central à la dynamique du client.</i>
	13-Intégration de différents contenus	36. Thérapeute et client contribuent au processus d'ajout de nuances et de mise en liens entre différentes étapes de la vie du client (enfance, adolescence, vie adulte). <i>N. B. On se centre ici sur l'évolution et/ou sur la continuité de la représentation de soi du client depuis son enfance ainsi que sur la qualité des efforts de la dyade pour complexifier cette représentation de soi.</i>

37. Thérapeute et client contribuent au processus d'ajout de nuances et de mise en liens entre différentes modalités d'expérience (pensées, affects, comportements) du client.

38. Thérapeute et client contribuent au processus d'ajout de nuances et de mise en liens entre différents contextes d'expression de la dynamique relationnelle du client (relations thérapeutiques/ professionnelles/ académiques/ familiales/ amicales/ amoureuses/ sexuelles).

Tableau 2.2. Résultats des analyses de fidélité interjuges aux deux phases de l'étude et des analyses initiales de la consistance interne des indicateurs de l'ÉQUAPA

Indicateur (items initiaux)	Phase: Formation des juges	Phase: Évaluation de la fidélité et de la consistance interne initiale	
	ICC(2, <i>k</i>); <i>n</i> = 17	ICC(2, <i>k</i>); <i>n</i> = 41	α ; <i>N</i> = 122
Indicateur 1 (1, 2, 3, 4)	.82	.72	.94
Indicateur 2 (5, 6, 7)	.76	.40	.81
Indicateur 3 (8, 9)	.47	.84	.93
Indicateur 4 (10, 11)	<u>.27</u>	.71	.98
Indicateur 5 (12, 13, 14)	<u>.21</u>	.69	.98
Indicateur 6 (16, 17)	.73	<u>.13</u>	<u>.27</u>
Indicateur 7 (18, 19)	.77	.44	.67
Indicateur 8 (20, 21)	.81	<u>.23</u>	.83
Indicateur 9 (22, 23)	.71	.62	.70

Indicateur 10 (24, 25)	.91	.63	<u>.55</u>
Indicateur 11 (26, 27, 28)	.71	.45	.72
Indicateur 12 (29, 30, 31, 32, 33)	.91	.57	.85
Indicateur 13 (34, 35, 36)	.78	.70	.80
Indicateur 14 (37, 38)	.89	.74	.64
Indicateur 15 (39, 40)	.89	.50	.74
Indicateur 16 (41, 42, 43)	.78	.69	.77

Note. Les indices soulignés renvoient à des résultats considérés comme problématiques.

Tableau 2.3. Indices de consistance interne des trois niveaux hiérarchiques de la structure de l'ÉQUAPA suite aux coupures et réaménagements des items et indicateurs visant à générer une version finale

Indicateur final ^a	α de Cronbach pour...		
(Items finaux)	Indicateur	Dimension	Domaine
Indicateur 1 (1, 2, 3, 4)	.94	.92	
Indicateur 2 (5, 6, 7)	.81		
Indicateur 3 (8, 9)	.93		.93
Indicateur 4 (10, 11)	.98	.98	
Indicateur 5 (12, 13, 14)	.98		
Indicateur 6 (16, 17)			

Indicateur 7 (18, 19)	.67		
Indicateur 8 (20, 21)		.76	
Indicateur 9 (items des indicateurs 9 et 10 fusionnés : 22, 23, 24, 25)	.76		.90
Indicateur 10 (24, 25)			
<hr/>			
Indicateur 11 (26, 27, 28)	.72		
Indicateur 12 (29, 30, 31, 32, 33)	.85	.88	
<hr/>			
Indicateur 13 (34, 35, 36)	.80		
		.75	.82
Indicateur 14 (37, 38)	.64		
<hr/>			

Indicateur 15 (39, 40)	.74	
		.79
Indicateur 16 (41, 42, 43)	.77	

$N = 122.$

CHAPITRE III

VALIDITÉ CONVERGENTE ET DIVERGENTE DE L'ÉCHELLE
D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU PROCESSUS D'AVANCER-ENSEMBLE
(ÉQUAPA) : UNE MESURE OBSERVATIONNELLE DU CHANGEMENT EN
PSYCHOTHÉRAPIE

Titre abrégé : VALIDITÉ DE CONSTRUIT DE L'ÉQUAPA

Validité convergente et divergente de l'Échelle d'Évaluation de la Qualité du
Processus d'Avancer-ensemble (ÉQUAPA)

Construct validity of the EQUAPA

Frédérique Lévesque-Belley et J. Éric Dubé

Résumé

En intégrant les plus récents travaux issus des mouvements relationnel et intersubjectif en psychanalyse et ceux en psychologie développementale, le Boston Change Process Study Group (BCPSG) a proposé un nouveau modèle du processus de changement en psychothérapie psychodynamique. Les processus relationnels implicites tels les moments de rencontre, le décodage d'intentions moment-par-moment et la régulation affective de la dyade, expliqueraient selon eux la majorité des changements thérapeutiques et soutiendraient la formulation d'interprétations transformatrices. Le but de cette étude était de poursuivre la validation de notre échelle d'Évaluation du Processus d'Avancer-ensemble (ÉQUAPA), un instrument de mesure observationnel inspiré des écrits du BCPSG. Cent-vingt et un enregistrements vidéo de séances de psychothérapie auprès d'une clientèle adulte présentant des difficultés variées ont été codifiés par des juges indépendants au moyen de l'ÉQUAPA et de trois mesures de l'alliance et du processus thérapeutique (CALPAS, VTAS-R et VPPS). Les validités convergente et divergente ont été évaluées au moyen de corrélations de Pearson. Les résultats montrent des patrons de corrélation qui soutiennent nos hypothèses a priori fondées sur les construits théoriques associés aux domaines et dimensions de l'ÉQUAPA, ce qui suggère un support supplémentaire à la validité de l'instrument. Il apparaît que l'ÉQUAPA se distingue néanmoins de mesures de l'alliance et du processus thérapeutique en raison de sa nature dyadique et interactionnelle, et de ses assises théoriques novatrices. Son utilisation en contexte de recherche, de supervision et d'enseignement se présente comme prometteuse.

Mots-clés: Processus de changement; Boston Change Process Study Group; relation thérapeutique; développement d'instrument; moment de rencontre

Abstract

New discoveries regarding change processes in psychodynamic psychotherapies were brought by developmentalists, intersubjectivists and relational therapists. The *Boston Change Process Study Group* (BCPSG) integrated these discoveries in their innovative model of therapeutic change, in which implicit relational processes such as moments of meeting, moment-by-moment communications of intentions as well as dyadic adjustment leading to affective attunement between therapist and client explain most therapeutic changes, including changes that come from the interpretations of the client's core unconscious conflicts. The goal of the present study is to further assess the construct validity of the EQUAPA, an observational measure inspired by the BCPSG's writings. 121 video recordings of therapeutic sessions practiced by young clinicians identifying with a humanistic approach and treating adults with various difficulties, have been rated by independent judges undergoing their graduate studies. Convergent and divergent validities have been assessed using three other measures of therapeutic alliance and therapeutic process (CALPAS, VTAS-R and VPPS). Results show patterns of correlations supporting our initial hypotheses, which were based on theoretical constructs associated with the EQUAPA's domains and dimensions. This brings further empirical support to the construct validity of our measure. Moreover, it appears that the EQUAPA is mostly distinct from other measures of therapeutic alliance and process/es, probably because of its dyadic and interactional focus as well as its assessment of moments of meeting. It could be put to promising good use in research, supervision and educational contexts.

Keywords: Psychotherapy process; Boston Change Process Study Group; instrument design; therapeutic relationship; moments of meeting

Introduction

Depuis les débuts du champ de recherches sur le processus de changement en psychothérapie psychodynamique, différents courants de pensée théorico-cliniques de même que différents travaux empiriques ont permis de clarifier plusieurs des ingrédients majeurs qui semblent favoriser le changement. L'emphase initiale portait sur la mise en mots et l'interprétation des angoisses, défenses et résistances, modes relationnels et conflits inconscients du client devant produire un changement intrapsychique (Freud, 1915/1958, 1932/1936; Strachey, 1934; pour une exception notable, voir : Ferenczi et Rank, 1924/2006). Plus récemment, l'influence des perspectives relationnelle et intersubjective en psychanalyse (DeYoung, 2018; Stolorow et coll., 1994) ainsi que des études développementales, notamment celles sur l'attachement et sur les interactions précoces mère-bébé caractérisées par une régulation dyadique ancrée dans la communication implicite d'intentions et d'affects, ont modifié cette emphase en soulignant l'importance des aspects interpersonnels dans le changement en psychothérapie (Beebe et Lachmann, 2002).

C'est sur ces bases que le Boston Change Process Study Group (BCPSG), un groupe de cliniciens et chercheurs composé de développementalistes, de psychanalystes et d'humanistes, a élaboré son modèle théorique du processus de changement en psychothérapie psychanalytique.

Le modèle du Boston Change Process Study Group

Le BCPSG adopte une approche relationnelle implicite du processus de changement, dans laquelle la qualité de la relation est centrale et considérée comme un facteur spécifique, nécessaire et suffisant à la survenue de changements. Le BCPSG (2010) identifie trois principaux éléments d'une relation y menant : (a) la qualité de la recherche engagée de directions partagées permettant l'atteinte d'états d'accordage affectif appelés « moments de rencontre »; (b) la qualité de la négociation créative de

l'imprécision et de l'indétermination des interactions thérapeutiques, et; (c) la qualité du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique.

Le *moment de rencontre* est le concept central de la théorie du processus de changement proposée par le BCPSG. Il s'agit d'un moment de connexion intentionnelle et émotionnelle authentique de personne à personne. Il y a atteinte d'un état d'accordage affectif suite à la mise en acte conjointe d'une nouvelle manière d'être en relation ensemble, jumelée à la reconnaissance implicite partagée de cet état d'accordage affectif. La relation serait ressentie comme plus ajustée, authentique, satisfaisante et moins rigide (BCPSG, 2010). Le moment de rencontre mènerait à une réorganisation des connaissances relationnelles implicites (CRI). Il s'agit de connaissances procédurales portant sur la manière d'être en relation et de se réguler avec un partenaire dyadique, c'est-à-dire sur le quoi faire ou ne pas faire, quoi penser ou ne pas penser, quoi ressentir ou ne pas ressentir, ainsi que sur les règles et procédures entourant la manière d'« être ensemble » (BCPSG, 2010). Ces changements thérapeutiques, qui seraient associés à une réorganisation de réseaux neuronaux (Vivona, 2009), permettent au client de transposer ses acquis dans d'autres relations, d'interagir de manière plus flexible, authentique et réciproque ailleurs. Les CRI représenteraient l'essentiel de ce qui doit être changé en thérapie. Le but de la thérapie devient alors d'être disponible aux moments de connexion authentique de personne à personne avec le client pour l'aider à co-créeer de nouvelles manières d'être en relation, plus satisfaisantes et moins toxiques. La relation réelle serait ainsi au cœur des événements de changement–développement. Une relation de qualité accrue équivaldrait alors à un client qui change.

Le processus de changement thérapeutique est vu par le BCPSG comme étant un processus continu de régulation dyadique appelé « processus d'avancer-ensemble » (*moving along process*) basé sur la communication d'intentions et d'affects, où chacun des partenaires de la dyade thérapeutique s'active à décoder les intentions de l'autre et à transmettre les siennes afin de clarifier ce qui se passe ici et maintenant entre eux. Le

décodage réciproque d'intentions moment-par-moment permettrait à la dyade de se réguler, de s'ajuster et de s'accorder, afin d'accroître la qualité de leur relation. Dans le sous-texte de tout échange verbal se trouverait ainsi un niveau implicite de communication, niveau primaire qui serait celui dans lequel toute interaction humaine s'ancre, se construit, se négocie et grandit.

Le BCPSG identifie en outre trois qualités particulières qui font en sorte de transformer une simple interaction en une relation engagée susceptible de mener au changement en psychothérapie : (a) un investissement affectif fondamentalement positif qui se produit lorsque nous nous sentons spécial pour quelqu'un qui démontre une forme d'enthousiasme quant à qui nous sommes et ce que nous vivons; (b) un sentiment d'être une priorité pour quelqu'un qui centre son attention sur nos besoins, qui nous aide à nous réguler et à obtenir réponse à nos besoins, qui nous connaît, qui est sensible et conscient quant à l'état psychologique dans lequel nous nous trouvons, quelqu'un qui représente un allié fiable, et; (c) une continuité du lien ressenti comme durable, fiable et constant, qui mène à renforcer l'engagement affectif à mesure que s'accumulent dans le temps des expériences dyadiques qui vont permettre d'affiner notre compréhension des intentions et émotions récurrentes chez l'un et l'autre, lesquelles vont nous permettre d'être connectés l'un à l'autre (BCPSG, 2018b).

À ce jour, il n'existe toutefois pas à notre connaissance d'instrument de mesure permettant d'étudier empiriquement ce modèle. C'est la tâche à laquelle notre équipe de recherche s'astreint depuis quelques années et qui a mené au développement de l'échelle d'Évaluation de la qualité du processus d'avancer-ensemble.

Présentation sommaire de l'échelle d'Évaluation de la Qualité du Processus d'Avancer-ensemble

L'échelle d'Évaluation de la qualité du processus d'avancer-ensemble (ÉQUAPA : Lévesque-Belley et Dubé (2020) est un instrument d'observation d'enregistrements vidéo de séances de psychothérapie individuelle d'inspiration psychodynamique ou

humaniste pratiquée auprès d'une clientèle adulte. Il est conçu pour codifier la qualité des interactions psychothérapeutiques sur la base du modèle théorique élaboré par le Boston Change Process Study Group (BCPSG, 2002, 2005, 2010, 2013, 2018a, 2018b; BCPSG et Nahum, 2008a, 2008b; Bruschweiler-Stern et coll., 2007; Tronick, 1998; Tronick et coll., 1998). Il se présente sous une forme hiérarchique : 38 items forment la base de la cotation, ces items servant ensuite par sommation à dériver les scores à 13 indicateurs (conçus comme les plus petits scores utiles de la hiérarchie), puis à 6 dimensions et, finalement, à 3 domaines.

Le développement de l'ÉQUAPA et l'évaluation de sa structure interne a suivi une série d'étapes présentées en détails ailleurs (Lévesque-Belley et Dubé, 2021). Essentiellement, une liste préliminaire d'items a été évaluée par un groupe d'experts dans une étude Delphi modifiée à deux tours de consultation qui a mené à la rétention des items considérés observables, clairs et discriminants. Dans un second temps, l'évaluation de la fidélité interjuges de 41 séances de psychothérapie lors de la cotation par deux juges indépendants, couplée à l'estimation de la consistance interne préliminaire des indicateurs, ont mené à revoir les items qui généraient des problèmes pour la fidélité, la consistance ou les deux, et à apporter des changements à la version finale de l'ÉQUAPA qui est utilisée dans la présente étude. Au final, 11 indicateurs ont présenté une consistance interne d'acceptable à excellente ($.72 \geq \alpha \geq .98$), tandis que deux en ont présenté une demeurant limite ($.64 \geq \alpha \geq .67$). Il est important de noter toutefois que la présente étude s'arrête plus spécialement, à ce stade, à des hypothèses concernant le niveau intermédiaire (soit les dimensions) de l'ÉQUAPA, pour lesquels les indices de qualité de la structure interne sont tous supérieurs à .70. Il nous apparaît donc nécessaire de les présenter un peu plus en détails ici; le lecteur intéressé trouvera une description plus complète de celles-ci ainsi que des autres niveaux de la hiérarchie dans Lévesque-Belley et Dubé (2020).

La première dimension, soit le *maintien actif de la recherche de directions partagées dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique* (DP), vise à évaluer le degré avec

lequel thérapeute et client font des efforts et persistent dans ceux-ci pour faire expliciter, clarifier et saisir le plus justement possible ce qui est en train de se passer entre eux, dans l'ici-et-maintenant. Cette dimension ne vise pas à évaluer la qualité du résultat de cette recherche, mais bien la persévérance des efforts mis en place par le thérapeute et le client. La seconde dimension, l'*atteinte de moments de rencontre* (MR), vise à évaluer si thérapeute et client font l'expérience de moments de rencontre, identifiables en ce qu'ils sont saisis thérapeutiquement par une réponse du thérapeute qui porte sa signature personnelle, permettant l'établissement d'une connexion intentionnelle et émotionnelle authentique entre thérapeute et client, menant à l'expérience de sentiments de vitalisation chez la dyade ainsi qu'à une impression de pause dans le processus de régulation dyadique. La troisième dimension, l'*engagement de la dyade* (EN2), vise à évaluer le degré avec lequel thérapeute et client sont engagés (verbalement et affectivement) dans le processus et la relation thérapeutiques, c'est-à-dire le degré avec lequel ils présentent des indices d'écoute active et réciproque, d'engagement affectif non défensif, d'ouverture à la participation du partenaire et de valorisation des apports du partenaire, de même que le degré avec lequel le client demeure engagé dans l'échange malgré des difficultés d'expression ou de compréhension entre lui et le thérapeute. La quatrième dimension, l'*émergence de buts intersubjectifs (à moyen et long termes)* (BI), vise à évaluer le degré avec lequel thérapeute et client ont le souci de chercher à produire du mouvement dans une direction globale qui soit thérapeutique pour le client (direction qui peut être réévaluée en cours de traitement) ainsi que le degré avec lequel ils agissent en conséquence, c'est-à-dire le degré avec lequel leurs échanges tiennent compte de l'évolution actuelle et/ou souhaitée du client, de la continuité du lien et du processus thérapeutique, de la complexité du psychisme du client ainsi que de ses besoins, affects et préoccupations intra-séance. La cinquième dimension, le *lien affectif sécurisant* (SÉ), vise à évaluer le degré avec lequel le thérapeute met en place les conditions sécurisantes (préoccupation bienveillante sincère, acceptation inconditionnelle sans complaisance, tact) dans lesquelles le client pourra profiter des occasions d'approfondissement du champ relationnel ainsi que le degré avec lequel le

client présente des indices sécurisants (spontanéité, collaboration, confiance) qui lui permettent d'aborder des contenus ayant une charge affective pour lui afin de profiter des occasions d'approfondissement. Finalement, la sixième dimension, la *complexification du champ relationnel* (CO), vise à évaluer le degré avec lequel les contenus (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) explorés dans le travail collaboratif sont complexifiés par l'émergence d'éléments nouveaux, qui sont intégrés à la compréhension du fonctionnement psychologique du client tel qu'il s'exprime dans différentes sphères de vie (travail, études, amour, amitié), étapes de vie (enfance, adolescence, vie adulte) et modalités d'expérience (pensées, affects, comportements).

Objectifs et hypothèses

La présente étude vise à valider plus avant l'ÉQUAPA en nous centrant sur sa validité convergente et sa validité divergente avec des scores à certaines sous-échelles de deux mesures de l'alliance thérapeutique, soit le California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS : Gaston et Marmar, 1994) et le Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale Revised (VTAS-R : Diamond et coll., 1996), de même qu'à une mesure du processus de changement psychothérapique, soit le Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS : Suh et coll., 1989). Nous avons choisi ces trois mesures car elles s'inscrivent dans une perspective relationnelle en psychanalyse et car elles évaluent de manière intégrale la relation et le processus thérapeutiques en se centrant sur l'attitude affective du client, celle du thérapeute, ainsi que la survenue d'interactions ajustées comme de celles mal ajustées (hostiles, maladroitement, défensives).

Nous faisons, a priori, les hypothèses suivantes quant aux convergences et divergences anticipées entre, d'une part, l'ÉQUAPA et, d'autre part, le CALPAS, le VTAS-R et le VPPS.

1. Comme les deux premières dimensions de l'ÉQUAPA (DP et MR), se centrent sur ce qui se passe dans l'ici-et-maintenant de la relation réelle entre thérapeute et client, elles ne seront pas ou seront faiblement corrélées (a) avec les deux sous-échelles du VTAS-R; (b) avec les six sous-échelles du VPPS, et; (c) avec les quatre sous-échelles du CALPAS.
2. Comme la troisième dimension de l'ÉQUAPA (EN2) évalue la capacité de la dyade de rester engagée, concentrée, intéressée, ouverte à la participation des deux partenaires, elle sera positivement et modérément corrélée (a) avec la sous-échelle « Interaction client-thérapeute » du VTAS-R; (b) avec les sous-échelles « Exploration du thérapeute », « Chaleur et gentillesse du thérapeute » et « Participation du client » du VPPS; et (c) les sous-échelles « Engagement du client » et « Compréhension et engagement du thérapeute » du CALPAS.
3. Comme la quatrième dimension de l'ÉQUAPA (BI) évalue la continuité du lien et du travail thérapeutiques, la profondeur du travail effectué intra-séance ainsi que la centration du travail sur les besoins, affects et conflits centraux du client, elle sera positivement et modérément corrélée (a) avec la sous-échelle « Interaction client-thérapeute » du VTAS-R; (b) avec les sous-échelles « Exploration du thérapeute » du VPPS; et (c) avec les sous-échelles « Engagement du client », « Compréhension et engagement du thérapeute » et « Consensus sur les stratégies de travail » du CALPAS.
4. Comme la cinquième dimension de l'ÉQUAPA (SÉ) évalue les qualités relationnelles du thérapeute (préoccupation bienveillante sincère, acceptation du client sans complaisance, tact) ainsi que la confiance du client envers le thérapeute (collaboration spontanée, charge affective élaborée), elle sera négativement et modérément corrélée (a) avec la sous-échelle « Relation négative » du VPPS. Elle sera par ailleurs positivement et modérément corrélée

(b) avec la sous-échelle « Interaction client-thérapeute » du VTAS-R; et (c) avec la sous-échelle « Engagement du client » du CALPAS.

5. Finalement, comme la sixième dimension de l'ÉQUAPA (CO) évalue l'émergence et l'intégration de contenus nouveaux/surprenants permettant au client de mieux se comprendre, elle sera positivement et modérément corrélée avec (a) la sous-échelle « Exploration du thérapeute » du VPPS et (b) la sous-échelle « Capacité de travail du client » du CALPAS.

Méthode

Matériel clinique utilisé

Les séances utilisées proviennent d'une archive de rencontres de psychothérapie constituée d'enregistrements vidéo de psychothérapies brèves (jusqu'à 20 rencontres) d'orientation humaniste menées avec des clients ayant consulté dans une clinique universitaire de services psychologiques pour des motifs divers. Les clients avaient tous consenti à ce que leurs rencontres de psychothérapie soient enregistrées à des fins de recherche. Pour garantir plus avant leur anonymat, les visages des participants (thérapeutes tout autant que clients) avaient été floutés avant leur utilisation pour l'étude.

Un total de 121 séances tirées de l'archive, rencontrant les critères de sélection pour l'étude (qualité de l'enregistrement vidéo; séances représentatives des différentes phases du suivi), ont été utilisées. Sur les douze dyades distinctes client-thérapeute composant l'échantillon d'archives disponible, huit ont été sélectionnées aux fins d'analyses. Les clients, 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 thérapeutes, sept femmes et un homme, étaient internes doctoraux en psychologie et ils effectuaient une année de pratique supervisée à la clinique.

Mesures

ÉQUAPA

L'ÉQUAPA vise à évaluer la qualité des interactions thérapeutiques dans une séance. Le juge tient d'abord compte de la perspective du client et, ensuite, de l'ajustement du thérapeute au client. Toutefois, le juge se doit d'adopter une perspective dyadique et interactionnelle. Codifier les interactions thérapeutiques à l'aide de l'ÉQUAPA se fait en évaluant les scores de qualité à chacun des 38 items sur une échelle de type Likert à cinq points d'ancrage (4-5 = « élevée », 3 = « moyenne », 1-2 = « faible ») pour aider à dériver par sommation les plus petits scores utiles de la hiérarchie, soit ceux par indicateur (16); on peut ensuite, toujours par sommation, calculer des scores par dimension (7) et par domaine (3). Pour chacun des points d'ancrage des items, des comportements dyadiques (implicites ou explicites) et des exemples de ces comportements sont présentés dans le manuel de cotation (Lévesque-Belley et Dubé, 2020) afin d'opérationnaliser les construits et de guider au mieux le juge. Une fois le juge bien familiarisé avec l'outil, la durée de cotation est d'environ 75 minutes, ce qui comprend le temps de visionnement moyen de la séance typique (50 minutes) à codifier.

Alliance thérapeutique

CALPAS.

Le California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS : Gaston et Marmar, 1994) est un des instruments visant à évaluer l'alliance thérapeutique parmi les plus utilisés. Nous avons employé la version conçue pour juges externes (CALPAS-R). Elle est constituée de 24 items (évalués sur une échelle de type Likert à sept points) qui permettent le calcul de scores à quatre sous-échelles : Engagement du client, Capacité de travail du client, Compréhension et engagement du thérapeute, et Consensus sur les stratégies de travail. Les études de validation indiquent que les coefficients de corrélations intraclasse sont supérieurs à .89 pour les quatre sous-échelles, tandis que le coefficient α de Cronbach est supérieur à .95 pour les quatre échelles (Gaston et Marmar, 1994).

VTAS-R.

Le Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale est une mesure initialement élaborée par D. E. Hartley et H. H. Strupp visant à évaluer l'alliance thérapeutique, suivant la définition d'E. S. Bordin axée sur les objectifs, les tâches et le lien thérapeutique. La version révisée de l'outil a été utilisée pour la présente étude (VTAS-R : Diamond et coll., 1996). Elle est conçue pour être employée par un juge externe. Elle est composée de 26 items évalués sur une échelle de type Likert à six points (0 = « *pas du tout* » à 5 = « *vraiment beaucoup* ») qui permettent le calcul de scores à deux sous-échelles : la Contribution du client à l'alliance permet d'évaluer la motivation du client face au traitement, sa résistance au processus thérapeutique, son sentiment de responsabilité face à ses difficultés et son lien de confiance avec le thérapeute; de son côté, l'Interaction client-thérapeute permet d'évaluer l'alliance de travail entre client et thérapeute, le climat affectif positif et le climat affectif négatif entre eux. Diamond et coll. (1996) rapportent une excellente consistance interne des sous-échelles (coefficients α de Cronbach supérieurs à .95) et une bonne validité prédictive de l'instrument.

Processus thérapeutique : VPPS

Le Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS : Strupp et coll., 1974) est un instrument conçu pour évaluer les aspects négatifs et positifs des attitudes et comportements du thérapeute et du client qui sont considérés comme pouvant faciliter ou, au contraire, entraver le progrès du client en thérapie. Il vise à être utilisé par un observateur externe. Le VPPS a été développé de manière à couvrir un large spectre de techniques et d'orientations théoriques, tout en considérant la psychothérapie comme étant un processus foncièrement interpersonnel. La version courte du VPPS (Suh et coll., 1989) a été utilisée dans cette étude. Sur les bases de la cotation de 64 items sur une échelle de type Likert à cinq points (1 = « *pas du tout* » à 5 = « *vraiment beaucoup* »), le VPPS permet de calculer des scores à six sous-échelles : la Relation négative entre client et thérapeute; la Détresse psychique du client; l'Exploration du thérapeute; la Chaleur et la gentillesse du thérapeute; la Participation du client; et la Dépendance du

client envers le thérapeute. Suh et coll. (1989) ont rapporté que la consistance interne des sous-échelles est adéquate (α de Cronbach de .81 à .96).

Juges et procédure

Deux équipes de juges ont été formées; la première pour la cotation de l'ÉQUAPA, la deuxième pour la cotation du CALPAS, du VTAS-R et du VPPS. D'abord, deux étudiantes en psychologie de niveau doctoral s'identifiant à l'approche psychodynamique relationnelle et ayant une pratique clinique auprès d'adultes depuis un à quatre ans, dont la conceptrice principale du manuel de cotation, ont agi comme juges pour la cotation de l'ÉQUAPA. La formation à la cotation a été amorcée par deux heures de formation théorique (modèle du BCPSG; présentation détaillée de l'instrument; et procédure de codification des items, explicitée dans le manuel de cotation). Vingt heures de formation pratique ont ensuite été offertes, suivies de la cotation indépendante de deux séances complètes de 50 minutes. Cette première phase de formation a été suivie de rétroactions et d'échanges entre la juge principale et la juge en formation pour atteindre un consensus sur la compréhension de chaque item et de chacun de ses cinq points d'ancrage. Elles ont ensuite coté indépendamment le matériel clinique.

La deuxième équipe était composée de deux étudiantes en psychologie de niveau doctoral, s'identifiant à l'approche psychodynamique (relationnelle et/ou classique) et ayant complété entre une et trois années de stages cliniques auprès d'une clientèle adulte. Les juges se sont d'abord familiarisées avec les manuels de cotation. Ensuite, elles ont procédé à la codification de 20 séances dans le cadre d'une formation au terme de laquelle un accord de « modéré » à « excellent » a été obtenu à l'ensemble des échelles des trois outils. Elles ont ensuite coté indépendamment le matériel clinique avec les trois instruments.

Dans le cas de chacune des équipes de juges, les séances à coter ont été assignées aléatoirement à chacune des deux juges. Les juges étaient aveugles aux séances sélectionnées pour les fins de calcul de l'accord interjuges. De plus, les séances provenant d'une même dyade leur ont été assignées de manière espacée, et aléatoirement en regard du moment chronologique dans le processus thérapeutique, afin de limiter autant que possible les effets de report (*carryover effect*) dans la cotation.

Note sur l'analyse des données

Afin d'évaluer la validité de convergence et de divergence de l'ÉQUAPA avec le CALPAS, le VTAS-R et le VPPS, nous avons opté pour des corrélations de Pearson. Comme 12 dyades thérapeutiques et entre 1 à 20 séances par dyade ont été incluses dans les analyses, les scores utilisés pour les corrélations n'étaient pas tous indépendants. Nous avons fait ce choix principalement par pragmatisme, contraints par la nature du matériel d'archives dont nous disposons. Comme les séances sont nichées dans des dyades client-clinicien, des analyses multi-niveaux (Raudenbusch et Bryk, 2002) auraient pu être appropriées. Toutefois, de telles analyses n'ont pas été retenues car notre échantillon est considéré trop petit : les études de simulation de modèles multi-niveaux indiquent que lorsque le niveau N supérieur est inférieur à 30, les résultats peuvent être biaisés (Maas et Hox, 2005). Pour réduire les chances que les corrélations soient surévaluées, nous avons donc plutôt fait le choix de tests bilatéraux (malgré la claire directionnalité de nos hypothèses) et d'un ordre aléatoire de cotation des séances.

Résultats

Fidélité interjuges

La fidélité interjuges au VTAS-R, au VPPS et au CALPAS a été estimée au moyen de coefficients de corrélation intraclasse basés sur l'accord absolu de deux juges

indépendants²³. Elle a porté sur 19 de 121 rencontres (15,7 % du matériel) retenues aux fins d'analyses. Les résultats, variant de $\rho = .76$ à $\rho = .99$, montrent que la fidélité interjuges obtenue peut être qualifiée de « substantielle » à « excellente » (Cicchetti, 1994; Landis et Koch, 1977). D'autre part, deux juges indépendantes formées à l'ÉQUAPA ont coté 58 des 121 séances, soit 47,99 % du matériel clinique. Les coefficients de corrélation intraclasse montrent qu'elles ont obtenu un accord absolu pour la mesure moyenne à chaque indicateur²⁴ variant de modéré à substantiel ($.49 \geq \rho \geq .80$).

Validités convergente et divergente

Les tableaux 3, 4 et 5 présentent les résultats des analyses corrélationnelles visant à évaluer les validités convergente et divergente entre, d'une part, les indicateurs, les dimensions et les domaines de l'ÉQUAPA et, d'autre part, les échelles et sous-échelles des trois autres mesures de l'alliance et du processus de changement utilisées dans cette étude (CALPAS, VTAS-R et VPPS).

Mesure de l'alliance thérapeutique: CALPAS

Comme le montre le tiers supérieur du Tableau 3, le Domaine I de l'ÉQUAPA ne présente que deux corrélations significatives de faible magnitude avec les quatre sous-échelles du CALPAS. Par ailleurs, aucune corrélations significatives ne sont observées entre les Dimensions DP et MR de l'ÉQUAPA composant ce domaine d'une part, et les sous-échelles du CALPAS d'autre part, comme le voulaient nos hypothèses dans ce cas.

²³ Ce qui correspond à la notation ICC(2,1) de Shrout et Fleiss (1979).

²⁴ L'ÉQUAPA est conçue de manière à ce que le plus petit score utilisable soit le score à l'indicateur, qui est calculé par l'addition des scores aux items le composant. L'analyse de la fidélité interjuges suit donc le modèle ICC(2, k) de Shrout et Fleiss (1979) où k représente le nombre d'items composant l'indicateur.

Ce n'est en fait que l'Indicateur (2) (« Tentatives du client de saisir le plus justement possible ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique »), le seul de cinq indicateurs composant le Domaine I, qui apparaît corrélé en partie avec le CALPAS, mais avec des magnitudes faibles ($r < .30$). Il semble donc que ce domaine (et ses composantes) reflète un construit essentiellement distinct de ce que mesure le CALPAS, comme nos hypothèses le prévoyaient.

Si l'on passe au tiers médian du Tableau 3, on note que le Domaine II de l'ÉQUAPA est corrélé significativement avec chacune des quatre sous-échelles du CALPAS : deux corrélations sont faibles alors que deux autres sont modérées. Les deux dimensions associées à ce domaine – soit la Dimension EN2 « Engagement affectif de la dyade dans le processus thérapeutique » et la Dimension BI « Émergence de buts intersubjectifs » – corréleront significativement dans trois et quatre cas respectivement avec les sous-échelles du CALPAS; trois de ces corrélations sont faibles, alors que quatre sont modérées. En regard, de nos hypothèses concernant les dimensions, la corrélation modérée entre la Dimension EN2 et l'« Engagement du client » est confirmée. Pour ce qui est de la Dimension BI, une corrélation significative est observée avec le « Consensus sur les stratégies de travail » quoique sa magnitude s'avère faible plutôt que modérée comme nous en faisons l'hypothèse. Finalement, une majorité (11 sur 16) des indicateurs présentent des corrélations significatives allant de faibles à modérées. En regard du construit sous-jacent au Domaine II (« Qualité de la négociation co-créative de l'imprécision et de l'indétermination des interactions »), les corrélations les plus élevées sont associées aux sous-échelles d'engagement (du client et du thérapeute) du CALPAS.

Le tiers inférieur du Tableau 3 montre que le Domaine III de l'ÉQUAPA est corrélé significativement aussi avec chacune des quatre sous-échelles du CALPAS; dans ce cas, trois corrélations sont modérées alors qu'une est faible. Les deux dimensions associées à ce domaine – la Dimension SÉ « Lien sécurisant » et la Dimension CO

« Complexification du champ relationnel » – corrèlent significativement avec toutes les sous-échelles du CALPAS, modérément dans deux cas et faiblement dans six. La corrélation modérée entre la Dimension SÉ et l'« Engagement du client » confirme notre hypothèse; toutefois, la corrélation entre la Dimension CO et la « Capacité de travail du client » s'avère légèrement plus faible qu'attendu. Finalement, la majorité (10 sur 16) des indicateurs présentent aussi des corrélations significatives : quatre sont modérées alors que six sont faibles. C'est l'Indicateur (12) de ce domaine (« Émergence d'éléments nouveaux et/ou surprenants ») qui apparaît le moins lié aux construits du CALPAS (une seule corrélation significative, faible, avec la « Capacité de travail du client »), lui qui renvoie plus aux événements associés aux « moments présents » qu'à une alliance établie.

Mesure de l'alliance thérapeutique: VTAS-R

Le tiers supérieur du Tableau 4 permet de constater que les scores au Domaine I de l'ÉQUAPA, de même que ceux de l'ensemble de ses composantes (dimensions et indicateurs), ne sont pas corrélés significativement avec l'échelle globale ou les sous-échelles du VTAS-R. Il semble donc qu'il s'agit là de construits distincts. Cela confirme nos hypothèses concernant les dimensions composant le Domaine I et l'absence de lien avec les sous-échelles du VTAS-R.

Les scores du Domaine II (voir Tableau 4, tiers médian) de l'ÉQUAPA s'avèrent significativement corrélés avec ceux aux deux sous-échelles et à l'échelle globale du VTAS-R. En lien avec nos hypothèses, la Dimension EN2 (« Engagement des deux partenaires dans la relation thérapeutique ») présente comme anticipé une corrélation modérée avec l'« Interaction client-thérapeute »; en plus, une corrélation faible est observée avec la « Contribution du client ». Quant à la Dimension BI (« Buts intersubjectifs »), notre hypothèse d'une corrélation modérée avec l'« Interaction client-thérapeute » est confirmée; par ailleurs, une corrélation faible est aussi obtenue avec la « Contribution du client ». Tous les indicateurs présentent des corrélations significatives

allant de faibles à modérées, à l'exception de l'Indicateur (8) (« Direction clinique ») qui a une corrélation élevée avec l'« Interaction client-thérapeute ».

Pour terminer, le tiers inférieur du Tableau 4 montre que le Domaine III de l'ÉQUAPA s'avère modérément corrélé avec le VTAS-R (échelles et sous-échelles). Nous avons fait l'hypothèse d'une corrélation modérée entre la dimension SÉ (« Lien sécurisant ») et l'« Interaction client-thérapeute », ce qui est observé. Sans que nous l'ayons anticipé, la Dimension CO « Complexification du champ relationnel » de l'ÉQUAPA corréle aussi modérément avec cette même sous-échelle du VTAS-R. Si la majorité des indicateurs présentent des corrélations significatives (10 sur 12) allant de faibles à modérées, il est notable que l'Indicateur (13) (« Intégration des différents contenus ») a une corrélation élevée avec l'« Interaction client-thérapeute ».

Au plan général, comme l'ÉQUAPA met l'accent sur l'interaction client-thérapeute, on s'attendrait à ce que les corrélations avec le VTAS-R affichent un patron où elles seraient plus élevées pour la sous-échelle « Interaction » que pour la sous-échelle « Contribution du client ». C'est ce qui a été observé.

Mesure du processus thérapeutique : VPPS

Le tiers supérieur du Tableau 5 montre que les scores au Domaine I de l'ÉQUAPA ne présentent qu'une seule corrélation significative et ce, avec la sous-échelle « Dépendance du client envers le thérapeute » du VPPS; celle-ci s'avère de faible magnitude. Comme nous en avons fait l'hypothèse, les dimensions de ce domaine ne corrélaient que faiblement ou pas avec les six sous-échelles du VPPS : une seule corrélation significative, faible, est obtenue entre la Dimension MR « Moments de rencontre » et la sous-échelle « Dépendance du client envers le thérapeute » du VPPS. Si certains indicateurs présentent des corrélations significatives, essentiellement avec cette dernière sous-échelle du VPPS, ces corrélations demeurent de faible magnitude.

Les scores au Domaine II (voir le tiers médian du Tableau 5) s'avèrent significativement corrélés avec ceux de trois des six sous-échelles du VPPS, modérément dans deux cas touchant spécifiquement aux comportements du thérapeute (« Exploration du thérapeute » et « Chaleur et gentillesse du thérapeute ») et faiblement (et, logiquement, négativement) quant à la « Relation négative » s'établissant entre eux. Comme nous en avons fait l'hypothèse, les deux dimensions de ce domaine (Dimension EN2 « Engagement de la dyade » et Dimension BI « Buts intersubjectifs ») corrèlent modérément avec la sous-échelle « Exploration du thérapeute » du VPPS. Par contre, la corrélation entre la Dimension EN2 et la « Chaleur et gentillesse du thérapeute » s'avère faible plutôt que modérée, et la corrélation attendue entre la Dimension EN2 et la « Participation du client » n'est pas observée. En ce qui touche aux indicateurs, l'essentiel des corrélations significatives observées (9 sur 24) avec les sous-échelles du VPPS reflètent le patron attendu pour les dimensions.

Finalement, en ce qui a trait au Domaine III (voir Tableau 5, tiers inférieur), les scores à l'ÉQUAPA ont présenté des corrélations significatives faibles ou modérées avec quatre des six sous-échelles du VPPS. En regard de nos hypothèses, la Dimension CO (« Complexification ») a effectivement été corrélée modérément avec l'« Exploration du thérapeute ». Par contre, la corrélation négative modérée attendue entre la Dimension SÉ (« Lien sécurisant ») et la sous-échelle « Relation négative », quoique significative, s'est en fait avérée faible. Tout comme dans le cas du précédent domaine, les indicateurs composant le Domaine III révèlent des corrélations significatives observées (9 sur 24) avec les sous-échelles du VPPS qui reflètent le patron attendu pour les dimensions.

Discussion

Les résultats des analyses de validités convergente et divergente de la présente étude montrent d'abord que le Domaine I de l'ÉQUAPA (« Qualité de la recherche engagée de directions partagées dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique ») et les

deux dimensions le composant, qui mettent l'accent sur l'exploration de la relation thérapeutique dans l'ici-et-maintenant ainsi que sur l'atteinte de moments de rencontre, sont faiblement corrélées, sinon pas corrélées, avec les échelles ou sous-échelles des trois autres mesures.- L'ÉQUAPA semble donc se comporter ici différemment des autres mesures. Alors, qu'est-ce que ses deux premières dimensions permettent de capturer? Cela serait à confirmer avec de nouvelles démarches de validation, mais nous faisons l'hypothèse que l'apport de ces deux dimensions serait de mesurer la disponibilité affective de la dyade à prendre le risque de se montrer vulnérable dans le but de créer une nouvelle façon de connecter dans un aspect de leur subjectivité, pour créer une nouvelle manière d'être ensemble. Nous pensons que ce domaine mesure aussi la persévérance des efforts d'accordage affectif moment par moment de la dyade, ce qui est cohérent avec une vision intersubjective de la relation thérapeutique. Ainsi, le Domaine I de l'ÉQUAPA en fait à notre avis sa spécificité et son apport distinctif par rapport aux autres mesures actuelles du processus et de la relation thérapeutiques. Conceptuellement, l'apport de ce domaine serait de mesurer, notamment, la capacité du client à oser prendre le risque de se montrer vulnérable, mais ici en engageant directement la relation réelle avec son thérapeute, c'est-à-dire en prenant le risque de se montrer insécure, mis à nu, attaché et ouvertement soucieux de son lien avec le thérapeute; c'est peut-être d'ailleurs ce dont témoigne les quelques faibles corrélations obtenues pour ce domaine avec, d'une part, la sous-échelle « Dépendance du client envers le thérapeute » du VPPS et, d'autre part, avec la sous-échelle « Engagement du client » du CALPAS. Inversement, est aussi évaluée par ce domaine et ses dimensions la capacité du thérapeute de prendre ce même risque, en miroir, afin de donner quelque chose de lui, quelque chose qui témoigne de son individualité et de son engagement relationnel et affectif authentique envers le client, qui ne laisse pas le client seul avec sa main tendue (BCPSG, 2018b), ce que pourrait refléter la corrélation faible avec la « Compréhension et engagement du thérapeute » au CALPAS.

D'autre part, les deux dimensions de l'ÉQUAPA associées au Domaine II

(« Qualité de la négociation créative de l'imprécision et l'indétermination des interactions thérapeutiques ») sont celles qui corrèlent avec le plus grand nombre des sous-échelles des autres mesures. Rappelons que, conceptuellement, la Dimension EN2 « Engagement de la dyade » évalue la capacité de la dyade à rester engagée, concentrée, intéressée et ouverte à la participation des deux partenaires; alors que la Dimension BI « Buts intersubjectifs » évalue la continuité du lien et du travail thérapeutiques, la profondeur du travail effectué intra-séance, ainsi que la centration du travail sur les besoins, les affects et les conflits centraux du client. Dans ce sens, et comme nous en faisons l'hypothèse, les résultats ont permis de constater que la première de ces dimensions corrèle positivement avec les échelles suivantes des autres mesures : « Exploration du thérapeute » (VPPS), « Interaction client-thérapeute » (VTAS-R) et « Engagement du client » (CALPAS); tandis que la seconde corrèle positivement avec les échelles suivantes des autres mesures : « Exploration du thérapeute » (VPPS), « Chaleur et gentillesse du thérapeute » (VPPS), « Interaction client-thérapeute » (VTAS-R), « Engagement du client » et « Compréhension et engagement du thérapeute » (CALPAS). Ces deux dimensions semblent donc effectivement capturer des comportements dyadiques associés à la motivation et à la concentration de la dyade à explorer les enjeux centraux du client, de même que leur attitude complice, engagée et curieuse à le faire. Elles captent ainsi des éléments associés à la capacité du thérapeute à favoriser l'exploration, la capacité du client à s'engager dans l'exploration proposée ainsi que la qualité du lien affectif durant leurs efforts de collaboration. La Dimension BI ne corrèle toutefois que faiblement avec la sous-échelle « Consensus sur les stratégies de travail » du CALPAS, qui évalue la similarité des buts visés par thérapeute et client, leur entente sur comment les gens sont aidés en thérapie, sur comment les gens changent en thérapie et sur comment la thérapie devrait procéder. Il faut noter que, dans l'ÉQUAPA, les buts intersubjectifs (qui font référence aux besoins intra-séance du client et aux objectifs thérapeutiques) sont mesurés en fonction des propos de la dyade qui renvoient à l'évolution actuelle ou souhaitée du client, par exemple lorsque le thérapeute ou le client observe la survenue d'un nouveau comportement, évoque des

échanges tenus lors de séances passées, enrichit le vocabulaire affectif utilisé en séance, met en lien le thème de la séance avec un objectif thérapeutique visé ou souligne la récurrence du thème abordé. Nous croyons donc que, dans l'ÉQUAPA, l'opérationnalisation des buts thérapeutiques visés est en partie similaire à celle des définitions plus classiques de l'alliance de travail, mais qu'elle s'en distingue suffisamment en mettant plutôt l'accent sur l'engagement de client et thérapeute envers leur suivi ensemble (le présent, le passé, le futur de leur suivi) pour que les corrélations qui étaient attendues aient été de moindre magnitude. L'ÉQUAPA offrirait plutôt une conceptualisation relationnelle affective, dyadique et interactionnelle du consensus sur les objectifs et les stratégies de travail. Néanmoins, pour les trois mesures critères de l'alliance ou du processus thérapeutiques employées dans cette étude, c'est avec la Dimension BI « Buts intersubjectifs » de l'ÉQUAPA que les corrélations les plus élevées ont été observées : avec la sous-échelle « Compréhension et engagement du thérapeute » du CALPAS, avec la sous-échelle « Exploration du thérapeute » du VPPS, et avec la sous-échelle « Interaction client-thérapeute » du VTAS-R.

Nous nous tournons maintenant vers le Domaine III « Qualité du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique ». Pour ce qui touche aux dimensions le composant, la Dimension SÉ « Lien sécurisant » de l'ÉQUAPA – qui évalue les qualités relationnelles du thérapeute (préoccupation bienveillante sincère, tact, acceptation sans complaisance) ainsi que la confiance du client à être spontané, collaborant avec le thérapeute et ouvert à ressentir et parler de ses affects – corrèle positivement avec la sous-échelle « Interaction client-thérapeute » du VTAS-R ainsi qu'avec la sous-échelle « Engagement du client » du CALPAS comme nous en faisons l'hypothèse. Ces dernières renvoient principalement aux aspects affectifs de la collaboration du client, notamment en évaluant sa confiance que ses efforts mèneront au changement, sa valorisation de la psychothérapie comme moyen d'être aidé ainsi que sa volonté de mettre du temps et de l'énergie dans sa démarche malgré l'émergence de moments souffrants. La Dimension SÉ corrèle aussi négativement avec la sous-échelle

« Relation négative » du VPPS, mais la magnitude de la corrélation est faible plutôt que modérée comme nous en faisons l'hypothèse. Il est possible que cela s'explique par le fait que l'ÉQUAPA capte, dans son opérationnalisation du lien sécurisant, un phénomène qui est moins marqué que dans le VPPS et qu'elle constitue donc une mesure à large spectre des qualités relationnelles sécurisantes du thérapeute et du sentiment de confiance qu'il conduit à mettre en place chez le client. Par contraste, l'échelle « Relation négative » du VPPS apparaît être une mesure à spectre plus étroit, qui cible des attitudes et comportements défensifs, hostiles ou autoritaires du thérapeute potentiellement nuisibles au sentiment de sécurité du client. Il est aussi très possible que ce type de relation négative ait été peu présent dans l'échantillon clinique utilisé, comme le suggère d'ailleurs la moyenne à cette sous-échelle présentée au Tableau 3. Au-delà de ces associations anticipées, cette dimension a présenté des corrélations positives faibles avec d'autres sous-échelles des autres mesures, touchant pour l'essentiel à la participation du client et du thérapeute ainsi qu'au soutien perçu du thérapeute. Il semble donc possible d'y voir l'expression d'une « atmosphère » sécurisante qui s'accorderait, sans le définir, avec le construit de cette dimension.

En ce qui a trait à la Dimension CO « Complexification du champ relationnel » de l'ÉQUAPA, nos hypothèses concernant son association avec la sous-échelle « Exploration du thérapeute » du VPPS et la sous-échelle « Capacité de travail du client » sont vérifiées, même si la magnitude de cette dernière corrélation s'est avérée légèrement plus faible qu'attendu. Cela offre donc un soutien au construit de complexification. Par ailleurs, il est notable qu'au-delà de ces associations anticipées, cette dimension a aussi présenté des corrélations positives modérées ($.29 \leq r \leq .46$) ou faibles ($.22 \leq r \leq .23$) avec d'autres sous-échelles des autres mesures. Dans le premier cas, ces sous-échelles captent des éléments interactionnels actifs du travail thérapeutique potentiellement plus directement liés à l'extensification et à l'intégration croissantes de contenus nouveaux accessibles au client lui permettant de mieux se comprendre; il s'agit de : « Interaction client-thérapeute » du VTAS-R; « Compréhension et engagement du

thérapeute » et « Engagement du client » du CALPAS; et « Exploration du thérapeute » (VPPS). Le second groupe cible des dispositions affectives et d'adhésion consensuelle plus générales qui pourraient faciliter et soutenir le processus de complexification; ce sont : « Chaleur et gentillesse du thérapeute » du VPPS et « Consensus sur les stratégies de travail » du CALPAS. Avec le recul, ces résultats semblent cohérents avec le construit de complexification. On peut en déduire qu'un certain degré d'entente positive sur le travail s'avère un moteur de la complexification. En effet, la Dimension CO évalue la capacité de la dyade à intégrer différents contenus en mettant en lien les différentes étapes de la vie du client, en identifiant les patrons relationnels que le client répète ou en liant les pensées, affects et comportements du client, ce qui pourrait probablement se faire difficilement sur les bases d'une alliance de travail précaire ou avec un thérapeute perçu négativement.

Considérations complémentaires

Nous nous sommes arrêtés ci-haut aux résultats obtenus en portant une attention particulière aux hypothèses que nous avons formées concernant les construits qui nous apparaissent sous-tendre les dimensions de l'ÉQUAPA. Un examen plus global des Tableaux 3, 4 et 5 met toutefois en relief des patrons similaires de corrélations avec les mesures critères utilisées pour les Domaines II et III. Ceci pourrait suggérer que ce ne sont pas statistiquement deux dimensions distinctes, comme cela apparaît plus clairement le cas du Domaine I par rapport aux deux autres. En fait, des analyses post-hoc confirment que la Dimension I est corrélée faiblement avec les deux autres ($r = .35$, $p < .001$ et $r = .38$, $p < .001$ respectivement), mais que les Dimensions II et III sont fortement corrélées ($r = .76$, $p < .001$) dans notre échantillon. Il nous semble toutefois y avoir certaines différences ainsi que des raisons conceptuelles pour ne pas fusionner à cette étape ces deux domaines et leurs composantes.

D'abord, sur la base des corrélations significatives obtenues et de leur magnitude, on note que, malgré un patron ayant plusieurs similitudes avec celui du Domaine II, le

Domaine III semble légèrement plus marqué par l'apport du client (« Participation du client », VPPS; « Capacité de travail du client », CALPAS). Cela pourrait souligner qu'il reflète plus une certaine autonomie du client dans sa participation active au dialogue thérapeutique, alors que la négociation créative marquant le Domaine II nécessiterait une plus grande implication ouverte du thérapeute. Il est par ailleurs possible que ce qui sous-tend le Domaine III aurait pu être mis à jour plus clairement si notre échantillon avait comporté des suivis plus longs, ouvrant à un travail de perlaboration (retours, approfondissements, complexification) dans une atmosphère sécurisante bien établie. Finalement, il pourrait être intéressant d'étudier si ces deux domaines se distinguent en regard d'autres types de variables associées au changement en thérapie, dont des processus implicites (p. ex. le degré de synchronie non verbale : Ramseyer et Tschacher, 2011). C'est pourquoi, pour l'instant, nous croyons qu'il serait prématuré de fusionner les domaines, car l'ÉQUAPA se veut un instrument reflétant un modèle théorique distinguant ces trois domaines; d'autres études devraient permettre de trancher sur le bien-fondé de les maintenir séparés.

Limites

Le soutien préliminaire aux propriétés psychométriques de l'ÉQUAPA, présenté ici et ailleurs (Lévesque-Belley et Dubé, 2021), semble prometteur. La présente étude comportait toutefois certaines limites. Notre échantillon était constitué seulement de jeunes cliniciens, de clients souffrant de troubles de sévérité légère à moyenne et de dyades thérapeutiques se voyant régulièrement dans le cadre d'un suivi à court terme (moins de 20 rencontres). Il est possible que les moments-maintenant se manifestent différemment (en termes de fréquence notamment) dans des dyades thérapeutiques comptant des cliniciens expérimentés, des clients plus perturbés, ou encore lors d'un suivi thérapeutique de plus longue durée.

Par ailleurs, le fait que les séances codifiées aient été nichées dans les dyades et que l'échantillon se soit avéré trop petit pour permettre d'utiliser de manière non biaisée des

analyses multi-niveaux représente une autre limite. Même si nous avons prévu des mesures d'atténuation des effets de report potentiels, les scores obtenus n'étaient pas tous indépendants et nos résultats peuvent ainsi avoir été influencés par l'homogénéité des dyades. La nature de notre échantillon (matériel d'archives) ne nous a pas permis non plus d'employer une mesure du résultat thérapeutique afin de tester la validité prédictive de l'ÉQUAPA. Finalement, la structure factorielle de l'outil devra être investiguée dans des études futures, de même que la sensibilité de l'outil au changement et sa capacité à prédire la qualité du processus thérapeutique sur une période de temps plus longue que 20 séances. Nos résultats doivent donc être considérés comme préliminaires : ils jettent les bases d'une validation plus complète de l'ÉQUAPA à poursuivre.

Conclusion

Cette étude a permis de présenter des données supplémentaires sur la validité de l'ÉQUAPA, une mesure observationnelle qui constitue la première, à notre connaissance, à viser l'évaluation du moment de rencontre ainsi que, plus généralement, de l'ensemble des construits du modèle du processus de changement élaboré par le BCPSG (2010). D'autres études seront nécessaires pour évaluer plus encore sa validité et son utilité clinique. Nous espérons que l'ÉQUAPA pourra permettre à terme de mieux mesurer les interactions client-thérapeute efficaces pouvant mener à un changement durable et significatif dans la relation thérapeutique et, par le fait même, à un changement durable chez le client.

Références

- Beebe, B. et Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment: Co constructing interactions*. Analytic Press/Taylor & Francis.
- Boston Change Process Study Group. (2005). Response to commentaries. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 761-769.
- Boston Change Process Study Group. (2010). *Change in psychotherapy: A unifying paradigm*. Norton.
- Boston Change Process Study Group. (2018a). Engagement and the emergence of a charged other. *Contemporary Psychoanalysis*, 54(3), 540-559.
<https://doi.org/10.1080/00107530.2018.1490616>
- Boston Change Process Study Group. (2018b). Moving through and being moved by: Embodiment in development and in the therapeutic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 54(2), 299-321. <https://doi.org/10.1080/00107530.2018.1456841>
- Boston Change Process Study Group et Nahum, J. P. (2008). Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and reflective-verbal domains. *Psychoanalytic Dialogues*, 18(2), 125-148.
<https://doi.org/10.1080/10481880801909351>
- Bruschweiler-Stern, N., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W. et Stern, D. N. (2007). The foundational level of psychodynamic meaning: Implicit process in relation to conflict, defense and the dynamic unconscious. *International*

- Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 843–860. <https://doi.org/10.1516/t2t4-0x02-6h21-5475>.
- 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>
- DeYoung, P. A. (2018). Moments of meeting and the problem of shame: A brief history of relational therapy. Dans S. Lord (dir.), *Moments of meeting in psychoanalysis: Interaction and change in the therapeutic encounter* (p. 84-99). Routledge.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Dakof, G. et Hogue, A. (1996). *Revised version of the Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* [document inédit]. Temple University.
- Ellman, S. J. et Moskowitz, M. (2008). A study of the Boston Change Process Study Group. *Psychoanalytic Dialogues*, 18(6), 812-837.
<https://doi.org/10.1080/10481880802473357>
- Ferenczi, S. et Rank. O. (2006). *The development of psychoanalysis* (traduit par C. Newton). Kessinger Publishing. (Œuvre originale publiée en 1924.)
- Fonagy, P. (1998). Moments of change in psychoanalytic theory: Discussion of a new theory of psychic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 346–353.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<346::AID-IMHJ12>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<346::AID-IMHJ12>3.0.CO;2-X)

- Freud, S. (1958). Observations on transference-love (further recommendations on the technique of psycho-analysis III). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 12, p. 159-173). Hogarth Press.
- Freud, S. (1936). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Gallimard.
- Gaston, L. et Marmar, C. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. Dans A. Horvath et L. Greenberg (dir.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (p. 85-108). Wiley.
- Landis, J. et Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Lévesque-Belley, F. et Dubé, J. É. (2020). *Manuel de codification du processus de changement à l'aide de l'Échelle d'évaluation de la qualité du processus d'avancer ensemble (ÉQUAPA)* [document inédit, disponible auprès des auteurs].
Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Lévesque-Belley, F. et Dubé, J. É. (2021). *Validité et fidélité préliminaires de l'Échelle d'Évaluation de la qualité du processus d'avancer-ensemble (ÉQUAPA) : Une mesure observationnelle du changement en psychothérapie* [document en préparation]. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Maas, C. J. et Hox, J. (2005). Sufficient sample sizes for multilevel modeling. *Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 1(3), 86-92.
<https://doi.org/10.1027/1614-2241.1.3.86>

- Ogles, B. M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. Dans M. J. Lambert (dir.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6^e éd., p. 134-166). Wiley.
- Ramseyer, F. et Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(3), 284-295.
<https://doi.org/10.1037/a0023419>
- Raudenbusch, S. W. et Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (2^e éd.). Sage.
- Shrout, P. E. et Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin, 86*(2), 420–428.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E. et Brandchaft, B. (dir.). (1994). *The intersubjective perspective*. Jason Aronson.
- Strachey, J (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis, 15*, 127-159.
- Strupp, H. H., Hartley, D. et Blackwood, G. L. Jr. (1974). *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale*. Vanderbilt University.
- Suh, C. S., O'Malley, S. S., Strupp, H. H. et Johnson, M. E. (1989). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS). *Journal of Cognitive Psychotherapy, 3*(2), 123-154.
- Tronick, E. Z. (1998). Interventions that effect change in psychotherapy: A model based on infant research. *Infant Mental Health Journal, 19*(3), 277–279.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<277:AID-IMHJ1>3.0.CO;2-](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<277:AID-IMHJ1>3.0.CO;2-)

J

Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. et Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290–299. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<290:AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<290:AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q)

Vivona, J. M. (2009). Embodied language in neuroscience and psychoanalysis.

Journal of American Psychoanalytic Association, 57(6), 1327-1360

Tableau 3.1. Statistiques descriptives des scores aux échelles du CALPAS, du VTAS-R et du VPPS

Mesures et leurs échelles	Moyenne	Écart-type
CALPAS (Gaston et Marmar, 1994)		
Engagement du client	31,44	4,87
Capacité de travail du client	30,19	6,73
Compréhension et engagement du thérapeute	32,84	5,20
Consensus sur les stratégies de travail	28,89	4,45
VTAS-R (Diamond et coll. 1996)		
Contribution du client à l'alliance	48,58	9,00
Interaction client-thérapeute	45,95	7,66
Échelle globale	94,53	15,64
VPPS (Suh et coll., 1989)		
Relation négative	10,60	2,04
Détresse psychique du client	22,89	4,60
Exploration du thérapeute	24,14	7,10
Chaleur et gentillesse du thérapeute	24,07	4,61
Participation du client	32,37	4,71
Dépendance du client envers le thérapeute	14,44	4,49
Échelle globale	128,51	13,01

$N = 121$

Tableau 3.2. Statistiques descriptives des scores aux domaines, dimensions et indicateurs de l'ÉQUAPA

	Moyenne	Écart-type
Domaines		
I - Qualité de la recherche de directions partagées dans l'ici-et-maintenant	32,98	10,43
II - Qualité de la négociation créative de l'imprécision et de l'indétermination des interactions	53,31	9,31
III - Qualité du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique	36,78	6,02
Dimensions		
A - Directions partagées	22,12	6,39
B - Moments de rencontre	10,87	6,44
C – Engagement	22,00	4,26
D - Buts intersubjectifs	31,31	5,79
E - Lien sécurisant	19,16	3,29
F – Complexification	17,62	3,71
Indicateurs		
(1) - Tentatives du thérapeute de saisir le plus justement possible ce qui se passe dans la relation thérapeutique	12,69	4,41
(2) - Tentatives du client de saisir le plus justement possible ce qui se passe dans la relation thérapeutique	9,43	2,44
(3) - Émergence de moment(s)-maintenant	3,32	2,20
(4) - Signature personnelle du thérapeute en réponse au(x) moment(s)-maintenant	3,12	1,89
(5) - Moment(s) de rencontre (connexion intentionnelle et émotionnelle authentique)	4,43	2,49
(6) - Ouverture/tolérance du client à l'imprécision des interactions thérapeutiques	6,73	1,94
(7) - Participation active, réciproque, affective et non défensive à l'interaction	15,27	3,10
(8) - Direction clinique	12,08	2,16
(9) - Centration sur les besoins du client	15,76	3,29
(10) - Conditions sécurisantes mises en place par le thérapeute	12,48	2,42
(11) - Indices sécurisants chez le client	6,68	1,55
(12) - Émergence d'éléments nouveaux et/ou surprenants	7,18	1,71
(13) - Intégration de différents contenus	10,44	2,56

N = 121.

Tableau 3.3. Corrélations entre les scores aux domaines, dimensions et indicateurs de l'ÉQUAPA et les scores aux sous-échelles du CALPAS

Domaine, dimensions et indicateurs	Sous-échelles du CALPAS			
	Engagement du client	Capacité de travail du client	Compréhension et engagement du thérapeute	Consensus sur les stratégies de travail
Dom. I: QRDP	.20*	<i>ns</i>	.19*	<i>ns</i>
Dim. DP	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (1): IMT	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (2): IMC	.29***	.19*	<i>ns</i>	.20*
Dim. MR	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (3): EMM	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (4): SP	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (5): MRA	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Dom. II: QNC	.34***	.20*	.36***	.25**
Dim. EN2	.31***	<i>ns</i>	.25**	.25**
Ind. (6): TIMP	.26**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.21*
Ind. (7): PAR	.27**	<i>ns</i>	.33***	.21*
Dim. D: BI	.31***	.21*	.40***	.22*
Ind. (8): DC	.34***	.20*	.41***	.34***
Ind. (9): CBC	.25**	<i>ns</i>	.36***	<i>ns</i>
Dom. III: QCR	.35***	.32***	.31***	.25**
Dim. SÉ	.30***	.25**	.24**	.21*
Ind. (10): CST	.19*	<i>ns</i>	.21*	<i>ns</i>
Ind. (11): ISC	.34***	.27**	<i>ns</i>	.25**
Dim. CO	.30***	.29**	.29***	.23*
Ind. (12): NOU	<i>ns</i>	.19*	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (13): INT	.34***	.29***	.40***	.31***

Note. QRDP = Qualité de la recherche de directions partagées dans l'immédiat de la relation thérapeutique. DP = Directions partagées. IMT = Tentatives du thérapeute de saisir le plus justement possible ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique. IMC = Tentatives du client de saisir le plus justement possible ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique. MR = Moments de rencontre. EMM = Émergence de moments-maintenant. SP = Signature personnelle. MRA = Moment de rencontre atteint. QNC = Qualité de la négociation créative de l'imprécision et de l'indétermination des interactions. EN2 = Engagement des deux partenaires dans la relation thérapeutique. TIMP = Ouverture/Tolérance du client à l'imprécision des interactions thérapeutiques. PAR = Participation active, réciproque, affective et non défensive à l'interaction. BI = Émergence de buts intersubjectifs (à moyen et long termes). DC = Direction clinique. CBC = Centration sur les besoins du client. QCR = Qualité du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique. SE = Lien sécurisant. CST = Conditions sécurisantes mises en place par le thérapeute. ISC = Indices sécurisants chez le client. CO = Complexification. NOU = Émergence d'éléments nouveaux et/ou surprenants. INT = Intégration de différents contenus.

N = 121. **p* < .05, bilatéral. ***p* < .01, bilatéral. ****p* < .001, bilatéral.

Tableau 3.4. Corrélations entre les scores aux domaines, dimensions et indicateurs de l'ÉQUAPA et les scores aux sous-échelles du VTAS-R.

Domaine, dimensions et indicateurs	Échelle globale du VTAS-R	Sous-échelles du VTAS-R	
		Contribution du client	Interaction client-thérapeute
Dom. I: QRDP	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Dim. DP	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (1): IMT	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (2): IMC	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Dim. MR	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (3): EMM	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (4): SP	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (5): MRA	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Dom. II: QNC	.41***	.29***	.49***
Dim. EN2	.34***	.26**	.40***
Ind. (6): TIMP	.22*	.22*	.20*
Ind. (7): PAR	.33***	.22*	.42***
Dim. D: BI	.40***	.28**	.49***
Ind. (8): DC	.45***	.34***	.51***
Ind. (9): CBC	.32***	.20*	.42***
Dom. III: QCR	.41***	.31***	.48***
Dim. SÉ	.30***	.22*	.36***
Ind. (10): CST	.19*	<i>ns</i>	.25**
Ind. (11): ISC	.35***	.30***	.37***
Dim. CO	.40***	.31***	.46***
Ind. (12): NOU	.22*	<i>ns</i>	.25**
Ind. (13): INT	.44***	.33***	.50***

Note. QRDP = Qualité de la recherche de directions partagées dans l'immédiat de la relation thérapeutique. DP = Directions partagées. IMT = Tentatives du thérapeute de saisir le plus justement possible ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique. IMC = Tentatives du client de saisir le plus justement possible ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique. MR = Moments de rencontre. EMM = Émergence de moments-maintenant. SP = Signature personnelle. MRA = Moment de rencontre atteint. QNC = Qualité de la négociation créative de l'imprécision et de l'indétermination des interactions. EN2 = Engagement des deux partenaires dans la relation thérapeutique. TIMP = Ouverture/Tolérance du client à l'imprécision des interactions thérapeutiques. PAR = Participation active, réciproque, affective et non défensive à l'interaction. BI = Émergence de buts intersubjectifs (à moyen et long termes). DC = Direction clinique. CBC = Centration sur les besoins du client. QCR = Qualité du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique. SE = Lien sécurisant. CST = Conditions sécurisantes mises en place par le thérapeute. ISC = Indices sécurisants chez le client. CO = Complexification. NOU = Émergence d'éléments nouveaux et/ou surprenants. INT = Intégration de différents contenus.

N = 121. **p* < .05, bilatéral. ***p* < .01, bilatéral. ****p* < .001, bilatéral.

Tableau 3.5. Corrélations entre les scores aux domaines, dimensions et indicateurs de l'ÉQUAPA et les scores aux sous-échelles du VPPS

Domaine, dimensions et indicateurs	Échelle globale du VPPS	Sous-échelles du VPPS					Dépendance du client envers le thérapeute
		Relation négative	Détresse psychique du client	Exploration du thérapeute	Chaleur et gentillesse du thérapeute	Participation du client	
Dom. I: QRDP	.25**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.25**
Dim. DP	.18*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (1): IMT	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (2): IMC	.21*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Dim. MR	.23*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.26**
Ind. (3): EMM	.26**	<i>ns</i>	.21*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.27**
Ind. (4): SP	.23**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.27**
Ind. (5): MRA	.18*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.23*
Dom. II: QNC	.41***	-.19*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.45***	.33***	<i>ns</i>
Dim. EN2	.24**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.31***	.22*	<i>ns</i>
Ind. (6): TIMP	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.22*	<i>ns</i>
Ind. (7): PAR	.29**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.41***	.25**	<i>ns</i>
Dim. BI	.49***	-.22*	.13	<i>ns</i>	.48***	.37***	<i>ns</i>
Ind. (8): DC	.47**	-.24**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.50***	.36***	<i>ns</i>
Ind. (9): CBC	.42**	-.19*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.44***	.34***	<i>ns</i>

(Le tableau se poursuit à la page suivante.)

Domaine, dimensions et indicateurs	Échelle globale du VPPS	Sous-échelles du VPPS					
		Relation négative	Détresse psychique du client	Exploration du thérapeute	Chaleur et gentillesse du thérapeute	Participation du client	Dépendance du client envers le thérapeute
Dom. III: QCR	.47***	<i>ns</i>	.18*	.40***	.29**	.21*	<i>ns</i>
Dim. SÉ	.33***	-.20*	<i>ns</i>	.25**	.27**	.20*	<i>ns</i>
Ind. (10): CST	.29**	-.20*	<i>ns</i>	.18*	.27**	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (11): ISC	.27**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.24**	<i>ns</i>	.25**	<i>ns</i>
Dim. CO	.47***	<i>ns</i>	.20*	.43***	.22*	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Ind. (12): NOU	.30**	<i>ns</i>	.25**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.21*	<i>ns</i>
Ind. (13): INT	.49**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.53***	.31***	<i>ns</i>	<i>ns</i>

Note. QRDP = Qualité de la recherche de directions partagées dans l'immédiat de la relation thérapeutique. DP = Directions partagées. IMT = Tentatives du thérapeute de saisir le plus justement possible ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique. IMC = Tentatives du client de saisir le plus justement possible ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique. MR = Moments de rencontre. EMM = Émergence de moments-maintenant. SP = Signature personnelle. MRA = Moment de rencontre atteint. QNC = Qualité de la négociation créative de l'imprécision et de l'indétermination des interactions. EN2 = Engagement des deux partenaires dans la relation thérapeutique. TIMP = Ouverture/Tolérance du client à l'imprécision des interactions thérapeutiques. PAR = Participation active, réciproque, affective et non défensive à l'interaction. BI = Émergence de buts intersubjectifs (à moyen et long termes). DC = Direction clinique. CBC = Centration sur les besoins du client. QCR = Qualité du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique. SE = Lien sécurisant. CST = Conditions sécurisantes mises en place par le thérapeute. ISC = Indices sécurisants chez le client. CO = Complexification. NOU = Émergence d'éléments nouveaux et/ou surprenants. INT = Intégration de différents contenus.

N = 121.

p* < .05, bilatéral. *p* < .01, bilatéral. ****p* < .001, bilatéral.

DISCUSSION GÉNÉRALE

De nombreuses études développementales menées depuis les années 1980 ont mis en lumière le pouvoir transformateur de la connexion émotionnelle et intentionnelle avec autrui, de l'attachement à autrui, ainsi que de nos capacités innées (neurologiques) et non conscientes de ressentir dans notre corps les états intentionnels et émotionnels d'autrui afin de permettre l'atteinte d'états affectifs partagés, aussi appelés « moments d'accordage affectif » ou « moments de rencontre », qui ont pour effet d'accroître la qualité des relations humaines. Cet accordage permet au bébé de construire sainement sa représentation de soi et de poursuivre son développement. Sans une relation affective engagée avec un donneur de soins acceptant, validant et flexible dans la réponse aux divers besoins du bébé, la régulation dyadique se trouverait mal ajustée et le développement du bébé s'en trouverait entravé, de manière très sérieuse dans les cas les plus graves.

Le rôle du domaine implicite de l'expérience humaine dans les interactions sociales et dans la construction (puis éventuellement la réorganisation) de l'identité de l'individu a été soulevé par ces études. La co-création par mère et bébé des connaissances relationnelles implicites portant sur les manières de procéder en relation et de se réguler avec un autre, élaborées sur la base de répétitions des séquences interactionnelles caractéristiques du fonctionnement de la dyade, a permis d'offrir une explication alternative à celle des modèles internes opérants (Bowlby, 1980) pour ajouter à la compréhension de la création des patrons d'attachement et de l'identité de l'individu. Ces études sur les enfants préverbaux, qui parviennent à créer un sens du monde et d'autrui en se basant sur la lecture des intentions puis qui cherchent à influencer en retour sur ce monde en transmettant les leurs, nous amènent à concevoir l'humain comme étant d'abord un être émotionnel, social et interactionnel; et comme étant d'abord défini par sa capacité à connecter affectivement avec autrui. L'interaction sociale caractérisée

par un accordage affectif ajusté où l'on se sent vu, entendu, compris, validé, accepté et aimé, s'avérerait à la source de la plupart des moments de vie vitalisants et emplis de joie.

Parallèlement, l'émergence du mouvement relationnel en psychanalyse à compter des mêmes années a mené à un changement de paradigme quant aux processus de changement en psychothérapie. Depuis, on souligne l'importance de la relation réelle en thérapie, de même que de l'affectivité authentique engagée de l'analyste et de sa disponibilité à la connexion émotionnelle avec le patient pour favoriser la co-crédation de moments affectifs saillants (où thérapeute et client se rencontrent de personne à personne et saisissent un élément essentiel de ce qui se passe ici, maintenant et entre eux), de même que la co-crédation de nouveaux patrons interactionnels qui vont permettre au client de se développer et de changer, de s'engager différemment dans ses liens, de revisiter sa manière de connecter avec autrui, et de remanier sa manière d'être en relation avec lui-même, autrui et le monde.

Le Boston Change Process Study Group (BCPSG) a appliqué les découvertes issues de ces deux courants de pensée à la compréhension du processus de changement dans les démarches psychothérapeutiques d'approche relationnelle (psychodynamique, psychanalyse relationnelle, humaniste-intersubjective, humaniste-existentielle) pratiquées auprès d'une clientèle adulte. Ce modèle (BCPSG, 2010) a constitué le point de départ et le point d'ancrage des études de cette thèse. Nous avons toutefois tenté de faire une place, dans notre chapitre premier, à une revue de contributions complémentaires ou contrastantes à celle du groupe. Mais nous reconnaissons que le champ de recherches sur le changement en psychothérapie est vaste. Et que les mesures de ce changement sont nombreuses.

Les influences théoriques soutenant les écrits du BCPSG restent diversifiées : études développementales, théorie des systèmes dynamiques, études en neurosciences, théorie de la technique thérapeutique en psychanalyse, approche relationnelle en psychanalyse, qualités relationnelles du thérapeute, études empiriques sur l'efficacité et les mécanismes de changement en psychothérapie. Nous aurions pu intégrer et expliciter encore davantage plusieurs des influences théorico-cliniques présentées dans le premier chapitre, notamment les données tirées des études empiriques sur les microprocessus de régulation dyadique mère-bébé et sur les thérapeutes efficaces, ou encore les écrits sur la théorie des systèmes dynamiques. Cela aurait pu permettre d'appuyer encore davantage la pertinence de développer une mesure caractérisée par un angle d'approche interactionnel et dyadique du changement ainsi que par une prise en compte des contributions du thérapeute à la relation et au processus thérapeutiques.

Nous avons choisi consciemment de nous limiter, avec un souci pragmatique d'aller à l'essentiel, mais aussi avec l'espoir que la présentation actuelle des apports de ces diverses influences soit suffisante pour éclairer le lecteur et le familiariser convenablement avec les composantes du modèle du BCPSG au cœur de nos études. Aussi allons-nous en rappeler les grandes lignes avant de revoir les résultats de nos études et leurs implications plus générales.

Résumé des apports du *Boston Change Process Study Group* à notre compréhension des mécanismes de changement-développement chez l'humain

Pour rappel, le groupe énonce trois principaux éléments d'une relation thérapeutique de qualité : (a) la qualité de la recherche engagée de directions partagées permettant l'atteinte d'états d'accordage affectif appelés « moments de rencontre »; (b) la qualité de la négociation créative de l'imprécision et de l'indétermination des interactions

thérapeutiques, et; (c) la qualité du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique. Le groupe définit aussi trois caractéristiques de l'engagement relationnel affectif menant à la croissance psychologique de l'individu : (a) un investissement affectif fondamentalement positif avec quelqu'un (se sentir spécial pour quelqu'un, percevoir que le partenaire dyadique est enthousiaste face à nous); (b) le sentiment d'être une priorité pour quelqu'un (quelqu'un qui se centre sur nos besoins, qui connaît notre histoire, nos sensibilités et nos préférences, qui est constamment attentif à notre état psychologique), de même que; (c) le maintien actif d'un lien affectif durable, fiable, récurrent et constant avec quelqu'un. La vision du processus thérapeutique préconisée par le groupe implique une traversée des corps qui permette de se mouvoir et de s'émouvoir ensemble, d'avancer-ensemble vers une relation de qualité accrue et d'être traversé par la subjectivité du partenaire dyadique.

Nous avons visé tout au long de cette thèse à montrer comment le modèle du BCPSG ajoute significativement pour nous à la compréhension des mécanismes de changement en psychothérapie et permet de faire le pont entre les deux principaux modes d'action thérapeutique : la technique (liée aux mécanismes interprétatifs et aux verbalisations explicites) et les facteurs relationnels (liés aux mécanismes non interprétatifs et aux processus implicites). Les apports du BCPSG nous ont aussi permis d'entrevoir certaines lacunes dans la mesure du changement en psychothérapie psychodynamique. Notamment, les mécanismes relationnels implicites du changement (moment de rencontre, intentionnalité moment-par-moment) ne sont pas suffisamment ou adéquatement pris en compte, ni dans les mesures de l'alliance ou de la relation thérapeutique, ni dans celles du processus analytique. D'ailleurs, le moment de rencontre n'a pas encore fait l'objet d'une opérationnalisation et d'une validation empiriques. De sorte qu'à ce jour, à notre connaissance, aucune mesure quantitative

observationnelle du processus de changement n'avait été élaborée sur la base du modèle proposé par le groupe de Boston. Afin de contribuer à la mesure du changement en psychothérapie, nous avons entrepris les premières étapes du développement et de la validation de l'échelle d'Évaluation de la qualité du processus d'avancer-ensemble (ÉQUAPA), basée sur ce modèle.

Apport au domaine : Synthèse des résultats des études de validation de l'ÉQUAPA

Dans le cadre de la première étude, nous avons procédé à l'élaboration des 48 items de la version initiale de l'ÉQUAPA. Puis, à l'aide d'une méthode Delphi modifiée en deux tours, trois cliniciens experts se sont prononcés sur les caractères discriminant, clair et observable de ces items. Après analyses, 43 items ont rencontré les critères de consensus établis pour juger de leur validité de contenu.

Dans le cadre de la deuxième étude, afin de poursuivre les efforts de validation de l'ÉQUAPA, nous avons visé l'évaluation de sa fidélité interjuges et de sa consistance interne. Les résultats ont montré que, malgré la complexité des phénomènes cliniques à évaluer et malgré des sensibilités différentes aux manifestations implicites d'intentions lors de l'observation de dyades client-clinicien apparaissant sur des enregistrements vidéo de séances de psychothérapie, des juges ayant été formés à l'utilisation de l'outil en contexte de recherche sont en mesure de montrer un accord modéré à quasi-parfait pour la cotation de la grande majorité des indicateurs (soit le plus petit score utile de l'instrument). Les résultats ont aussi montré que deux indicateurs, l'un portant sur la résolution des ruptures dans le processus d'avancer-ensemble et l'autre sur la tolérance du thérapeute aux imprévus en séance, n'étaient pas fidèles et nuisaient à la consistance interne de l'outil. Ils ont tous deux été retirés. La structure finale de l'ÉQUAPA compte

maintenant 3 domaines de qualité, se déclinant en 6 dimensions, se déclinant en 13 indicateurs, se déclinant en 38 items.

Dans le cadre de la troisième étude, les résultats des analyses de validités convergente et divergente avec deux mesures de l'alliance thérapeutique (CALPAS et VTAS-R) et une mesure du processus thérapeutique (VPPS) ont montré que le Domaine I de l'ÉQUAPA (« Qualité de la recherche engagée de directions partagées dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique ») et les dimensions le composant, qui mettent l'accent sur l'exploration de la relation thérapeutique dans l'ici-et-maintenant ainsi que sur l'atteinte de moments de rencontre, sont faiblement corrélées, sinon pas corrélées, avec les échelles ou sous-échelles de trois autres mesures. C'est ce qui était attendu puisque l'ÉQUAPA se distinguerait ici selon nous des autres mesures de l'alliance et du processus de changement. Toutefois, si la divergence nous confirme que le construit sous-tendant le Domaine I semble bien distinct de ceux mesurés par les trois mesures retenues, il demeure à clarifier empiriquement ce qu'il tend à capter; nous y reviendrons plus loin dans notre discussion des pistes de recherche futures.

Néanmoins, à ce point, et sur les bases des sources théoriques que nous avons utilisées pour l'opérationnaliser, il semble plausible que ce domaine se distingue en ce qu'il mesurerait la disponibilité affective de la dyade à prendre le risque de se montrer vulnérable et à connecter émotionnellement et intentionnellement en engageant des aspects de leur individualité afin de mettre, l'espace d'un moment – un moment-maintenant, un moment de rencontre – la relation réelle à l'avant-plan de l'interaction plutôt que la relation professionnelle ou la relation transféro–contre-transférentielle où chacun demeure dans son rôle de client ou de thérapeute avec les responsabilités et les règles qui y sont associées. L'ÉQUAPA permettrait donc de mesurer ces moments où

la dyade s'écarte de ces règles pour faire l'expérience d'un moment d'humanité partagée où le client voit le thérapeute un peu plus comme une personne et se sent en retour vu, entendu, compris et accepté dans un nouvel aspect de son expérience, dans un nouvel aspect de leur relation ou encore dans une nouvelle forme d'élan pour connecter sans masque et sans réserve avec autrui. S'écarter des règles ne signifie pas ici de sortir de ce qui est de l'ordre d'un cadre thérapeutique au service des besoins du client, cela fait plutôt référence au fait que la dyade s'écarte de la manière dont elle a l'habitude de fonctionner ensemble, notamment en interagissant d'une manière où l'asymétrie entre eux est moindre que d'habitude, où les rôles de thérapeute et de client deviennent moins saillants, laissant place à une nouvelle manière d'être ensemble.

La troisième étude de validation a aussi permis d'observer que les deux dimensions de l'ÉQUAPA associées au Domaine II (« Qualité de la négociation créative de l'imprécision et l'indétermination des interactions thérapeutiques »), qui capturent des éléments associés à la capacité du thérapeute de favoriser l'exploration, la capacité du client de s'engager dans l'exploration proposée ainsi que la qualité du lien affectif durant leurs efforts de collaboration, sont celles qui corrélerent avec le plus grand nombre des sous-échelles des autres mesures. Cela s'observe probablement en raison de ce qu'il s'agit des dimensions dont l'opérationnalisation rejoint le plus les définitions plus classiques de l'alliance de travail. Pour les trois mesures critères employées dans cette étude, c'est avec la Dimension BI « Buts intersubjectifs » de l'ÉQUAPA que les corrélations les plus élevées ont été observées. Ainsi, il semble que les comportements dyadiques associés à l'établissement de buts thérapeutiques et aux efforts pour situer et outiller le client dans l'atteinte de ces buts sont, dans l'ÉQUAPA comme dans les mesures traditionnelles de l'alliance et du processus, au cœur de ce qui définit la particularité du lien, du travail et du changement en psychothérapie.

En ce qui a trait aux dimensions composant le Domaine III de l'ÉQUAPA (« Qualité du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique »), soit la Dimension SÉ « Lien sécurisant » et la Dimension CO « Complexification », elles présentent des corrélations positives faibles à modérées, qui étaient attendues, avec les échelles des autres mesures évaluant la collaboration du client et une certaine autonomie chez celui-ci dans sa participation active au travail d'introspection et d'intégration des connaissances déclaratives qu'il découvre sur lui-même en séance. Comparativement au Domaine I, les domaines II et III de l'ÉQUAPA semblent capturer des construits plus « classiques » associés au changement en psychothérapie. Néanmoins, l'outil ne présente que des corrélations faibles à modérées avec les autres mesures critères employées dans cette étude, probablement en raison de la nature dyadique, interactionnelle et relationnelle affective des construits opérationnalisés dans l'ÉQUAPA. Cela n'est pas surprenant, considérant que les mesures de l'alliance conventionnelles présentent généralement moins de 50 % de variance partagée (Hatcher et coll., 1995; Horvath et coll., 2011); dans le cas présent, la variance partagée serait d'un ordre nettement moindre bien sûr. N'empêche, avec son apport novateur qui tient compte des découvertes tirées des approches développementales et relationnelles en psychanalyse, l'ÉQUAPA semble permettre d'ajouter une nouvelle pièce au casse-tête de la mesure du changement en psychothérapie. Là réside sa spécificité; son apport au champ, ou du moins celui auquel nous aspirons. L'ÉQUAPA vise à être une mesure des traitements d'approches relationnelles-intersubjectives ancrée dans les apports empiriques des études développementales qui cherche à mettre en évidence l'importance des mécanismes de régulation affective de la dyade pour amener du changement.

Utilité clinique et empirique de l'ÉQUAPA

L'utilité clinique d'une mesure de la qualité de la relation et du processus thérapeutiques est grande (Ogles, 2013). Après formation de deux juges à l'ÉQUAPA, l'instrument s'avère être un outil de mesure peu coûteux, d'utilisation brève (20 minutes de cotation après le visionnement de la séance lorsque le juge est familiarisé avec l'outil), et facile à coter et interpréter. Le soutien préliminaire à ses propriétés psychométriques est prometteur. Bien que son application soit potentiellement plus adaptée à l'évaluation des traitements d'approche relationnelle (psychodynamique, psychanalytique, interpersonnelle, humaniste-existentielle, humaniste-intersubjective), nous jugeons que l'ÉQUAPA pourrait être employée avec une pluralité d'approches cliniques et de présentations diagnostiques.

Un des principaux bémols que nous avons observés dans le cadre de la formation des deux juges à notre outil concerne le temps d'adaptation requis entre cotateurs pour développer une sensibilité similaire aux manifestations d'intentions de client et thérapeute relativement à leur relation thérapeutique, souci qui risque de se présenter dans toute équipe de juges. Afin de favoriser l'atteinte d'un accord interjuges adéquat, nous avons dû nous résoudre à axer davantage certains items sur les verbalisations explicites portant sur l'état de la relation thérapeutique. Ce choix n'est toutefois pas particulièrement problématique lorsque l'objectif est d'élaborer une mesure des processus relationnels qui soit utilisable par un grand nombre de chercheurs, et qui plus est, mesurer l'implicite consiste à évaluer les intentions du client et du thérapeute moment-par-moment, ce qui peut s'observer dans une tonalité affective non verbale particulière tout comme dans une adresse verbale. Par exemple, si le client dit « Je ne veux plus en parler, ça me fait trop mal », son intention peut être d'affirmer sa limite

et son besoin de réguler l'intensité de son expérience affective souffrante. Des réponses évasives ou non coopérantes, un silence, un changement de sujet ou un regard paniqué, débordé ou en colère aurait pu communiquer la même intention.

Enfin, nous pensons que l'ÉQUAPA pourrait être d'une grande utilité en contexte académique ou de supervision. En effet, les deux juges que nous avons formées à des moments distincts de l'élaboration de l'ÉQUAPA, toutes deux à un moment différent de leur développement professionnel, ont insisté sur le rôle significatif ainsi que sur l'effet transformateur sur leur identité professionnelle, leur posture et leur pratique cliniques qu'a eu sur elles leur formation à l'instrument. Même si elles n'utilisaient principalement l'outil qu'en contexte de recherche, celui-ci a imprégné et nourri leur pratique. Chacune d'elles nous a mentionné à différents moments du processus de formation à quel point le contenu de l'ÉQUAPA émergeait chez elles en séance avec divers de leurs clients, et les aidait à orienter leurs interventions de manière à aller à leur rencontre, ce qui représentait pour elles une expérience nouvelle, curieuse, surprenante, emballante et 'capacitante' (*empowering*).

L'ÉQUAPA pourrait ainsi potentiellement permettre de suivre et superviser la pratique clinique d'un thérapeute en temps réel et d'estimer la nature et l'étendue des changements au sein d'une dyade thérapeutique donnée. Au besoin, pourrait s'ensuivre une intervention visant à favoriser un réalignement des traitements vers une qualité accrue des services et, potentiellement, un accroissement des gains thérapeutiques chez les clients (Andrews et Page, 2005). D'ailleurs, comme la relation thérapeutique est un facteur crucial à la survenue de changements, il importe que la formation clinique des doctorants en psychologie et des supervisés soit axée sur le développement d'habiletés relationnelles spécifiques menant au développement et au maintien actif d'une relation

thérapeutique de qualité (Norcross et Wampold, 2011), habiletés qui sont explicitées et mesurées par l'ÉQUAPA.

Au cœur du modèle du BCPSG et des opérationnalisations de l'ÉQUAPA se trouvent les notions de connexion relationnelle et de vulnérabilité, les deux étant intrinsèquement liées. Les travaux de Brenee Brown (2017, 2012, 2010), chercheuse en travail social et conférencière populaire qui s'est intéressée notamment à l'expérience subjective de la honte et du courage, apportent un appui de plus à l'importance de risquer la connexion authentique de personne à personne pour espérer mener une vie emplie de moments de joie, d'amour, de créativité et de confiance. Elle lance un appel au courage, affirmant que d'oser agir sur la base de nos élans de connexion requiert de la vulnérabilité, et que le partage de nos insécurités, nos vulnérabilités et nos désirs d'intimité requiert en général une prise de risque, que ce soit le risque d'être rejeté, déçu, jugé, mal compris, humilié, décevant, etc. Le risque fait partie inhérente de ce qui rend possible l'accroissement de la connexion, souligne-t-elle. La prise de risque serait de ce fait à la source de l'expérience de vitalisation et de joie en relation. Et il n'y aurait pas de courage sans vulnérabilité. Les conclusions de ses travaux nous montrent que la vulnérabilité est l'essence, le cœur et l'épicentre des expériences humaines significatives. Elle affirme plus avant que :

Le risque et la mise à nu émotionnelle auxquels nous faisons face quotidiennement ne sont pas optionnels. Notre seul choix devient une question d'engagement. Notre volonté d'assumer notre vulnérabilité et de participer à des liens affectivement engagés détermine la profondeur de notre courage ainsi que la clarté de notre intention dans la vie et dans chacun de nos liens. À l'inverse, le niveau auquel nous nous protégeons de cette vulnérabilité est une mesure de nos peurs et de notre déconnexion face à nous-même et autrui. (Brown, 2012, préface; traduction libre)

Et ailleurs, elle soutient que :

[Dans ce contexte,] la connexion peut être décrite en termes d'énergie vitalisante existant entre deux personnes (ou plus) lorsqu'elles se sentent entendues, vues et valorisées; lorsqu'elles peuvent donner et recevoir sans se juger; et lorsqu'elles retirent de la force et de la nourriture affective de la relation. (Brown, 2010, p. 182; traduction libre).

L'opérationnalisation de la relation et du changement thérapeutiques dans l'ÉQUAPA va tout à fait dans ce sens. Les construits qui y sont évalués sont ceux considérés par Brown comme étant à l'épicentre des relations de qualité.

Données des études sur le processus et le résultat thérapeutiques qui appuient l'importance des construits évalués par l'ÉQUAPA lorsqu'on cherche à mesurer ce qui favorise le changement

L'ÉQUAPA permet de mesurer plusieurs construits identifiés au moins théoriquement comme d'importance à l'avènement d'un succès thérapeutique favorable. Notamment, la capacité du client de se montrer présent et authentique avec son thérapeute, au-delà de son simple rôle de client, par exemple en faisant des blagues, en prenant l'initiative de faire des commentaires sur la dynamique relationnelle avec le thérapeute ou en co-créant des anecdotes sur leur expérience partagée en thérapie. Lorsqu'il adopte une telle attitude, le client tend à susciter des réponses similaires de la part du thérapeute et, par le fait même, il contribuerait à améliorer la qualité de la relation (Greaves, 2006, cité dans Norcross et Goldfried, 2013). Le rôle actif joué par le client dans la consolidation du lien est évalué notamment ici par le biais des moments-maintenant et des initiatives du client pour clarifier l'état de la relation dans l'ici et maintenant.

L'ouverture du client aux contributions du thérapeute et à se montrer vulnérable avec lui en abordant des thèmes douloureux semble aussi représenter des activités qui aident le client à évoluer favorablement (Fitzpatrick et coll., 2006; Knox et Cooper, 2011; McGowan et coll., 2005). L'ÉQUAPA en tient là aussi compte. Cet intérêt envers l'apport du thérapeute et cette prise de risque potentiel (évalués grâce aux indicateurs sur la participation active, réciproque, affective et non défensive de la dyade, sur les moments-maintenant, sur l'émergence d'éléments nouveaux/surprenants, ainsi que sur la présence d'indices sécurisants chez le client tels l'activation émotionnelle suscitée par les thèmes explorés) semblent plus susceptibles de se produire lorsque le client se sent aimé et aime son thérapeute (Fitzpatrick et coll., 2006; Orlinsky et coll., 2004), sans compter que cela semble en retour éveiller chez le thérapeute une vulnérabilité et une ouverture aux contributions du client (Knox et Cooper, 2011). Tout cela vient appuyer l'importance de co-créeer un lien affectif positif (affection, confiance, sécurité, confort) dans lequel la spontanéité et l'authenticité occupent une place essentielle (Orlinsky et coll., 2004). L'importance de la relation réelle en général est évaluée ici par les items associés au Domaine I, qui porte sur la qualité des efforts déployés par la dyade pour clarifier l'état de leur relation dans l'ici-et-maintenant ainsi que ce qui se joue (ou se rejoue) entre eux, puis pour atteindre des états d'accordage affectif de personne à personne.

La centration du thérapeute sur l'expérience émotionnelle interne du client représente une autre composante qui semble être caractéristique des suivis efficaces. Qui plus est, il semble que ce soit pendant l'exploration réflexive de souvenirs autobiographiques que l'activation et l'exploration émotionnelles prédiraient davantage le résultat thérapeutique (Lewin, 2001). L'ÉQUAPA évalue justement le vocabulaire affectif employé par la dyade, la charge émotionnelle éveillée chez le client durant

l'exploration ainsi que la mise en liens entre les souvenirs autobiographiques du client et ce qui se ressent dans l'actuel.

L'engagement affectif du thérapeute dans la relation thérapeutique est un autre ingrédient thérapeutique efficace dont l'ÉQUAPA tient compte. Les thérapeutes engagés positivement avec leurs clients et perçus comme des aidants crédibles seraient plus efficaces, notamment en démontrant une expressivité émotionnelle et une compréhension empathique; en adoptant une attitude collaborative, chaleureuse et d'appréciation du client; en exprimant leur sentiments positifs envers leur client; en étant congruents (spontanés, authentiques, non défensifs); en étant engagés dans leur rôle et dans le suivi (Bergin, 1966; Goates-Jones, 2006; Westra, Constantino et coll., 2011; Orlinsky et coll., 2004). Ces composantes sont évaluées dans l'ÉQUAPA par les items axés sur la préoccupation bienveillante sincère du thérapeute, sur la valorisation des contributions du partenaire, sur l'intérêt manifesté envers l'évolution actuelle ou souhaitée du client, sur la continuité du processus de séance en séance, sur l'émergence de moments de rencontre et sur les efforts mis en place pour clarifier ce qui se passe dans l'ici-et-maintenant de la relation.

Les recherches impliquant des entrevues qualitatives post-séance avec les clients (Knox, 2008; Lillie, 2002; Meyers, 2000; Rodgers, 2002; Schnellbacher et Leijssen, 2009) tendent à démontrer le caractère central et crucial des qualités relationnelles du thérapeute, notamment ses capacités empathiques, d'ajustement dyadique et d'accordage affectif, pour que le client se sente en sécurité, développe sa compréhension de soi, perçoive ses sensations internes, approfondisse son niveau d'*experiencing* (Gordon et Toukmanian, 2002) et perçoive qu'il change. L'empathie du thérapeute serait la mieux prédite par sa sensibilité affective au client moment-par-

moment (Macaulay et coll., 2007). La capacité du thérapeute d'user de sa liberté relationnelle en interaction représenterait une autre des habiletés cliniques fondamentales permettant au thérapeute de s'ajuster à son client et de saisir les moments-maintenant (Romanelli et coll., 2019). L'ÉQUAPA conceptualise justement le processus de changement comme un processus de régulation dyadique visant l'atteinte de moments d'accordage affectif authentique, rendus possibles entre autres par les qualités relationnelles du thérapeute. D'ailleurs, les habiletés relationnelles du thérapeute favorisant la création d'un lien affectif positif solide seraient un meilleur prédicteur du résultat thérapeutique que sa crédibilité professionnelle (Farsimadan et coll., 2007). Ce constat est cohérent avec la vision du processus mise de l'avant dans l'ÉQUAPA.

Par ailleurs, comme les thérapeutes ne sont pas aussi « efficaces » avec tous leurs clients, il devient important d'étudier les dyades afin de mieux comprendre ces différences et de favoriser davantage une prise en compte de la mutualité, de l'intrication et de l'interaction des processus du client et du thérapeute qui influencent le processus de changement (Mendlovic et coll., 2017; Ogles, 2013; Silberschatz, 2017). C'est ce que permet, nous semble-t-il, l'ÉQUAPA.

Limites des études complétées et recherches futures

Malgré les résultats prometteurs de nos études, certaines limites sont à envisager ainsi que des pistes de solution pour y remédier; des avenues de recherches futures nous apparaissent aussi se dessiner à la suite des résultats et difficultés rencontrés.

D'abord, nous avons déployé des efforts importants de recrutement de cliniciens-experts dans le cadre de la méthode Delphi employée dans la première étude de validation, mais trois seulement ont répondu à l'appel. Malgré leur compétence théorico-clinique et leur expérience clinique et de supervision — qui leur confère sans réserve leur statut d'experts —, il demeure nécessaire d'exercer une certaine prudence dans la généralisation des résultats de cette étude. Un plus grand échantillon d'experts nous aurait donné accès à davantage de vues divergentes et complémentaires, ce qui aurait pu permettre une sélection plus raffinée des items les plus représentatifs des construits à mesurer, de même qu'une meilleure amélioration des items retenus. Un soutien supplémentaire à leur validité de contenu aurait été opportun en cette première étape fondatrice de validation.

D'autre part, maintenant que les propriétés psychométriques de l'ÉQUAPA ont été évaluées et que l'élaboration du manuel de cotation est achevée, nous serons curieuse d'obtenir les rétroactions d'autres chercheurs quant à la valeur de nos opérationnalisations. Nous prévoyons partager le manuel de cotation avec un ensemble de chercheurs francophones s'intéressant au processus et à la relation thérapeutiques afin de poursuivre nos efforts d'opérationnalisation et de prendre la pleine mesure de l'intérêt de la communauté scientifique envers l'utilisation de notre outil. Il serait également indiqué de former d'autres juges à l'utilisation de l'outil, afin de tester plus avant sa fidélité.

D'ailleurs, nos études de validation ont déjà permis de soulever plusieurs pistes d'enrichissement potentiel à l'opérationnalisation de nos items pour rendre notre échelle la plus cliniquement et empiriquement utilisable possible. Parmi celles-ci, notons :

1. l'amélioration des items évaluant différents types de climat affectif (séduction / tension / intimité accrue / distance accrue), de « non-dits » au sein de la relation et d'adresses subtiles du client au thérapeute quant à l'état de leur relation;
2. l'amélioration de la définition du seuil pour distinguer la micro-rupture de la rupture manifeste;
3. l'ajout d'exemples dans la formation des juges et dans le manuel de cotation de l'ÉQUAPA relatifs aux moments-maintenant et aux moments de rencontre.

En fait, comme l'indicateur sur la résolution des ruptures a dû être retiré à la suite des analyses de fidélité et de consistance interne, l'ÉQUAPA se retrouve sans indicateur évaluant spécifiquement l'émergence d'interactions hostiles complémentaires. Nous considérons que cela est une limite de la version actuelle de l'instrument, car aucune relation n'échappe à l'apparition éventuelle de conflits et que la réparation des ruptures est un facteur essentiel à considérer pour juger de la qualité d'une relation, en thérapie comme ailleurs. À ce stade, cela fait aussi en sorte qu'à notre avis, l'ÉQUAPA pourrait être moins adaptée à un échantillon de clients ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité (narcissique, limite, paranoïaque, antisociale, obsessionnelle-compulsive). Toutefois, dans la description des différents points d'ancrage de l'ÉQUAPA (échelle de type Likert allant de 1 à 5), nous tenons compte dans les points d'ancrage 1-2 des interactions où client et/ou thérapeute adopte(nt) une attitude à potentiel destructeur (passive-agressive, hostile, critique, irritée, méprisante, désintéressée, arrogante, froide, insistante, détachée, intrusive) qui ne sont pas examinées ou pas adéquatement résolues par la dyade, tandis que dans les points d'ancrage 4-5, nous tenons compte des interactions de même nature qui ont été abordées et désamorçées, donc réparées. Cela est le cas pour la plupart des items, ce qui nuance la limite soulevée. Néanmoins, cela

nous amène à souhaiter poursuivre nos efforts d'opérationnalisation des ruptures et des micro-ruptures.

Les limites de la technologie vidéo pour donner accès aux processus inconscients en jeu dans la rencontre clinique — ou, plus spécifiquement en ce qui nous concerne ici, à l'ensemble des communications implicites au sein de la dyade — ont été soulevées par nombre de psychodynamiciens soucieux de la complexité des phénomènes cliniques, notamment des phénomènes intersubjectifs. Certains ont exprimé des réserves nuancées à l'utilisation de ces technologies, alors que d'autres ont traditionnellement rejeté toute forme d'« intrusion » et de regard « dénaturant » qu'introduirait de tels enregistrements et/ou l'avis de tiers sur ce qui se déroule dans la rencontre (voir, p. ex., un compte-rendu de conférence sur les voies de la recherche en psychanalyse produit par Richard, 1990). Nous avons pris position ici pour une recherche clinique qui s'inspire des moyens de la recherche psychologique traditionnelle et qui les adapte aux phénomènes se déployant dans le cadre certes très intime et idiosyncrasique de rencontres de psychothérapies relationnelles.

Il n'en demeure pas moins que la méthodologie d'utilisation de l'ÉQUAPA nécessite de recourir à certaines inférences concernant les dyades client-clinicien observées et évaluées par le biais d'enregistrements vidéo et que cela impose une saine réflexion sur les limites de cette approche. En effet, pour faire l'attribution de scores de qualité, le juge doit faire des inférences sur ce qui se passe chez le client, chez le thérapeute et entre eux. Il doit émettre des jugements sur la nature de leur expérience relationnelle affective. La question des inférences dans les instruments d'observation employés en recherche est centrale; la fidélité des juges peut être influencée par celles-ci, la validité des mesures questionnée et la standardisation de l'instrument s'en trouver complexifiée.

Toutefois, en s'inspirant des études développementales portant sur les processus de régulation affective observés dans les interactions préverbaux mère-bébé, le BCPSG a pu formuler que les êtres humains commencent dès la naissance à développer une capacité à inférer avec une certaine justesse les émotions et intentions des autres, sur la base de signaux non verbaux ou paraverbaux émis par le partenaire de l'interaction. Cette prémisse de base nous a permis d'avancer que les juges utilisant l'ÉQUAPA pourraient potentiellement émettre des jugements assez fidèles sur la nature des émotions et des intentions implicites émergeant dans les interactions client-clinicien, ce qui a été confirmé par les analyses de fidélité. Aux plans théorique, clinique et humain, la notion d'inférences sur ce qui se passe chez l'autre ou entre soi et l'autre semble importante. Il devient alors difficile de penser écarter complètement cette question lorsqu'on élabore des mesures visant à évaluer des phénomènes cliniques.

Par ailleurs, comme nous l'avons noté dans le chapitre 2, nous avons dû nous résoudre à l'utilisation de scores non indépendants dans nos analyses statistiques, ce qui introduit des biais potentiels induits par l'homogénéité possible des dyades. En effet, rappelons que plusieurs séances d'une même dyade client-clinicien ont été codifiées pour former notre échantillon d'enregistrements vidéo de séances psychothérapeutiques. Cette limite était inhérente au type de matériel clinique dont nous disposions (matériel d'archives dont nous avons obtenu l'autorisation d'utilisation du dépositaire) et au caractère pragmatique de la réalisation du présent projet dans le cadre d'une thèse doctorale. Nous avons tenté de pallier cette limite en atténuant les effets de report (*carryover effects*) potentiels chez les juges grâce à une présentation aléatoire et non séquentielle des rencontres à coter. Néanmoins, cela pourrait avoir eu pour effet de surestimer les indices obtenus, même si l'ampleur de cette possible surestimation est difficile à évaluer, voire à confirmer. Afin d'évaluer plus avant les propriétés psychométriques de

l'ÉQUAPA, il serait pertinent dans une étude future de composer un échantillon tiré de dyades client-clinicien différentes.

La nature de l'échantillon de dyades thérapeutiques disponible dans le matériel d'archives que nous avons utilisé (jeunes cliniciens, approche humaniste-existentielle, clients souffrant de troubles de sévérité légère à moyenne, suivis à court terme) entraîne également d'autres limites, auxquelles les recherches futures pourraient venir pallier. Notamment, la constitution d'un ou de plusieurs échantillons comptant des cliniciens expérimentés ou à différentes étapes de leur développement professionnel, des clients plus perturbés, ou encore des dyades étant engagées dans un suivi thérapeutique de plus longue durée, serait appropriée. Cela pourrait permettre une évaluation plus complète de l'utilité clinique et empirique de l'ÉQUAPA, une évaluation plus complète des caractéristiques des dyades où les moments de rencontre sont plus fréquents, une évaluation des périodes « typiques » d'apparition plus fréquente de moments de rencontre en cours de suivi, une comparaison des suivis de durée différente pour en évaluer l'impact potentiel sur l'apparition de moments de rencontre, ou encore une exploration des caractéristiques personnelles des thérapeutes qui auraient plus de facilité à favoriser l'émergence de moments de rencontre. Considérant le matériel d'archives utilisé, une autre limite de notre projet concerne l'absence de mesures permettant d'évaluer la validité prédictive de l'ÉQUAPA, alors qu'il s'agit d'un indice important qui viendrait appuyer la nature des liens entre d'une part, le processus de changement tel qu'opérationnalisé dans l'ÉQUAPA, et d'autre part, le résultat thérapeutique lui-même. Cela demeure une autre avenue pour les recherches subséquentes à mener en lien avec la validation de notre outil.

Enfin, une dernière avenue de développement pour une prochaine étude (à laquelle nous avons fait allusion plus haut dans notre discussion des résultats concernant le Domaine I, plus particulièrement) touche au choix des mesures critères utilisées pour évaluer les validités convergente et divergente de l'ÉQUAPA. À l'époque du choix de nos mesures utilisées pour les tester, il y a presque 10 ans, aucune mesure observationnelle potentiellement proche du construit de relation réelle, de régulation affective ou d'engagement affectif de la dyade thérapeutique n'avait encore été développée à notre connaissance. L'intérêt pour les thèses intersubjectives des dernières années a peut-être stimulé les chercheurs depuis. En effet, si c'était à refaire, nous pourrions ajouter le *Dynamic Interactions Scale* (DIS : Waldron et coll., 2013), un instrument observationnel qui évalue les contributions du thérapeute (direct, chaleureux, ajusté moment-par-moment aux affects du client, ouvert à partager son expérience subjective en réponse aux contributions du client, aidant face à l'amélioration du fonctionnement relationnel et émotionnel du client) et les contributions du client (flexibilité entre ressenti et réflexivité, flexibilité entre contenus conscients et rêves, travail sur son fonctionnement relationnel et émotionnel) à l'interaction thérapeutique, de même que les caractéristiques de l'interaction thérapeutique (client ressent le thérapeute comme étant empathique, la contribution du thérapeute permet un accroissement de la conscience de soi du client, intégration des prises de conscience sur le transfert du client avec les liens extra-thérapeutiques du client, degré avec lequel l'engagement de la dyade dans la relation thérapeutique est ressentie de manière affectivement signifiante). Sans que cet outil s'inspire du modèle du BCPSG et en permette donc la validation empirique, ce qui correspond aux visées de l'ÉQUAPA et au champ d'expertise que nous avons souhaité développer dans le cadre de cette thèse, le DIS apparaît être lui aussi un outil en phase avec une approche relationnelle des processus thérapeutiques psychodynamiques. Par ailleurs, si une

version « observateur » du *Real Relationship Inventory* (Gelso et coll., 2005; Kelley et coll., 2010) venait à voir le jour, il serait intéressant d'explorer les liens entre l'opérationnalisation de la relation réelle et nos opérationnalisations du moment de rencontre afin de mieux comprendre en quoi les deux construits se distinguent et se ressemblent. Ceci constitue donc des avenues de recherche pour l'avenir de l'ÉQUAPA.

Finalement, à la lumière des commentaires formulés par deux des juges ayant été formées à l'ÉQUAPA dans le cadre des préparatifs et des études contenues dans cette thèse, qui ont souligné son effet transformateur sur leur identité professionnelle et leur pratique clinique, l'utilité de la formation au modèle du BCPSG tel qu'opérationnalisé dans l'ÉQUAPA nous apparaît une avenue excitante et encourageante pour contribuer à la formation des doctorants en psychologie ainsi qu'au développement professionnel des thérapeutes de manière générale. Nous sommes d'avis qu'à tout moment de notre carrière de clinicien, développer de nouvelles connaissances, sensibilités, attitudes et habiletés relationnelles nécessaires à l'atteinte de moments d'accordage affectif avec autrui peut être bienvenu, emballant, aidant et porteur.

Pour terminer, nos études paraissent appuyer le caractère distinct des apports théoriques du groupe de Boston à l'étude du changement thérapeutique. Ils représentent un premier pas dans les efforts visant à valider leur modèle. Les thérapeutes qui développeront des affinités avec le modèle, que ce soit par le biais de l'ÉQUAPA ou par d'autres chemins, se verront, avec un regard peut-être encore plus criant qu'auparavant, appelés à une tâche courageuse, incertaine, imprévisible, profonde et belle, soit celle d'oser engager leur authenticité dans leurs liens thérapeutiques lors de moments d'ajustement au client, celle d'oser réciproquer les mains tendues à la connexion (celles tendues avec grâce, complicité ou confiance tout comme celles

tendues avec maladresse, ambivalence, inconfort ou insécurité), celle d'oser cochercher et cocréer avec le client les chemins qui mèneront potentiellement à la rencontre. La rencontre, dans ce qu'elle a à offrir de spontané, de vivant, d'honnête, d'intime, d'humble, de réciproque, de sécurisant, de créatif et, bien entendu, de transformateur.

ANNEXE A

MANUEL DE COTATION DE L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU PROCESSUS D'AVANCER-ENSEMBLE (ÉQUAPA)

MANUEL DE CODIFICATION DU
PROCESSUS DE CHANGEMENT À L'AIDE
DE L'ÉQUAPA

**ÉCHELLE D'ÉVALUATION
DE LA QUALITÉ
DU PROCESSUS
D'AVANCER-ENSEMBLE**

(version 4, juin 2020)

par

Frédérique Lévesque-Belley

J. Éric Dubé

et

Gabrielle Thibodeau-Laufer

Département de psychologie

Université du Québec à Montréal

À propos des auteurs

Frédérique Lévesque-Belley, B. Sc., est doctorante en psychologie (Ph.D./Psy.D.) à l'Université du Québec à Montréal. Elle s'intéresse aux processus relationnels implicites et intersubjectifs qui sous-tendent la régulation affective de la dyade thérapeutique et qui auraient un impact sur la qualité de l'ajustement dyadique moment-par-moment ainsi que sur le processus de changement en psychothérapie psychodynamique. Elle a une pratique clinique auprès d'adultes.

J. Éric Dubé, Ph. D., est professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Il s'intéresse aux processus thérapeutiques dans les traitements psychanalytiques et psychodynamiques auprès d'enfants et d'adultes, à l'évaluation collaborative de l'enfant et de l'adolescent, ainsi qu'à la thérapie par l'aventure appliquée à la psychose. Il a une pratique clinique auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes.

Gabrielle Thibodeau-Laufer, B. Sc., est doctorante en psychologie (Ph.D./Psy.D.) à l'Université du Québec à Montréal. Elle s'intéresse à l'évaluation psychologique et aux approches relationnelles en psychothérapie. Elle a une pratique clinique auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes.

Rermerciements à nos collaborateurs

Marc-André Bouchard, Ph.D., psychologue, psychanalyste, professeur retraité du département de psychologie de l'Université de Montréal

Gilles Delisle, Ph.D., psychologue, directeur de la formation clinique, Centre d'Intégration Gestaltiste, Montréal

Marilyne Dumais, Ph.D., psychologue, Centre de psychologie de la Grande-Côte, GMF Sainte-Rose, Laval

Tatsiana Leclair, Psy.D., psychologue, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Clinique Espace Psy, Montréal

Différents exemples cliniques présentés en langue anglaise dans le présent manuel (suivis de leur traduction en français) sont tirés de l'ouvrage : « *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.) » (2011) rédigé par **Dre. Nancy McWilliams**, Ph.D., psychologue et professeure en psychologie à l'Université Rutgers (New Jersey), qui nous a généreusement offert son consentement à ce faire. Les extraits ont été reproduits avec la permission de Guilford Press.

Introduction

CHAPITRE UN

L'échelle d'Évaluation de la Qualité du Processus d'Avancer-Ensemble (ÉQUAPA) est un instrument d'observation conçu pour codifier la qualité du processus de changement psychothérapeutique sur la base du modèle théorique élaboré par le *Boston Change Process Study Group* (BCPSG).

Ce manuel présente les bases théoriques et empiriques sous-tendant la construction de l'ÉQUAPA, les procédures de codification de l'ÉQUAPA et les descriptions détaillées de chacun des domaines (3), dimensions (6), indicateurs (13) et items (38) de l'instrument. Les domaines se déclinent en dimensions, puis en indicateurs. Pour chaque indicateur, des comportements dyadiques (implicites ou explicites) et des exemples cliniques ont été délimités. Chacun des 13 indicateurs se décline en items (38 au total), qui se voient attribuer un score de qualité (1 (faible) à 5 (élevée)).

Le présent chapitre aborde les bases théoriques et empiriques sous-tendant la construction de l'ÉQUAPA, les descriptions des domaines et dimensions de l'ÉQUAPA ainsi que les visées d'utilisation de l'instrument.

BASES THÉORIQUES ET EMPIRIQUES SOUS-TENDANT LA CONSTRUCTION DE L'ÉQUAPA

La construction de l'ÉQUAPA est influencée par les recherches empiriques suggérant que les techniques d'intervention du thérapeute n'auraient d'efficacité que dans leur liaison étroite avec les caractéristiques du thérapeute, du client et de leur relation thérapeutique (Barber, 2009; BCPSG, 2010; Elliott et coll., 2013; Frank et Frank, 1991; Horvath, 2011; Lecomte et coll., 2004; Waldron et coll., 2004). La mesure de l'efficacité thérapeutique et du processus de changement en psychothérapie ne prendrait son sens que dans l'étude complexe, dynamique et non linéaire de la contribution des variables techniques et des variables relationnelles (BCPSG, 2010; Lecomte et coll., 2004). Dans cette conceptualisation, la relation n'est ni un agent non spécifique du changement ni un contexte pour que le changement soit possible; la relation est une modalité spécifique des traitements psychologiques qui est nécessaire (et suffisante selon certains, si elle est de qualité) pour que le changement survienne (BCPSG, 2010, Lambert, 2004).

Une relation thérapeutique de qualité selon le *Boston Change Process Study Group*

Selon le modèle du groupe de Boston, le processus de changement thérapeutique est un processus continu de régulation dyadique appelé processus d'avancer-ensemble (*moving along process* en anglais), qui s'exprimerait dans les tentatives de chacun des partenaires de la dyade thérapeutique de saisir ce qui se passe ici et maintenant entre eux. Cette régulation s'opérerait sur la base de processus communicationnels implicites de dévoilement et d'inférence d'intentions, repérables dans les signaux d'affects (p. ex : ton de voix, expressions faciales, débit de parole, mouvements corporels). Client et thérapeute cherchent à s'ajuster, à construire un agenda commun, tout en même temps à se référer à leurs agendas propres. Sur la base de ce processus d'avancer-ensemble, ils créent une intention partagée, qui vient recontextualiser l'agenda de chacun (BCPSG, 2002, 2005b).

La régulation dyadique viserait l'atteinte de moments de rencontre intersubjective, soit des moments d'accordage affectif caractérisés par une connexion émotionnelle et intentionnelle authentique de personne à personne, où les deux membres de la dyade mettent en acte une nouvelle manière d'être en relation et reconnaissent tous deux qu'ils sont parvenus à atteindre une manière d'être ensemble plus ajustée, plus satisfaisante, plus nourrissante, ce qui les vitalise et accroît leur complicité, leur affection, leur plaisir et leur confiance l'un envers l'autre. Ces moments mènent à des changements dans la relation client-thérapeute, notables dans un sentiment de bien-être accru lorsqu'ils sont ensemble, un accroissement de ce qui peut être exploré lorsqu'ils échangent ensemble et une flexibilité accrue dans la manière de concevoir comment ils peuvent interagir ensemble. Ces changements viendraient s'inscrire dans les connaissances relationnelles implicites du client, qui correspondent aux connaissances sur la manière d'être et de procéder en relation. Cela permettrait que le client développe de nouvelles manières d'être en relation qu'il transposera éventuellement dans ses autres liens significatifs (Beebe et Lachmann, 1994; BCPSG, 2005a; Bruschweiler-Stern et coll., 2007; Lachmann et Beebe, 1996; Morgan, 1998; Stern, 1995; Stern, Sander et coll., 1998; Tronick, 1989; Tronick et coll., 1998).

La conceptualisation du moment de rencontre comme événement catalyseur de changement implique que nous nous développons lorsque nous avons des interactions de qualité avec une figure d'attachement, interactions dans lesquelles nous nous sentons reconnus pour qui nous sommes et ce que nous désirons, sommes encouragés à développer notre agentivité et sommes en mesure de co-crée des moments durant lesquels nous faisons l'expérience d'une connexion émotionnelle de personne à personne. La relation réelle serait ainsi au cœur des événements de changement-développement. Dans ce contexte, les actes techniques favoriseraient le changement seulement si le thérapeute est émotionnellement et authentiquement engagé dans

la relation thérapeutique, c'est-à-dire ouvert à livrer ses interventions en engageant son individualité dénudée de son enfermement dans son rôle de thérapeute (BCPSG, 2002, 2010; Stern, Bruschweiler-Stern et coll., 1998).

Le groupe adopte une approche relationnelle implicite du processus de changement en psychothérapie, dans laquelle la qualité de la relation est centrale et considérée être un facteur spécifique nécessaire et suffisant à la survenue de changements. Il énonce les trois principaux éléments d'une relation de qualité : (a) la qualité de la recherche engagée de directions partagées permettant l'atteinte d'états d'accordage affectif appelés 'moments de rencontre'; (b) la qualité de la négociation créative de l'imprécision et de l'indétermination des interactions thérapeutiques; (c) la qualité du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique (BCPSG, 2010).

Il identifie en outre les trois qualités particulières qui font en sorte de transformer une simple interaction en une relation engagée susceptible de mener au changement en psychothérapie : (a) un investissement affectif fondamentalement positif, qui se produit lorsque nous nous sentons spécial pour quelqu'un, quelqu'un qui démontre une forme d'enthousiasme quant à qui nous sommes et ce que nous vivons; (b) un sentiment et un constat d'être pour quelqu'un une priorité, quelqu'un qui centre son attention sur nos besoins, qui pense à nous, qui nous aide à nous réguler et à obtenir réponse à nos besoins, qui connaît nos préférences, qui connaît notre histoire de vie, qui est constamment attentif, sensible et conscient quant à l'état psychologique dans lequel nous nous trouvons, quelqu'un qui représente un allié fiable; (c) une continuité du lien, caractérisé comme durable, fiable et constant, ce qui permettrait de renforcer l'engagement affectif à mesure que s'accumuleraient à travers le temps des expériences partagées qui vont permettre d'affiner notre compréhension des intentions et émotions récurrentes chez l'un et l'autre, intentions et émotions qui vont nous permettre d'être connectés l'un à l'autre et de bien s'ajuster ensemble (BCPSG, 2018b).

Leur modèle met en évidence le rôle central joué par l'intentionnalité dans les processus de régulation dyadique permettant l'atteinte de moments d'accordage affectif vitalisants qui font faire des 'bonds' à la qualité de la relation. Une relation de qualité accrue équivaut, pour le BCPSG, à un client qui change.

INTRODUCTION AUX DOMAINES ET DIMENSIONS DE L'ÉQUAPA

La Figure 1 présente la structure actuelle de l'ÉQUAPA, qui compte 3 domaines, 6 dimensions et 13 indicateurs. Les paragraphes qui suivent présentent des descriptions détaillées de chacun des domaines, dimensions et indicateurs de l'instrument.²⁵

La qualité de la recherche de directions partagées dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique

Ce premier domaine de qualité vise à évaluer le degré avec lequel thérapeute et client font des efforts dans la recherche d'une direction partagée dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique, permettant l'émergence d'états d'accordage affectif appelés 'moments de rencontre'.

Les deux dimensions regroupées au sein du premier domaine sont les suivantes :

Maintien actif de la recherche de directions partagées dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique (DP) : Cette dimension vise à évaluer le degré avec lequel thérapeute et client font des efforts et persistent dans leurs efforts pour faire expliciter, clarifier et saisir le plus justement possible ce qui est en train de se passer entre eux dans l'ici et maintenant. Cette dimension ne vise pas à évaluer la qualité du *résultat* de cette recherche, mais bien la persévérance des efforts mis par le thérapeute et le client dans cette recherche.

Émergence de moment(s) de rencontre (MR) : Cette dimension vise à évaluer si thérapeute et client font l'expérience de moments de rencontre, identifiables par l'émergence de moments-maintenant qui sont saisis thérapeutiquement par une réponse du thérapeute qui porte sa signature personnelle, permettant l'établissement d'une connexion intentionnelle et émotionnelle authentique entre thérapeute et client menant à l'expérience de sentiments de vitalisation au sein de la dyade ainsi qu'à une impression de pause dans le processus de régulation dyadique.

²⁵ La structure de l'ÉQUAPA et de ce manuel de codification est hautement semblable à celle du *Classroom Assessment Scoring System (CLASS)* (Pianta, La Paro et Hamre, 2008), un instrument d'observation largement utilisé (NICHD, 2000, 2002; Curby, Grimm et Pianta, 2010) et validé (Downer et coll., 2012; La Paro, Pianta et Stuhlman, 2004; Thomason et La Paro, 2009) pour procéder à la codification de la qualité éducative dans différents milieux éducatifs. Toutefois, seule la structure du CLASS (c-à-d domaines/ dimensions/ indicateurs de qualité; niveau de qualité) a influencé la construction de notre mesure; son contenu s'en distingue complètement.

La qualité de la négociation créative de l'imprécision et de l'indétermination des interactions

Ce deuxième domaine de qualité vise à évaluer le degré avec lequel les deux partenaires réussissent à négocier avec une certaine fluidité entre les intentions de chacun à moyen et long termes, permettant de produire du mouvement dans une direction clinique globale qui soit thérapeutique pour le client. Ces efforts de négociation requièrent que le thérapeute et le client soient engagés cognitivement et émotionnellement dans la relation et le processus thérapeutiques. Ces efforts de négociation sont aussi influencés par le degré de rigidité de chacun des partenaires dans leur manière de gérer l'incertitude (ambivalence, contradictions, difficultés d'expression, difficultés de compréhension) et les imprévus (moments-maintenant, accrochages, ruptures, tentatives de déviations du cadre) qui surviennent en séance.

Les deux dimensions regroupées au sein du deuxième domaine sont les suivantes :

Engagement de la dyade dans le processus thérapeutique (EN2) : Cette dimension vise à évaluer le degré avec lequel thérapeute et client sont engagés (explicitement et implicitement) dans le processus et la relation thérapeutiques, c'est-à-dire le degré avec lequel ils présentent des indices d'écoute active, réciproque, d'engagement affectif non défensif, d'ouverture à la participation du partenaire et de valorisation des apports du partenaire, de même que le degré avec lequel le client demeure engagé dans l'échange malgré des difficultés d'expression ou de compréhension entre lui et le thérapeute.

Émergence de buts intersubjectifs (à moyen et long termes) (BI) : Cette dimension vise à évaluer le degré avec lequel thérapeute et client ont le souci de chercher à produire du mouvement dans une direction globale qui soit thérapeutique pour le client (direction qui peut être réévaluée en cours de traitement) ainsi que le degré avec lequel ils agissent en conséquence, c'est-à-dire le degré avec lequel leurs échanges tiennent compte de l'évolution actuelle et/ou souhaitée du client, de la continuité du lien et du processus thérapeutiques, de la complexité du psychisme du client ainsi que de ses besoins, affects et préoccupations intra-séance.

La qualité du champ relationnel accessible au dialogue thérapeutique

Ce troisième domaine de qualité vise à évaluer le degré avec lequel thérapeute et client parviennent à augmenter l'étendue (diversifier) et la profondeur (complexifier) des contenus (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) qui peuvent être abordés en séance. La survenue de ces possibilités d'accroissement de la profondeur des échanges est influencée par la mise en place de conditions sécurisantes par le thérapeute (préoccupation bienveillante sincère, acceptation, tact) dans lesquelles le client pourra se sentir

suffisamment en confiance pour profiter des opportunités d'accroissement qu'il contribue à créer en séance.

Les deux dimensions regroupées au sein du troisième domaine sont les suivantes :

Lien affectif sécurisant (SÉ) : Cette dimension vise à évaluer le degré avec lequel le thérapeute met en place les conditions sécurisantes (préoccupation bienveillante sincère, acceptation inconditionnelle sans complaisance, tact) dans lesquelles le client pourra profiter des occasions d'approfondissement du champ relationnel [champ relationnel = les contenus (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) pouvant être abordés dans la dyade] ainsi que le degré avec lequel le client présente des indices sécurisants (spontanéité, collaboration, confiance) qui lui permettent d'aborder des contenus ayant une charge affective pour lui et ainsi profiter des occasions d'approfondissement.

Complexification (CO) : Cette dimension vise à évaluer le degré avec lequel les contenus (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) explorés dans le travail collaboratif entre thérapeute et client sont complexifiés par l'émergence d'éléments nouveaux, qui sont intégrés à la compréhension du fonctionnement psychologique du client tel qu'il s'exprime dans différentes sphères de vie (travail, études, amour, amitié), étapes de vie (enfance, adolescence, vie adulte) et modalités d'expérience (pensées, affects, comportements).

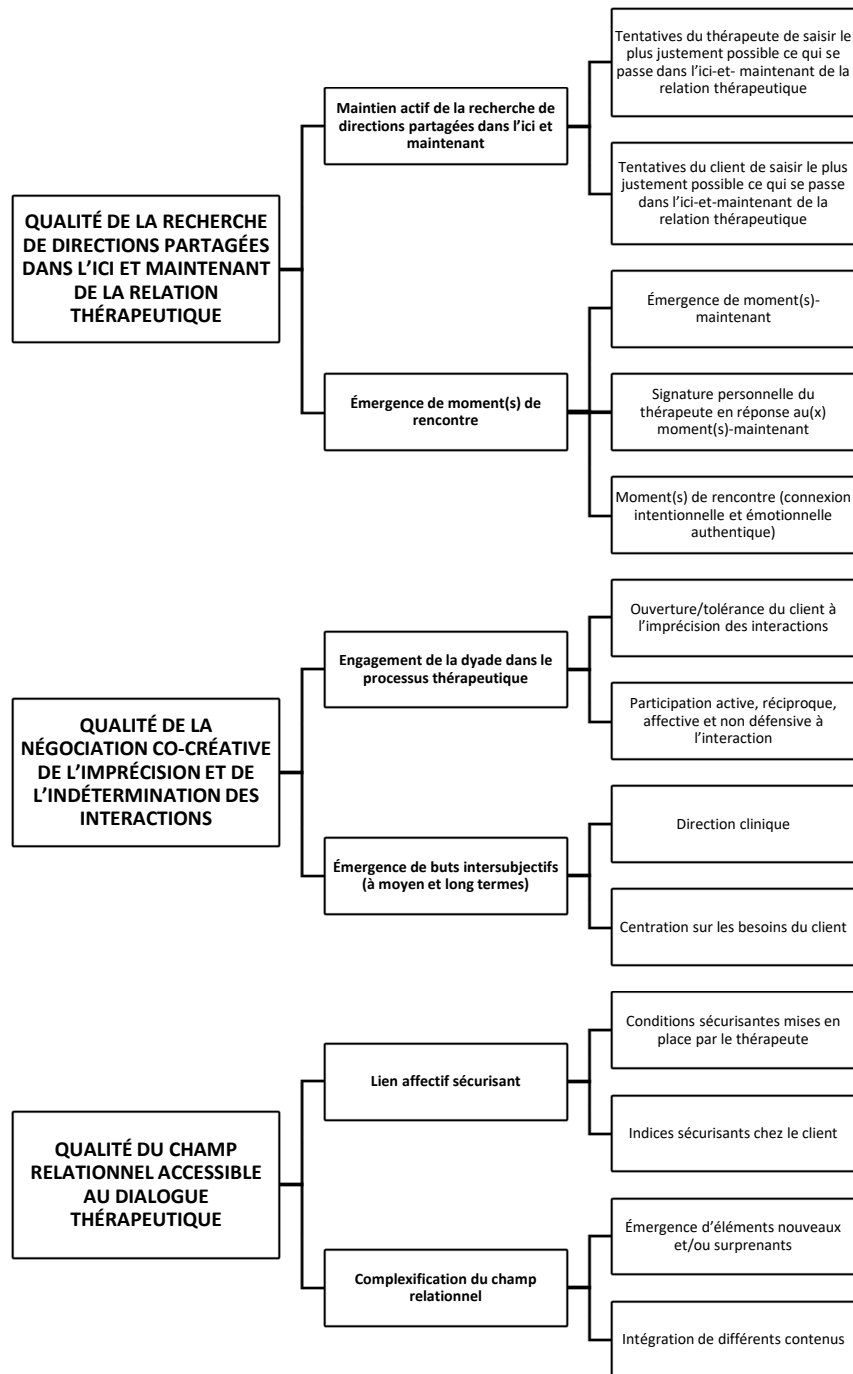


Figure 1. La structure de l'ÉQUAPA : 3 domaines, 6 dimensions et 13 indicateurs

L'UTILISATION DE L'ÉQUAPA

L'ÉQUAPA est un outil qui peut être utilisé par les chercheurs afin d'obtenir des données probantes sur la psychothérapie ainsi que par les cliniciens dans une perspective de développement professionnel ou dans un contexte de supervision.

Recherche

L'ÉQUAPA peut être utilisé dans des études à petits ou grands échantillons ciblant des dyades client-clinicien et dans lesquelles les chercheurs souhaitent utiliser une mesure du processus de changement psychothérapique axée sur la qualité des interactions client-clinicien.

L'instrument a comme méthode d'investigation l'observation (par un cotateur) d'enregistrements vidéo de séances de psychothérapie individuelle d'inspiration psychodynamique ou humaniste pratiquée auprès d'une clientèle adulte. L'unité d'analyse est la séance de psychothérapie.

Développement professionnel et supervision

L'ÉQUAPA peut aussi être employé dans le cadre d'un processus de supervision afin d'avoir des balises pour évaluer le processus thérapeutique d'une dyade formée d'un supervisé et de son client et pour fournir au supervisé une rétroaction constructive visant à favoriser son développement professionnel. Les enregistrements vidéo ou audio des séances peuvent être utilisés comme support à l'utilisation de l'ÉQUAPA en supervision, mais ne sont pas forcément nécessaires.

Dans une visée similaire, l'ÉQUAPA peut être utilisé par des cliniciens qui ne reçoivent pas de supervision, mais qui souhaitent avoir des balises pour évaluer leur processus thérapeutique avec un ou plusieurs de leurs clients. Cette utilisation de l'ÉQUAPA peut permettre de cibler les forces et les défis à relever par le supervisé ou le clinicien, l'évolution de ces forces et défis ainsi que l'évolution du processus thérapeutique de la dyade client-clinicien à travers le temps. L'ÉQUAPA pourrait ainsi être employé comme outil de formation professionnelle continue, en fournissant un cadre de référence pour penser les interactions client-clinicien.

FORMATION À L'ÉQUAPA

Les professionnels (chercheurs, personnel de recherche, cliniciens, superviseurs) souhaitant utiliser l'ÉQUAPA doivent d'abord suivre une formation adaptée à leurs besoins. Ainsi, les cliniciens, superviseurs et chercheurs souhaitant employer l'instrument dans le cadre de ces rôles professionnels pourront se procurer le présent manuel ou suivre une formation complète s'ils le désirent.

La formation complète est d'une durée de 16 heures, réparties sur deux journées de formation. Elle inclut : (a) la présentation des fondements théoriques de l'instrument (2h); (b) la présentation du guide de cotation et des principes de cotation (10h); (c) des exercices en groupe et/ou des exercices individuels impliquant le visionnement et la cotation de séquences interactionnelles représentatives de différents niveaux de qualité, suivis d'échanges pour de la rétroaction (4h).

Codifier le processus de changement à l'aide de l'ÉQUAPA

CHAPITRE DEUX

Ce chapitre décrit la procédure recommandée pour utiliser l'ÉQUAPA pour codifier des enregistrements vidéo de séances de psychothérapie individuelle d'inspiration psychodynamique ou humaniste pratiquée auprès d'une clientèle adulte.

PRINCIPES ET PROCÉDURES DE CODIFICATION DE L'ÉQUAPA

L'ÉQUAPA vise à évaluer la qualité des interactions thérapeutiques dans une séance donnée et, par extension, à permettre d'obtenir un portrait des caractéristiques et de l'évolution de la qualité du processus de changement au cours du suivi global. L'ÉQUAPA tient d'abord compte de la perspective du client et de l'ajustement du thérapeute au client. Toutefois, l'échelle favorise une évaluation de l'expérience relationnelle du client avec son thérapeute, de sorte que le cotateur se doit d'adopter une perspective dyadique et interactionnelle.

Codifier les interactions thérapeutiques à l'aide de l'ÉQUAPA permet d'obtenir des scores de qualité (élevée (4-5), moyenne (3), faible (1-2)) par item, puis de dériver des scores moyens de qualité par indicateur, par dimension et par domaine. Pour chacun des points d'ancrage (1-2-3-4-5) des items, des comportements dyadiques (implicites ou explicites) et des exemples de ces comportements ont été délimités afin d'opérationnaliser les construits et de guider au mieux le cotateur. Une fois le cotateur bien familiarisé avec l'outil, la durée de cotation prévue est d'environ 1h15, ce qui comprend le temps de visionnement de la séance de 50 minutes à codifier.

La cotation de la séance

La procédure requiert que le juge visionne la séance de 50 minutes en une occasion. La prise de notes est alors recommandée. La cotation devrait se faire immédiatement après l'arrêt du visionnement de la séance, en complétant la feuille excel de cotation de l'ÉQUAPA (disponible sur demande auprès des auteurs).

Obtenir des scores moyens de qualité par indicateur

Pour les calculer, il suffit de faire la moyenne des scores de qualité attribués aux items de l'indicateur. Ce score moyen est arrondi au centième près. Les formules de calcul sont préprogrammées dans la feuille excel de cotation.

Obtenir des scores composites par dimension

Pour les calculer, il suffit de faire la moyenne des scores de qualité attribués aux indicateurs de la dimension. Ce score moyen est arrondi au centième près. Les formules de calcul sont préprogrammées dans la feuille excel de cotation.

Obtenir des scores composites par domaine

Pour les calculer, il suffit de faire la moyenne des scores de qualité attribués aux dimensions du domaine. Ce score moyen est arrondi au centième près. Les formules de calcul sont préprogrammées dans la feuille excel de cotation.

Conseils généraux pour la cotation

Lors de l'observation et de la codification à l'aide de l'ÉQUAPA, il est recommandé de garder en tête que :

- Les manifestations implicites d'intentions (verbales ou non verbales) sont cruciales à l'évaluation de la qualité de l'ajustement dyadique entre client et thérapeute.
- La qualité de la contribution de chacun ne peut être évaluée qu'en tenant compte des contributions précédentes et suivantes de l'autre membre de la dyade, de sorte que le cotateur doit éviter de se centrer seulement sur les contributions du client ou du thérapeute et plutôt conserver une perspective dyadique.
- La qualité d'une intervention du thérapeute dépend de son adéquation au fonctionnement du client, à ce moment précis de la séance et du suivi avec lui, puis de la manière dont cette intervention est exprimée et est reçue.
- Le changement relationnel n'a pas besoin d'être verbalement explicité ou analysé pour avoir lieu.
- Le concept de directionnalité du processus ne veut pas dire « progression le long d'une ligne droite ». Des accrochages, des malentendus, des désaccords, des résolutions de conflit et des réévaluations ponctuelles des objectifs thérapeutiques de la dyade sont inévitables.

Indépendance des dimensions

Les six dimensions de l'ÉQUAPA sont conçues pour être distinctes les unes des autres. Toutefois, un même comportement observé pourrait être noté dans deux dimensions différentes (ou plus) et permettre d'évaluer ces différentes dimensions. Par exemple, l'intervention suivante du thérapeute servirait à codifier les items 28 (préoccupation du thérapeute pour la conflictualité et la complexité psychiques du client) et 37 (intégration de contenus liées à différentes modalités d'expérience) : *You seem to have a conviction that you are bad. You're angry about that, and you're handling that anger by saying that I am the one who is bad, and that it's my anger that causes yours. Could you imagine that both you and I could be some combination of good and bad and that that wouldn't have to be such a big deal? / [Traduction] « Vous semblez porter la conviction selon laquelle vous êtes mauvais. Cela vous fâche. Et vous gérez cette colère en disant que je suis celle qui est mauvaise, et que c'est ma colère qui cause la vôtre. Pourriez-vous imaginer qu'autant vous que moi avons une certaine combinaison de bon et de mauvais, et que c'est peut-être correct? »*. Néanmoins, chaque dimension devrait être codifiée de manière indépendante.

Les indicateurs de l'ÉQUAPA

CHAPITRE TROIS

Ce chapitre présente une description détaillée de chacun des indicateurs (13) de l'ÉQUAPA ainsi qu'une présentation des items (38) qui leur sont associés. Le guide de cotation sera présenté dans le chapitre 4.

DIMENSION DP : MAINTIEN ACTIF DE LA RECHERCHE DE DIRECTIONS PARTAGÉES DANS L'IMMÉDIAT

Cette dimension se décline en 2 indicateurs :

Tentatives du thérapeute de saisir le plus justement possible ce qui se passe dans la relation thérapeutique. Cet indicateur vise à évaluer le degré avec lequel le thérapeute fait des efforts et persiste pour saisir ce qui se passe dans l'ici-et-maintenant de la relation avec le client en se centrant sur leur dynamique relationnelle, sur ce que le client paraît présentement penser/ éprouver/ faire/ avoir l'intention de faire ou en se centrant sur ce qui est en train de leur arriver. Ces efforts de compréhension peuvent être faits à la lumière de ce qui s'est passé entre eux dans les séances passées ou encore à la lumière de la dynamique du client.

- item 01. Le thérapeute formule une inférence sur l'intention du client ou favorise une exploration de l'intention du client, telle qu'elle se manifeste dans l'ici et maintenant de leur relation.
- item 02. Le thérapeute intervient en faisant référence aux affects/ pensées / fantasmes / désirs / besoins / à la dynamique du client, tels qu'ils lui apparaissent se manifester dans l'ici-et-maintenant de leur relation.
- item 03. Le thérapeute favorise une exploration de la manière dont la relation se structure actuellement entre eux et/ou de la manière dont le processus thérapeutique se structure depuis la ou les dernière(s) séance(s).
- item 04. Le thérapeute maintient sa participation verbale et affective à l'exploration de la relation thérapeutique et/ ou du processus thérapeutique.

Tentatives du client de saisir le plus justement possible ce qui se passe dans la relation thérapeutique. Cet indicateur vise à évaluer le degré avec lequel le client fait des efforts et persiste pour saisir le plus justement possible ce qui se passe dans l'ici-et-maintenant de sa relation avec le thérapeute, en se centrant sur leur dynamique relationnelle, sur ce que le thérapeute paraît présentement penser/ éprouver/ faire/ avoir l'intention de faire ou en se centrant sur ce qui est en train de leur arriver.

- item 05. Le client démontre qu'il cherche à préciser l'intention/ les pensées / les affects / les besoins / les attentes du thérapeute, par exemple en formulant une inférence sur ce qui se passe dans la tête du thérapeute ou en lui posant une question faisant référence à leur relation.
- item 06. Le client observe et/ou tente d'analyser sa manière d'être en relation avec le thérapeute. *Le client est ici centré sur sa propre dynamique relationnelle, telle qu'elle se manifeste avec le thérapeute.*
- item 07. Le client maintient sa participation verbale et affective à l'exploration de la relation et/ou du processus thérapeutique.

DIMENSION MR : MOMENT(S) DE RENCONTRE

Cette dimension se décline en 3 indicateurs :

Émergence de moment(s)-maintenant. Cet indicateur vise à évaluer si un ou plusieurs moments-maintenant émergent dans les interactions observées, identifiables dans les tentatives du client d'obtenir une réponse/ réaction du thérapeute qui soit axée sur leur relation « réelle » (de personne à personne plutôt que de client à thérapeute), dans l'impression d'un défi clinique à relever par le thérapeute et dans l'impression d'un moment de vérité survenant entre thérapeute et client. N.B. Cet indicateur vise à statuer sur la présence d'un moment-maintenant, mais non sur la réponse qui s'ensuit et qui pourrait potentiellement mener à un moment de rencontre. Cette réponse sera plutôt traitée dans l'indicateur 4.

- item 08. Le client formule une question/ un commentaire inattendu dans son 'à propos' ('timing'), qui donne l'impression de sortir brusquement du flot du dialogue en cours et qui exerce une pression pour que le thérapeute se prononce honnêtement sur ses perceptions de lui et/ou de leur relation « réelle », *c'est-à-dire leur relation 'de personne à personne' plutôt que de 'client à thérapeute'.*
- item 09. La question/le commentaire du client représente un défi clinique pour le thérapeute, qui devient déstabilisé/ hésitant/ surpris/ saisi/ inconfortable, voire anxieux/ pris au dépourvu/ déconcerté.

Signature personnelle du thérapeute en réponse au(x) moment(s)-maintenant. Cet indicateur vise à évaluer le degré avec lequel le thérapeute offre une réponse qui porte sa signature personnelle lorsqu'il y a émergence d'un moment-maintenant. La signature personnelle du thérapeute serait notable dans une réponse marquée par un accroissement de sa participation affective (sans toutefois que ça ne paraisse être un agir contre-transférentiel contre-thérapeutique) au service d'une connexion affective avec le client et dans une réponse particularisée au client et à la situation vécue dans l'ici-et-maintenant de la relation client-thérapeute.

- item 10. La réponse du thérapeute au moment-maintenant est caractérisée par un accroissement de sa participation affective habituelle et de l'utilisation habituelle de son individualité et ce, au service d'une connexion affective avec le client (*n'est pas un agir agressant envers le client*).
- item 11. La réponse du thérapeute est évocatrice, particularisée, ajustée (tact, bienveillance, à-propos, justesse de la réponse) et cible un élément central de l'état intentionnel et émotionnel du client, tel qu'il se manifeste dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique.

Émergence de moment(s) de rencontre (connexion intentionnelle et émotionnelle authentique). Cet indicateur vise à évaluer si thérapeute et client font l'expérience d'un ou de plusieurs moments de rencontre, soit des moments de connexion intentionnelle et émotionnelle authentique, notables par des indices de confirmation chez le client (ex : silence, montée d'affects, exclamation, contact visuel soutenu, hochements de tête, surprise, élaboration verbale davantage chargée affectivement) que le thérapeute a su entendre/voir/reconnaître/comprendre un élément central de son état affectif dans l'ici-et-maintenant, par l'expérience de sentiments de vitalisation dans un moment d'humanité partagée entre thérapeute et client ainsi que par l'impression d'une pause dans le processus d'avancer-ensemble, où thérapeute et client paraissent libérés de la pression de trouver quoi dire ou quoi faire.

- item 12. La réaction du client (ex : silence, montée d'affects, exclamation, contact visuel soutenu, hochements de tête, surprise) à l'intervention du thérapeute paraît authentique et indique que son besoin ou son intention a été bien saisi par le thérapeute.
- item 13. Thérapeute et client paraissent vitalisés (énergisés, revigorés, enthousiastes) «ensemble» suite au moment de rencontre, dans un climat d'authenticité réciproque et d'humanité partagée, de sorte que l'asymétrie entre eux paraît moindre que d'habitude.
- item 14. Suite au moment de rencontre, thérapeute et client paraissent profiter d'un « moment de grâce » dans la séance, d'une pause où ils s'arrêtent ensemble et paraissent libérés d'une pression de trouver quoi dire, quoi faire, ou ce que l'autre

cherche à dire ou à faire (*ils partagent un silence complice exempt de malaise en maintenant le contact visuel*).

DIMENSION EN2 : ENGAGEMENT DES DEUX MEMBRES DE LA DYADE DANS LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Cette dimension se décline en 2 indicateurs.

Ouverture/ Tolérance du client à l'imprécision des interactions thérapeutiques. Cet indicateur vise à évaluer le degré avec lequel le client paraît tolérant (vs intolérant) face à l'imprécision des interactions thérapeutiques, c'est-à-dire le degré avec lequel le client persévère dans ses efforts d'affirmation et de clarification lorsque surviennent des difficultés d'expression ou de compréhension, des malentendus ou des désaccords. Ces efforts semblent au service de l'atteinte d'une meilleure compréhension de sa dynamique.

- item 15. Le client est tolérant aux difficultés d'expression (*difficultés de trouver les mots justes*) et de compréhension (*difficultés de saisir correctement et d'emblée le propos du partenaire*) qui émergent dans l'interaction. Cet item vise donc à évaluer comment le client gère ce type de difficultés (*avec confort, calme, patience et bienveillance vs avec nervosité, impatience, agressivité, honte, sentiment d'être inadéquat*).
- item 16. Le client fait des efforts d'affirmation de soi et de clarification des malentendus, désaccords et difficultés de compréhension qui émergent entre lui et le thérapeute. Ces efforts d'affirmation et de clarification sont au service de l'atteinte d'une meilleure compréhension de son fonctionnement psychologique (*vs le client s'affirme avec hostilité*).

Participation active, réciproque, affective et non défensive à l'interaction. Cet indicateur vise à évaluer le degré avec lequel thérapeute et client sont attentifs, engagés affectivement et ouverts à la participation de leur partenaire à l'échange, c'est-à-dire le degré avec lequel thérapeute et client témoignent d'un engagement non verbal et paraverbal sincère (signes spontanés et sincères de présence d'esprit, d'intérêt et/ou de valorisation envers les contributions du partenaire). *Les éléments non verbaux renvoient aux positions et mouvements corporels, à la gestuelle, aux expressions faciales et au regard. Les éléments paraverbaux renvoient au ton de la voix, à l'intensité de la voix, au débit de parole, aux pauses et aux silences.*

- item 17. Thérapeute et client suivent l'échange en cours, sont attentifs et concentrés sur ce que leur partenaire exprime verbalement ou implicitement. (*J'écoute ce que tu me dis, je suis vraiment là, ici, avec toi*).
- item 18. Thérapeute et client sont ouverts à la participation du partenaire à l'échange.

- item 19. Thérapeute et client montrent des signes verbaux, non verbaux et paraverbaux d'intérêt, de curiosité et de valorisation pour ce que le partenaire a à dire. (*Non seulement j'écoute ce que tu me dis, mais ça m'intéresse et je trouve ça pertinent*).
- item 20. La posture corporelle et les expressions faciales de thérapeute et client évoquent une présence d'esprit et/ou une réflexion active lors des silences (*vs les silences sont « vides » ou « défensifs »*).

DIMENSION BI: ÉMERGENCE DE BUTS INTERSUBJECTIFS À MOYEN ET LONG TERMES

Cette dimension se décline en 2 indicateurs :

Direction clinique. Cet indicateur vise à évaluer le degré avec lequel thérapeute et client s'orientent dans une direction clinique globale, qui peut être explicitée ou non, c'est-à-dire le degré avec lequel thérapeute et client contextualisent leurs contributions intra-séance dans une perspective globale sur l'évolution du client, paraissent mobilisés par la progression actuelle et/ou souhaitée du client en direction de gains thérapeutiques, orientent leurs échanges en se référant à des thèmes/enjeux récurrents, caractéristiques du suivi avec le client et persévèrent dans leur exploration jusqu'à co-créeer un sens des expériences du client qui lui paraisse évocateur et assimilable.

- item 21. Thérapeute et client partagent un intérêt pour l'évolution (actuelle et/ou souhaitée) du client. Par évolution, nous faisons référence aux attentes de changement ainsi qu'aux gains thérapeutiques / progrès du client.
- item 22. Thérapeute et/ou client fait des commentaires qui évoquent la continuité du processus thérapeutique de séance en séance. *Cet item est ainsi axé sur l'engagement du client et du thérapeute envers leur suivi ensemble.*
- item 23. Thérapeute et client persévèrent dans leurs efforts d'exploration de l'expérience du client afin de mieux en comprendre le sens.

Centration sur les besoins du client. Cet indicateur vise à évaluer le degré avec lequel le thérapeute parvient à se centrer avec 'à propos' ('timing') sur les besoins, affects et préoccupations intra-séance du client ainsi que sur sa dynamique (relationnelle, intrapsychique, complexe).

- item 24. Les interventions du thérapeute sont centrées sur le client : sur sa dynamique, ses besoins, désirs et ses préoccupations.

- item 25. Thérapeute et client élaborent sur la base des contributions précédentes du partenaire, de sorte qu'il y a une continuité entre les contributions de chacun et une centration sur un élément central des contributions précédentes du partenaire.
- item 26. Le thérapeute formule ses interventions avec 'à propos' ('timing'), de sorte que le rythme de l'échange paraît adapté à la capacité de régulation affective, au tempérament et à l'état affectif transitoire du client. *Timing = Formuler les choses au moment où le client est prêt à l'entendre, donc ne se sent ni brusqué ni freiné dans son exploration. Si le timing est bon, le client devrait continuer d'élaborer avec affect, plutôt que de se refermer.*
- item 27. Le thérapeute emploie un vocabulaire affectif diversifié et précis pour aider à clarifier l'expérience affective du client. (*Exemples de mots affectivement chargés : culpabilité, honte, déception, regret, remord, humiliation, méfiance, agressivité, tristesse, désespoir, excitation, joie, amertume, rancune, etc.*)
- item 28. Les contributions du thérapeute témoignent d'une préoccupation pour la conflictualité et la complexité du psychisme du client, par exemple en étant sensible à l'ambivalence du client et aux phénomènes inconscients qui pourraient être impliqués dans ses difficultés ou encore en étant sensible aux nuances, aux différentes possibilités et en évitant d'avoir recours à la simplification lorsqu'il formule ses interventions. (*« Nous avons chacun notre subjectivité propre et des dilemmes intérieurs. Nous ne pouvons pas être toujours conscients de ce qui nous amène à penser / ressentir / se comporter de telle ou telle manière, car malgré nous, nous conservons certaines expériences cachées ou déguisées pour nous protéger. Néanmoins, ensemble, nous pouvons essayer de mieux comprendre. »*)

DIMENSION SÉ: LIEN AFFECTIF SÉCURISANT AU SEIN DE LA DYADE

Cette dimension se décline en deux indicateurs :

Conditions sécurisantes mises en place par le thérapeute. Cet indicateur vise à évaluer le degré avec lequel le thérapeute met en place les conditions sécurisantes dans lesquelles le client pourra profiter des occasions d'approfondissement du champ relationnel [les contenus (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) pouvant être abordés dans la dyade]. Le thérapeute paraît ainsi avoir du tact, une préoccupation bienveillante sincère pour le client ainsi qu'une acceptation sincère du client dans l'ensemble de son expérience subjective, sans toutefois être complaisant.

- item 29. L'attitude du thérapeute évoque une préoccupation bienveillante sincère pour le client lorsqu'il formule ses interventions. (*Je me soucie de toi, de ce qui t'arrive, de*

ce que tu souhaites et de ce qui te fait souffrir. Cet item est axé sur l'attitude affective du thérapeute envers le client.)

- item 30. L'attitude du thérapeute évoque une acceptation sincère du client dans l'ensemble de son expérience subjective, sans toutefois se montrer complaisant face aux représentations pathogènes du client. (*Peu importe ce que tu vis, je peux l'entendre et je continue de te considérer comme une personne digne de respect et d'amour. / Exemples de représentations pathogènes : Je ne suis pas aimable; je suis une victime; je suis un raté; les gens sont malveillants; les gens finissent toujours par partir.*)
- item 31. Le thérapeute formule ses interventions avec tact, doigté ou délicatesse. (*Je ne veux pas te blesser, je veux prendre soin de tes sensibilités. / Ne pas pénaliser le thérapeute si, malgré son tact, le client éprouve un peu de honte ou de culpabilité lorsqu'ils abordent des sujets sensibles pour lui.*)

Indices sécurisants chez le client. Cet indicateur vise à évaluer le degré avec lequel le client paraît avoir confiance en son thérapeute, suffisamment pour collaborer au travail clinique, faire preuve de spontanéité et aborder des contenus (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) ayant une charge affective.

- ... item 32. Le client fait preuve d'une volonté de collaborer au travail clinique et de s'abandonner au processus thérapeutique en acceptant d'"aller là où il ne s'attendait pas". Il parvient à avoir accès à un contenu auquel il n'avait jamais pensé auparavant ou à établir un nouveau lien inattendu ou surprenant, ce qui paraît utile pour lui. (*Je ne pensais pas aller là aujourd'hui, mais allons-y, ça m'intrigue.*)
- ... item 33. Les contenus (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) explorés paraissent avoir une charge affective pour le client, qui la tolère et l'élabore.

DIMENSION CO: COMPLEXIFICATION DU CHAMP RELATIONNEL

Cette dimension se décline en 2 indicateurs :

Émergence d'éléments nouveaux et/ou surprenants. Cet indicateur vise à évaluer le degré avec lequel des contenus (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) nouveaux et/ou surprenants émergent dans l'échange thérapeutique, c'est-à-dire le degré avec lequel le client semble prendre des risques avec le thérapeute en abordant avec lui des contenus auparavant évités ou non accessibles, bien que particulièrement chargés affectivement et/ou fondamentaux pour mieux comprendre son fonctionnement psychologique.

- ... item 34. Thérapeute et/ou client fait des commentaires évoquant que le client a pris un risque en abordant avec le thérapeute un contenu (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) auparavant évité.
- ... item 35. Thérapeute et client parviennent à avoir accès à un contenu (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) particulièrement chargé affectivement et/ou fondamental pour mieux comprendre la dynamique du client, de sorte qu'un élément éclairant, nouvellement accessible et crucial au traitement du client vient d'être ciblé. *Cet item est axé sur l'atteinte d'une compréhension profonde, complexe et émotionnelle d'un élément central à la dynamique du client.*

Intégration de différents contenus. Cet indicateur vise à évaluer le degré avec lequel l'échange entre thérapeute et client permet l'intégration entre des contenus (affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements) associés à différentes étapes de vie du client (enfance, adolescence, vie adulte), différentes modalités d'expérience (pensées, affects, comportements) ou différents contextes d'expression de la dynamique relationnelle du client (relations professionnelles, académiques, conjugales, amicales, familiales, sexuelles).

- ... item 36. Thérapeute et client contribuent au processus d'ajout de nuances et de mise en liens entre différentes étapes de la vie du client (enfance, adolescence, vie adulte). *On se centre ici sur l'évolution et/ou sur la continuité de la représentation de soi du client depuis son enfance ainsi que sur la qualité des efforts de la dyade pour complexifier cette représentation de soi de manière utile pour le client.*
- ... item 37. Thérapeute et client contribuent au processus d'ajout de nuances et de mise en liens entre différentes modalités d'expérience (pensées, affects, comportements).
- ... item 38. Thérapeute et client contribuent au processus d'ajout de nuances et de mise en liens entre différents contextes d'expression de la dynamique relationnelle du client (relations thérapeutiques/ professionnelles/ académiques/ familiales/ amicales/ amoureuses/ sexuelles).

Guide de cotation de l'ÉQUAPA

CHAPITRE QUATRE

Ce chapitre présente le guide de cotation de l'ÉQUAPA, avec la description de ses 38 items et de leurs différents niveaux de qualité (1-2-3-4-5). Chacun des niveaux de qualité est exemplifié par des comportements explicites et implicites qui servent de points de repère pour accorder un score entre 1 et 5.

Il n'est pas nécessaire que la dyade présente chacun de ces comportements durant la séance à codifier. Plutôt, nous cherchons à sélectionner le niveau de qualité dont les exemples sont les plus représentatifs de l'esprit général des interactions thérapeutiques durant la séance.

**Indicateur 1.
TENTATIVES DU THÉRAPEUTE DE SAISIR LE PLUS JUSTEMENT POSSIBLE CE QUI SE PASSE DANS
LA RELATION THÉRAPEUTIQUE**

Item 01

Le thérapeute formule une inférence sur l'intention du client ou favorise une exploration de l'intention du client, telle qu'elle se manifeste dans l'ici et maintenant de leur relation.

Il le fait en réponse à un agir du client (ex. : déviation du cadre), un commentaire explicite du client sur la psychothérapie ou sur la relation thérapeutique, ou encore en réponse à une situation clinique qui pourrait éveiller ou révéler les enjeux du client (exemples : retard du client, annulation du client, vacances du thérapeute, fin de suivi, rencontre inattendue en-dehors du bureau, etc.) Tout élément du cadre (argent, plage horaire, retard) est considéré comme faisant partie des modalités de la relation, donc toute exploration d'un élément du cadre implique une exploration de la relation dans l'ici-et-maintenant.

1	<ul style="list-style-type: none"> Le thérapeute ne fait aucune inférence ou exploration de l'intention du client telle qu'elle se manifeste dans l'ici-et-maintenant de leur relation et il n'emploie jamais d'expressions telles « toi/vous », « nous », « avec moi », « ensemble », <u>malgré la présence d'indices</u> (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique) chez le client indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur l'état psychologique (affects, intentions, pensées, comportements) du thérapeute, qu'il a des préoccupations sur sa relation avec le thérapeute ou sur l'efficacité du suivi, ou qu'il anticipe un jugement / une condamnation / des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute. Par exemple : « <i>C'est drôle, on dirait que je fais plus de gaffes depuis que je viens ici</i> »; « <i>Tu dois te dire que je suis intense</i> »; « <i>J'aime performer et être le meilleur. Je trouve que je faisais plus de progrès dans les séances au début</i> »; « <i>Tu trouves ça drôle?</i> »; « <i>J'ai pris de la drogue avant de venir aujourd'hui</i> »; « <i>Je ne sais plus pourquoi je viens ici</i> »; « <i>Ça n'a pas de bon sens mon affaire, avoir de la misère comme ça! Je dois avoir un problème, non?</i> »; « <i>Crois-moi, tu serais choqué de savoir ce que j'ai fait hier</i> »; « <i>Tu dois te demander comment je dors la nuit avec ce que je viens de te raconter</i> »; « <i>Tu dois brûler d'envie de me demander si...</i> »; « <i>Je vais probablement vous décevoir en disant...</i> »; « <i>C'est ça qui t'intéresse, non, de savoir si...</i> »; « <i>Vous essayez d'en venir à quoi avec ça?</i> »; « <i>C'est quoi notre approche thérapeutique à nous?</i> » Lorsque le thérapeute s'intéresse à l'intention du client dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique, il le fait en étant abrupt, trop insistant, critique, autoritaire ou amusé, alors que le client paraît inconfortable (ex. : <i>inhibition, agitation, frustration, impatience, honte, regard dirigé vers le sol, mains qui se crispent, etc.</i>). Cette attitude n'est pas désamorcée par la dyade. Lorsque le thérapeute s'intéresse à l'intention du client dans l'ici-et-maintenant, il le fait avec froideur, détachement, désinvolture. Cette attitude n'est pas désamorcée par la dyade et l'inconfort du client n'est pas empathiquement soulevé. Le thérapeute est défensif et explore seulement la contribution du client à l'impasse actuelle/difficulté actuelle / complicité actuelle dans leur relation, mais jamais la sienne.
2	<ul style="list-style-type: none"> Lorsque le thérapeute s'intéresse à l'intention du client dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique, cela est dans le but d'obtenir une réassurance (ex. : <i>sur sa compétence, sur l'absence de conflits entre eux, sur le risque suicidaire du client</i>), plutôt que de tolérer et résoudre la situation difficile qui se joue entre eux. Le thérapeute s'intéresse à l'annulation du dernier rendez-vous par le client (c.-à-d. un élément du cadre), mais il le fait sans aborder les enjeux relationnels ou l'ambivalence potentiels du client

	<p>face au processus thérapeutique. Il ne pose aucune question d'exploration sur la manière dont le client se sent dans le lien.</p>
3	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas d'indices (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique, voir exemples point d'ancrage 1) chez le client indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur l'état psychologique (affects, intentions, pensées, comportements) du thérapeute, qu'il a des préoccupations sur sa relation avec le thérapeute ou sur l'efficacité du suivi, ou qu'il anticipe un jugement/ une condamnation/ des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute s'intéresse à l'intention du client dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique en étant affectivement engagé, mais il conserve une distance émotionnelle dans sa manière d'interagir. Par exemple, est analytique et empathique, mais ne parvient pas à communiquer son empathie de manière émouvante et bienveillante. • Le thérapeute s'intéresse à l'intention du client dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique en étant affectivement engagé, mais il le fait maladroitement : est insécure, hésitant, gêné. • Si le thérapeute est inadéquat, cette attitude est désamorcée par la dyade. • Le thérapeute s'intéresse à l'intention du client telle qu'elle s'est manifestée dans une séance précédente. Par exemple : « <i>Lorsque vous m'avez demandé X à la dernière séance, qu'est-ce que vous auriez aimé entendre?</i> ». La dyade est plongée dans une exploration de la relation thérapeutique qui se réactive dans l'ici-et-maintenant.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute s'intéresse à l'intention du client dans l'ici-et-maintenant de leur relation. Il le fait adroitement, en étant affectivement engagé et en prenant soin du client. Il n'a pas d'hésitation à employer des expressions telles « toi/vous », « nous », « avec moi », « ensemble ». • Le thérapeute pourrait dire : « <i>Je me demande, qu'auriez-vous besoin d'entendre ou de savoir en me demandant X?</i> »; « <i>Je me demande, qu'est-ce que vous me demandez exactement? qu'est-ce que vous êtes en train d'essayer de me dire?</i> »; « <i>Cela fait plusieurs fois que vous faites référence à X dans les dernières séances. Allons-y, plongeons, explorons cela !</i> »; « <i>Est-ce que vous souhaiteriez que je prenne la responsabilité de cette décision que vous retourniez dans ce lieu dangereux?</i> »; « <i>J'ai le sentiment que vous avez peut-être cherché à me tester dès que vous êtes entré dans le bureau</i> »; « <i>Vous me dites tout ça. Quelle est votre attente envers moi?</i> »; « <i>Vous me posez la question. Voulez-vous que j'y réponde?</i> ».

**Indicateur 1.
TENTATIVES DU THÉRAPEUTE DE SAISIR LE PLUS JUSTEMENT POSSIBLE CE QUI SE PASSE
DANS LA RELATION THÉRAPEUTIQUE**

Item 02

Le thérapeute intervient en faisant référence aux affects/ pensées / fantasmes / désirs / besoins / à la dynamique du client, tels qu'ils lui apparaissent se manifester dans l'ici-et-maintenant de leur relation.

Il le fait en réponse à un agir du client (exemple : déviation du cadre), un commentaire explicite du client sur la psychothérapie ou sur la relation thérapeutique, ou encore en réponse à une situation clinique qui pourrait éveiller ou révéler les enjeux du client (exemples : retard du client, annulation du client, vacances du thérapeute, fin de suivi, rencontre inattendue en-dehors du bureau, etc.). Tout élément du cadre (argent, plage horaire, retard) est considéré comme faisant partie des modalités de la relation, donc toute exploration d'un élément du cadre implique une exploration de la relation dans l'ici-et-maintenant.

- 1
- Le thérapeute ne fait aucune intervention en lien avec la manière dont le client se sent dans l'ici-et-maintenant de leur relation thérapeutique et il n'emploie jamais d'expressions telles « toi/vous », « nous », « avec moi », « ensemble », malgré la présence d'indices (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique (voir exemples item 1)) chez le client indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur l'état psychologique (affects, intentions, pensées, comportements) du thérapeute, qu'il a des préoccupations sur sa relation avec le thérapeute ou sur l'efficacité du suivi, ou qu'il anticipe un jugement/ une condamnation/ des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute.
 - Lorsque le thérapeute s'intéresse aux affects/ pensées / fantasmes / désirs / besoins du client dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique, il le fait en étant abrupt, trop insistant, critique, autoritaire ou amusé, alors que le client paraît inconfortable (*ex : inhibition, agitation, frustration, impatience, honte, regard dirigé vers le sol, etc.*). Cette attitude n'est pas désamorcée par la dyade et l'inconfort du client n'est pas empathiquement soulevé.
 - Le thérapeute impose un sens aux affects/ pensées / fantasmes / désirs / besoins du client dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique, alors que le client paraît inconfortable (*ex : inhibition, agitation, frustration, impatience, honte, regard dirigé vers le sol, mains qui se crispent, etc.*). Par exemple : "Vous craignez de me décevoir", alors que le client nie et précise plutôt craindre de se faire culpabiliser.
 - Lorsque le thérapeute s'intéresse aux affects/ pensées / fantasmes / désirs / besoins du client dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique, il le fait avec froideur, détachement, désinvolture. Cette attitude n'est pas désamorcée par la dyade et l'inconfort du client n'est pas empathiquement soulevé.
 - Le thérapeute est défensif; il explore seulement la contribution du client à l'impasse actuelle/ difficulté actuelle / complicité actuelle dans leur relation, mais jamais la sienne.

- 2
- Lorsque le thérapeute formule une intervention sur la manière dont le client se sent dans leur relation thérapeutique, cela est dans le but d'obtenir une réassurance (*ex : sur sa compétence, sur l'absence de conflits entre eux, sur le risque suicidaire du client*) plutôt que de tolérer et résoudre la situation difficile qui se joue entre eux.
 - Le thérapeute s'intéresse à l'annulation du dernier rendez-vous par le client (c.-à-d. un élément du cadre), mais il le fait sans aborder les enjeux relationnels ou l'ambivalence potentiels du client face au processus thérapeutique. Il ne pose aucune question d'exploration sur la manière dont le client se sent dans le lien.

3	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas d'indices (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique, (voir exemples item 1)) chez le client indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur l'état psychologique (affects, intentions, pensées, comportements) du thérapeute, qu'il a des préoccupations sur sa relation avec le thérapeute ou sur l'efficacité du suivi, ou qu'il anticipe un jugement / une condamnation / des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute s'intéresse à la relation dans l'ici-et-maintenant en étant affectivement engagé, mais il conserve une distance émotionnelle dans sa manière d'interagir. Par exemple, est analytique et empathique, mais ne parvient pas à communiquer son empathie de manière émouvante et bienveillante. • Le thérapeute s'intéresse aux affects / pensées / fantasmes / désirs / besoins du client dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique en étant affectivement engagé, mais il le fait maladroitement : est insécure, hésitant, gêné. • Si le thérapeute est inadéquat, cette attitude est désamorcée par la dyade. • Le thérapeute s'intéresse aux affects du client telle qu'ils se sont manifestés dans une séance précédente. Par exemple : « <i>Lorsque je vous ai dit X la dernière fois, j'ai senti que cela vous a troublé. Est-ce possible?</i> ». La dyade est plongée dans une exploration de la relation thérapeutique qui se réactive dans l'ici-et-maintenant.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute s'intéresse aux affects/ pensées / besoins du client dans l'ici-et-maintenant de leur relation. Il le fait adroitement, en étant affectivement engagé et en prenant soin du client. Il n'a pas d'hésitation à employer des expressions telles « toi/vous », « nous », « avec moi », « ensemble ». • <i>Par exemple : « Vous sentez-vous frustré par ma réponse? »; « Qu'est-ce que ça vous fait de me dire X en ce moment? »; « Qu'est-ce que tu aimerais que je me dise sur toi en ce moment? »; « Si je répondais X, qu'est-ce que vous ressentiriez? »; « You certainly love to cherish all my defects. Maybe that protects you from admitting that you might need my help. Perhaps you would be feeling 'one down' or ashamed if you weren't always putting me down, and you're trying to avoid that feeling. / [Traduction] Vous semblez aimer chérir tous mes défauts. Peut-être que cela vous permet de ne pas avoir à admettre que vous pourriez avoir besoin de mon aide. Peut-être que vous vous sentiriez honteux ou diminué si vous n'étiez pas toujours en train de me dévaloriser. Et vous cherchez à éviter ce sentiment. »; « Comment allons-nous savoir si je suis un thérapeute assez bon pour vous? »</i>

**Indicateur 1.
TENTATIVES DU THÉRAPEUTE DE SAISIR LE PLUS JUSTEMENT POSSIBLE CE QUI SE PASSE
DANS LA RELATION THÉRAPEUTIQUE**

Item 03

Le thérapeute favorise une exploration de la manière dont la relation se structure actuellement entre eux et/ou de la manière dont le processus thérapeutique se structure depuis la ou les dernière(s) séance(s).

Il le fait en réponse à un agir du client (exemple : déviation du cadre), un commentaire explicite du client sur la psychothérapie ou sur la relation thérapeutique, ou encore en réponse à une situation clinique qui pourrait éveiller ou révéler les enjeux du client (exemples : retard du client, annulation du client, vacances du thérapeute, fin de suivi, rencontre inattendue en-dehors du bureau, etc.). Tout élément du cadre (argent, plage horaire, retard) est considéré comme faisant partie des modalités de la relation, donc toute exploration d'un élément du cadre implique une exploration de la relation dans l'ici-et-maintenant.

Cet item est axé sur les efforts d'interprétation de la dynamique du client telle qu'elle se manifeste dans la relation client-thérapeute.

1	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a aucune exploration de la relation ou du processus thérapeutique et le thérapeute n'emploie jamais d'expressions telles « toi/vous », « nous », « avec moi », « ensemble », alors que des indices (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique, (voir exemples item 1)) chez le client indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur l'état psychologique (affects, intentions, pensées, comportements) du thérapeute, qu'il a des préoccupations sur sa relation avec le thérapeute ou sur l'efficacité du suivi, ou qu'il anticipe un jugement/ une condamnation/ des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute. • Lorsque le thérapeute s'intéresse à la manière dont la relation ou le processus thérapeutique se structure, il le fait en étant abrupt, trop insistant, critique, autoritaire ou amusé, alors que le client paraît inconfortable (<i>ex : inhibition, agitation</i>). Cette attitude n'est pas désamorcée par la dyade et l'inconfort du client n'est pas empathiquement soulevé. • Le thérapeute explore la relation ou le processus thérapeutique, mais il le fait avec froideur, détachement, désinvolture. Cette attitude n'est pas désamorcée par la dyade. • Le thérapeute est défensif; il explore seulement la contribution du client à l'impasse actuelle/ difficulté actuelle / complicité actuelle dans leur relation, mais jamais la sienne.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque le thérapeute formule une intervention sur la nature de la relation ou du processus thérapeutique, cela est dans le but d'obtenir une réassurance (<i>ex : sur sa compétence, sur l'absence de conflits entre eux</i>), plutôt que de tolérer et résoudre la situation difficile qui se joue entre eux. • Le thérapeute s'intéresse à l'annulation du dernier rendez-vous par le client (c.-à-d. un élément du cadre), mais il le fait sans aborder les enjeux relationnels ou l'ambivalence potentiels du client face au processus thérapeutique. Il ne pose aucune question d'exploration sur la manière dont le client se sent dans le lien.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas d'indices (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique, (voir exemples item 1)) chez le client indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur l'état psychologique (affects, intentions, pensées, comportements) du thérapeute, qu'il a des préoccupations sur sa relation avec le thérapeute ou sur l'efficacité du suivi, ou qu'il anticipe un jugement/ une condamnation/ des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute.

4	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute s'intéresse au processus thérapeutique. Il le fait adroitement, mais il conserve une distance émotionnelle dans sa manière d'interagir. Par exemple, est analytique et empathique, mais ne parvient pas à communiquer son empathie de manière émouvante et bienveillante. • Le thérapeute s'intéresse à la manière dont la relation ou le processus se structure entre eux en étant affectivement engagé, mais il le fait maladroitement : est insécure, hésitant, gêné. • Si le thérapeute est inadéquat, cette attitude est désamorcée par la dyade.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute s'intéresse au processus thérapeutique. Il le fait adroitement, en étant affectivement engagé et en prenant soin du client. Il n'a pas d'hésitation à employer des expressions telles, « toi/vous », nous », « avec moi », « ensemble ». • <i>Par exemple</i> : « I was thinking. What you're talking about now, your tendency to feel murderous envy and to attack people when you're in that state... was something like that part of your outburst at me last week? If felt as if whatever I offered you, you had to destroy it. / [Traduction] <i>Je me demande. Ce dont vous êtes en train de parler, cette tendance à ressentir une envie meurtrière et à attaquer les gens quand vous êtes dans cet état... est-ce que quelque chose comme ça faisait partie de votre explosion envers moi la semaine dernière? J'ai senti que peu importe ce que je vous offrais, vous aviez besoin de le détruire.</i> »; « I'm trying to do right by you as your therapist, and I find myself feeling in a bind. I worry that if I do X, I'll be unhelpful in one direction, and if I do Y, I'll disappoint you in another. / [Traduction] <i>Je suis votre thérapeute et j'essaie de prendre soin de vous. Je me retrouve actuellement dans une position où je me sens coincée. Je m'inquiète, car si je fais X, je ne serai pas aidante à X niveau, alors que si je fais Y, je risque de vous décevoir de Y manière.</i> »; « <i>Je remarque que la semaine passée vous avez dû annuler notre rendez-vous. Aujourd'hui, vous me parlez de la fin éventuelle de notre travail ensemble et de votre difficulté à dépendre de quelqu'un. En vous écoutant, je repense à la séance d'il y a deux semaines, où vous me disiez avoir grand besoin de me voir. Quel est le sens que vous donnez à cela?</i> »; « <i>Après l'intensité de notre dernière rencontre, aujourd'hui le calme, le silence. Comment comprendre ce qui se passe entre nous?</i> »; « <i>Depuis que nous avons commencé à aborder le thème X, j'ai l'impression que vous êtes ailleurs. Que se passe-t-il entre nous?</i> » • Le thérapeute remarque les similarités entre la situation actuelle et une situation précédente dans la vie du client ou dans leurs interactions : « <i>On a vu ensemble que quand vous vous sentez décevant, vous éprouvez de la honte et vous tentez de vous protéger en mettant de la distance dans la relation. J'ai l'impression que c'est peut-être ce qui est en train de se passer entre nous en ce moment. Comment en sommes-nous venus là?</i> »

**Indicateur 1.
TENTATIVES DU THÉRAPEUTE DE SAISIR LE PLUS JUSTEMENT POSSIBLE CE QUI SE PASSE
DANS LA RELATION THÉRAPEUTIQUE**

Item 04

Le thérapeute maintient sa participation verbale et affective à l'exploration de la relation thérapeutique et/ ou du processus thérapeutique.

1	<ul style="list-style-type: none"> Aucune exploration de la relation ou du processus thérapeutique. Le thérapeute n'emploie jamais d'expressions telles « toi/vous », « nous », « avec moi », « ensemble », malgré la présence d'indices (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique, (voir exemples item 1)) chez le client indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur l'état psychologique (affects, intentions, pensées, comportements) du thérapeute, qu'il a des préoccupations sur sa relation avec le thérapeute ou sur l'efficacité du suivi, ou qu'il anticipe un jugement/ une condamnation/ des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute. Le thérapeute maintient sa participation à l'exploration de la relation thérapeutique, mais il le fait en étant abrupt, insistant, critique, autoritaire ou amusé, alors que le client paraît inconfortable (<i>ex : inhibition, agitation, frustration, impatience, honte, regard dirigé vers le sol, mains qui se crispent, etc.</i>). Cette attitude n'est pas désamorcée par la dyade et l'inconfort du client n'est pas empathiquement soulevé. Le thérapeute maintient sa participation à l'exploration de la relation thérapeutique, mais il le fait avec détachement. Cette attitude n'est pas désamorcée par la dyade. Le thérapeute est défensif; il explore seulement la contribution du client à l'impasse actuelle/ difficulté actuelle / complicité actuelle dans leur relation, mais jamais la sienne.
2	<ul style="list-style-type: none"> Le thérapeute se retire prématurément (<i>c'est-à-dire avant qu'un nouvel élément de compréhension n'émerge</i>) de l'exploration de la relation thérapeutique. Il ne s'agit que d'une amorce d'exploration. Le thérapeute s'intéresse à l'annulation du dernier rendez-vous par le client (c.-à-d. un élément du cadre), mais il le fait sans aborder les enjeux relationnels ou l'ambivalence potentiels du client face au processus thérapeutique. Il ne pose aucune question d'exploration sur la manière dont le client se sent dans le lien.
3	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas d'indices (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique, (voir exemples item 1)) chez le client indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur l'état psychologique (affects, intentions, pensées, comportements) du thérapeute, qu'il a des préoccupations sur sa relation avec le thérapeute ou sur l'efficacité du suivi, ou qu'il anticipe un jugement / une condamnation / des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute.
4	<ul style="list-style-type: none"> Lorsque le client tente de changer de sujet de manière abrupte sans qu'il puisse y avoir eu mise à jour de ce qui se passe entre eux, le thérapeute réoriente l'échange dans la direction de l'exploration de la relation/ du processus thérapeutique ou bien explore avec le client ce qui l'a amené à vouloir changer de sujet. Le thérapeute maintient sa participation à l'exploration de la relation thérapeutique en étant affectivement engagé, mais il conserve une distance émotionnelle dans sa manière d'interagir. Par exemple, est analytique et empathique, mais ne parvient pas à communiquer son empathie de manière émouvante et bienveillante. Le thérapeute maintient sa participation à l'exploration de la relation thérapeutique en étant affectivement engagé, mais il le fait maladroitement : est insécure, hésitant, gêné.

	<ul style="list-style-type: none">• Si le thérapeute est inadéquat, cette attitude est désamorcée par la dyade et le thérapeute maintient sa participation aux efforts de la dyade pour la désamorcer.
5	<ul style="list-style-type: none">• Le thérapeute réoriente ses interventions en fonction des précisions/ corrections/ élaborations du client. Lorsque le client lui indique qu'il avait mal formulé ou mal saisi un aspect de son expérience, le thérapeute dit : <i>"D'accord, alors ce n'est pas tout à fait ça. Est-ce que ce serait plutôt...? Quelles nuances tu apporterais? Comment tu le dirais toi, dans tes mots?"</i> Le thérapeute continue de poser des questions sur ce qui se passe dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique.

**Indicateur 2.
TENTATIVES DU CLIENT DE SAISIR LE PLUS JUSTEMENT POSSIBLE CE QUI SE PASSE DANS
LA RELATION THÉRAPEUTIQUE**

Item 05

Le client démontre qu'il cherche à préciser l'intention / les pensées / les affects / les besoins / les attentes du thérapeute, par exemple en formulant une inférence sur ce qui se passe dans la tête du thérapeute ou en lui posant une question faisant référence à leur relation.

Tout élément du cadre (argent, plage horaire, retard) est considéré comme faisant partie des modalités de la relation, donc toute exploration d'un élément du cadre implique une exploration de la relation dans l'ici-et-maintenant.

1	<ul style="list-style-type: none"> Le client ne participe à aucune exploration de ce qui se passe dans la tête du thérapeute, malgré la présence d'indices (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique; voir exemples item 01)) indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur les intentions du thérapeute ou sur l'efficacité du suivi, ou qu'il anticipe un jugement / une condamnation / des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute.
2	<ul style="list-style-type: none"> Le client participe à l'exploration de ce qui se passe dans la tête du thérapeute, mais il le fait avec désinvolture. Cette attitude n'est pas désamorcée et mieux comprise par la dyade. La majorité des inférences faites par le client sont teintées de méfiance, d'insécurité/honte, d'irritation ou de tentatives d'attaquer le lien avec le thérapeute. Par exemple : « <i>Vous cherchez à me contrôler</i> »; « <i>Vous semblez irrité. Ce doit être parce que vous pensez que je suis une mauvaise mère</i> »; « <i>J'ai l'impression que tu es tanné de moi</i> »; « <i>You're taking off to punish me for my sinfulness / [Traduction] Vous partez en vacances parce que vous voulez me punir pour mes péchés.</i> »; « <i>Vous me dites cela parce que vous pensez que je ne mérite pas d'être heureuse / parce que vous voulez me faire sentir comme une moins que rien</i> »; « <i>You look bored. I must have offended you last week by leaving the session 5 minutes early. / [Traduction] Vous semblez ennuyé. Je dois vous avoir offensé la semaine dernière en quittant la séance cinq minutes avant la fin.</i> »; « <i>J'ai peur de ne pas être à la hauteur ici</i> ». Sa méfiance / son agressivité / son insécurité/ honte/ irritation ne paraît pas apaisée suite aux interventions du thérapeute. Le client fait ou a fait un agir afin d'amener le thérapeute à révéler ses intentions ou ce qu'il pense de lui ou à quel point il est attaché au client. Par exemple : Le client a fait des recherches sur Internet sur le thérapeute, ses proches, les relations avec ses proches. L'exploration amène la dyade à comprendre que le client était fâché contre le thérapeute en raison de son absence récente (vacances). L'exploration amène aussi la dyade à comprendre qu'en investiguant les relations du thérapeute avec ses proches, le client cherchait à savoir si le thérapeute est du genre à abandonner ses proches et si oui, quelle est son intention par rapport au client : va-t-il l'abandonner ou non?
3	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas d'indices (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique; voir exemples item 01) indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur les intentions du thérapeute ou sur l'efficacité du suivi, ou qu'il anticipe un jugement/ une condamnation/ des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute.

4	<ul style="list-style-type: none"> • Le client s'intéresse à ce qui se passe dans la tête du thérapeute en étant affectivement engagé, mais il conserve une distance émotionnelle dans sa manière d'interagir. Par exemple, paraît prudent, réservé dans l'expression de son expérience ou de son attachement. • Le client s'intéresse à ce qui se passe dans la tête du thérapeute en étant affectivement engagé, mais est insécure, hésitant, gêné. • Le client s'intéresse à ce qui s'est passé dans la tête du thérapeute dans une séance précédente. Par exemple : « <i>La dernière fois qu'on s'est vus, vous m'avez posé des questions sur ma mère. Pourquoi?</i> »; « <i>La dernière fois, j'avais l'impression que tu étais en désaccord avec le fait que je prenne de la médication</i> ». La dyade est plongée dans une exploration de la relation thérapeutique qui se reactive dans l'ici-et-maintenant. • Le client s'intéresse à ce qui se passe dans la tête du thérapeute, mais inhibe ou annule ses élans de curiosité, par exemple en raison d'un désir de 'respecter le cadre' : « <i>Désolé, vous n'avez pas à répondre à cela, je sais que je n'ai pas le droit de vous poser cette question</i> ». Le thérapeute laisse filer. • Certaines des inférences faites par le client sur ce qui se passe chez le thérapeute sont teintées de méfiance, d'insécurités ou de tentatives d'attaquer le lien avec le thérapeute. Toutefois, le client se montre peu à peu ouvert aux contributions du thérapeute. Sa méfiance / son agressivité / son insécurité paraît apaisée ou désamorcée suite aux interventions du thérapeute. • Le client explore la relation thérapeutique, mais il le fait avec désinvolture. Cette attitude est désamorcée par la dyade.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Le client s'intéresse à ce qui se passe dans la tête du thérapeute. Il le fait en étant affectivement engagé, sans attaquer le lien et en étant ouvert aux contributions du thérapeute. Il n'a pas d'hésitation à employer des expressions telles « toi/vous », « nous », « avec moi », « ensemble ». Par exemple : « <i>Vous voudriez que je choisisse un partenaire qui me traite mieux</i> »; « <i>Vous semblez avoir envie que je vous explique quelque chose que je ne comprends pas moi-même</i> »; « <i>Ça fait plusieurs fois que vous employez le mot 'colère' aujourd'hui, pourquoi?</i> »; « <i>Est-ce que tu es tannée de moi?</i> »; « <i>Est-ce que tu n'es pas d'accord avec le fait que je prenne de la médication?</i> ».

**Indicateur 2.
TENTATIVES DU CLIENT DE SAISIR LE PLUS JUSTEMENT POSSIBLE CE QUI SE PASSE DANS
LA RELATION THÉRAPEUTIQUE**

Item 06

Le client observe et/ou tente d'analyser sa manière d'être en relation avec le thérapeute. Le client est ici centré sur sa propre dynamique relationnelle, telle qu'elle se manifeste avec le thérapeute.

Tout élément du cadre (argent, plage horaire, retard) est considéré comme faisant partie des modalités de la relation, donc toute exploration d'un élément du cadre implique une exploration de la relation dans l'ici-et-maintenant.

1	<ul style="list-style-type: none"> Le client ne fait aucune référence ou tentative d'analyse de sa manière d'être en relation avec le thérapeute et n'emploie jamais des expressions telles « toi/vous », « nous », « avec moi », « ensemble », malgré la présence d'indices (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique, (voir exemples item 1)) indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur l'état psychologique (affects, intentions, pensées, comportements) du thérapeute, qu'il a des préoccupations sur sa relation avec le thérapeute ou sur l'efficacité du suivi, ou qu'il anticipe un jugement/ une condamnation/ des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute.
2	<ul style="list-style-type: none"> Le client formule des adresses indirectes au thérapeute. Par exemple : « <i>Vous, sûrement que ça ne vous arriverait pas</i> »; « <i>Je vis des choses intenses depuis que je viens ici</i> ». Toutefois, aucune exploration de la relation ou du processus thérapeutique ne s'ensuit. Le client fait des efforts pour observer sa manière d'interagir avec le thérapeute, mais ses efforts sont freinés par ses défenses (ex : « <i>je ne sais pas</i> ») ou sont caractérisés par des énoncés vagues (ex : « <i>ça m'achale</i> »). Il n'est pas ouvert aux contributions du thérapeute visant à l'aider à mieux comprendre sa manière d'être en relation avec lui. Le client explore la relation thérapeutique, mais il le fait avec froideur, détachement, désinvolture. Cette attitude n'est pas désamorcée par la dyade. Le client explore la relation thérapeutique, mais il le fait en étant critique, arrogant, ou d'une autre façon qui attaque le lien avec le thérapeute. Cette attitude n'est pas désamorcée par la dyade.
3	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas d'indices (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique, (voir exemples item 1)) indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur l'état psychologique (affects, intentions, pensées, comportements) du thérapeute, qu'il a des préoccupations sur sa relation avec le thérapeute ou sur l'efficacité du suivi, ou qu'il anticipe un jugement/ une condamnation/ des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute.
4	<ul style="list-style-type: none"> Le client fait spontanément une référence ou tentative d'analyse de sa manière d'être en relation avec le thérapeute. Par exemple, le client observe et reconnaît qu'il est « <i>davantage capable d'être honnête ici qu'auparavant</i> ». Sa tentative nécessite le soutien du thérapeute pour être approfondie. Le client accueille l'aide du thérapeute et se montre curieux face à l'exploration de sa manière d'être en relation avec lui. Le client s'intéresse à la relation thérapeutique, mais il conserve une distance émotionnelle dans sa manière d'interagir. Le client s'intéresse à la relation thérapeutique en étant affectivement engagé, mais il le fait en étant insécure, hésitant, gêné.

	<ul style="list-style-type: none"> • Le client s'intéresse à sa relation avec le thérapeute telle qu'elle s'est manifestée dans une séance précédente. Par exemple : « <i>Je me sentais vraiment irritée face à vous la dernière fois. Je pense que vous l'avez senti...</i> ». La dyade est plongée dans une exploration de la relation thérapeutique qui se réactive dans l'ici-et-maintenant. • Le client explore la relation thérapeutique, mais il le fait d'une façon qui attaque le lien. Cette posture est désamorcée et mieux comprise par la dyade. • Le client fait des efforts pour observer sa manière d'interagir avec le thérapeute, mais ses efforts sont freinés par ses défenses (ex : « <i>je ne sais pas</i> ») ou sont caractérisés par des énoncés vagues (ex : « <i>ça m'achale</i> »). L'aide du thérapeute est accueillie par le client.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Le client fait spontanément une référence ou tentative d'analyse de sa manière d'être en relation avec le thérapeute dans l'ici-et-maintenant. Il prend les rênes de l'exploration afin d'approfondir sa compréhension de son mode relationnel. Par exemple : « <i>En ce moment, je me rends compte que je suis en train de faire des blagues, beaucoup de blagues, et que j'essaie fort de vous faire rire, parce que j'ai juste tellement peur que vous me trouviez ennuyant</i> » • Le client compare sa manière actuelle et passée d'être en relation avec le thérapeute. Il prend les rênes de l'exploration afin d'approfondir sa compréhension de son mode relationnel. Par exemple : « <i>La semaine dernière, j'étais tellement pâmée devant vous, j'avais l'impression que tout ce que vous disiez était en plein dessus, mais aujourd'hui on dirait que je ne peux rien avaler de ce que vous me dites</i> »; « <i>Avant, je ne vous aurais jamais parlé de X. J'avais tellement peur que vous me chicaniez. Maintenant, je sais que c'est correct d'être en colère ou d'être triste</i> »; « <i>J'arrive en retard dernièrement... Je crois que je suis en colère contre vous... Oui, je le suis. La semaine dernière, vous avez dit quelque chose qui m'a vraiment dérangé</i> ». • Le client s'intéresse à la relation thérapeutique. Il le fait en étant affectivement engagé, sans attaquer le lien et en étant ouvert aux contributions du thérapeute. Il n'a pas d'hésitation à employer des expressions telles « <i>toi/vous</i> », « <i>nous</i> », « <i>avec moi</i> », « <i>ensemble</i> ».

**Indicateur 3.
ÉMERGENCE DE MOMENT(S)-MAINTENANT**

Item 07

Le client maintient sa participation verbale et affective à l'exploration de la relation et/ou du processus thérapeutique.

Tout élément du cadre (argent, plage horaire, retard) est considéré comme faisant partie des modalités de la relation, donc toute exploration d'un élément du cadre implique une exploration de la relation dans l'ici-et-maintenant.

1	<ul style="list-style-type: none"> Aucune exploration de la relation ou du processus thérapeutique et le client n'emploie jamais des expressions telles « toi/vous », « nous », « avec moi », « ensemble », malgré la présence d'indices (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique, (voir exemples item 1)) chez le client indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur l'état psychologique (affects, intentions, pensées, comportements) du thérapeute, qu'il a des préoccupations sur sa relation avec le thérapeute ou qu'il anticipe un jugement/ une condamnation/ des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute.
2	<ul style="list-style-type: none"> Le client fait des efforts pour observer sa manière d'interagir avec le thérapeute, mais ses efforts sont freinés par ses défenses (ex : « <i>je ne sais pas</i> ») ou sont caractérisés par des énoncés vagues (ex : « <i>ça m'achale</i> »). Il n'est pas ouvert aux contributions du thérapeute visant à l'aider à mieux comprendre sa manière d'être en relation avec lui. Le client tente de changer de sujet de manière abrupte sans qu'il puisse y avoir eu mise à jour de ce qui se passe avec le thérapeute. Il refuse de s'intéresser à la signification de ce changement de sujet ou de reprendre l'exploration de la relation thérapeutique. Le client se retire prématurément (<i>c'est-à-dire avant qu'un nouvel élément de compréhension n'émerge</i>) de l'exploration de la relation thérapeutique. Il ne s'agit que d'une amorce d'exploration. Le client maintient sa participation à l'exploration de la relation thérapeutique, mais il le fait avec désinvolture. Cette attitude n'est pas désamorcée et mieux comprise par la dyade. Le client maintient sa participation à l'exploration de la relation thérapeutique, mais il le fait d'une façon qui attaque le lien avec le thérapeute. Cette attitude n'est pas désamorcée et mieux comprise par la dyade. Le client formule des adresses indirectes au thérapeute. Par exemple : « <i>Toi, sûrement que ça ne t'arriverait pas</i> »; « <i>Je vis des choses intenses depuis que je viens ici</i> ». Toutefois, aucune exploration de la relation ou du processus thérapeutique ne s'ensuit.
3	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas d'indices (tout agir ou commentaire axé sur le thérapeute ou la relation thérapeutique) indiquant qu'il cherche à susciter une réaction chez le thérapeute, qu'il se pose des questions sur l'état psychologique (affects, intentions, pensées, comportements) du thérapeute, qu'il a des préoccupations sur sa relation avec le thérapeute ou qu'il anticipe un jugement/ une condamnation/ des éloges / une critique / une déception / de la fierté de la part du thérapeute.
4	<ul style="list-style-type: none"> Le client maintient sa participation verbale et affective à l'exploration de la relation thérapeutique, mais attend en général la relance ou les pistes formulées par le thérapeute. L'exploration avance.

	<ul style="list-style-type: none"> • Le client maintient sa participation à l'exploration de la relation thérapeutique, mais il conserve une distance émotionnelle dans sa manière d'interagir. • Le client maintient sa participation à l'exploration de la relation thérapeutique en étant affectivement engagé, mais il le fait en étant insécure, hésitant, gêné. • Le client maintient sa participation verbale et affective à l'exploration de la relation thérapeutique, telle qu'elle s'est manifestée dans une séance précédente. Par exemple : « <i>La dernière fois, je vous coupais la parole et je disais toujours non. Est-ce que vous avez trouvé que j'étais vraiment désagréable? Comment ça se fait que je me suis dit que vous me trouviez vraiment désagréable?</i> » • Le client tente de changer de sujet de manière abrupte sans qu'il puisse y avoir eu mise à jour de ce qui se passe avec le thérapeute. Toutefois, il accepte de s'intéresser à ce changement de sujet grâce au soutien du thérapeute. • Le client maintient sa participation à l'exploration de la relation thérapeutique, mais il le fait d'une façon qui attaque le lien avec le thérapeute. Cette posture est éventuellement désamorcée et mieux comprise par la dyade.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Le client maintient sa participation verbale et affective à l'exploration de la relation thérapeutique. Il amène des questions, précisions et élaborations suite aux contributions du thérapeute. De plus, il prend parfois l'initiative ou les rênes de l'exploration d'une manière qui témoigne de son intérêt et de son ouverture à mieux comprendre sa relation/ son processus thérapeutique. Par exemple : « <i>Oui, c'est ça. Et j'ajouterais même que quand vous restez silencieux, l'angoisse me monte à la gorge, parce que c'est comme si vous étiez en train de désapprouver tout ce que je dis, comme mon père le faisait.</i> » • La cliente dit; « <i>Je me suis imaginé qu'on en parlerait ensemble aujourd'hui</i> ». Thérapeute : « <i>Qu'as-tu imaginé qu'on se disait?</i> ». Cliente : « <i>J'imaginai que tu serais dégoûté de moi</i> ». Thérapeute : « <i>Est-ce pour cette raison que tu es venue plus tôt vers le bureau aujourd'hui, pour découvrir si effectivement j'allais être dégoûté?</i> ». Cliente : « <i>Non, je suis venue plus tôt, car je ne voulais pas retourner chez moi</i> ».; Cliente élabore sur ses fantasmes et désirs associés à son transfert amoureux.

**Indicateur 3.
ÉMERGENCE DE MOMENT(S)-MAINTENANT**

Item 08

Le client formule une question/ un commentaire inattendu dans son 'à propos' ('timing'), qui donne l'impression de sortir brusquement du flot du dialogue en cours et qui exerce une pression pour que le thérapeute se prononce honnêtement sur ses perceptions de lui et/ou de leur relation « réelle », c'est-à-dire leur relation 'de personne à personne' plutôt que de 'client à thérapeute'.

Le client prend un risque en se montrant vulnérable et il s'agit ici d'une vulnérabilité directement dirigée vers le thérapeute, directement en lien avec leur relation de personne à personne. La participation affective habituelle du client dirigée vers le thérapeute est accrue.

N.B. : Bien qu'on aborde ici la question de la relation « réelle », la relation thérapeutique est bien sûr influencée par des phénomènes transférentiels et contre-transférentiels.

N.B. : Les tentatives défensives du client pour faire sortir le thérapeute de son rôle thérapeutique peuvent mener à des moments-maintenant.

N.B. : Lorsque l'exploration continue suite à un commentaire/ une question sur la relation réelle, sans moment de pause (vitalisation suite au moment de rencontre ou sans stress pour trouver la bonne manière de répondre au moment-maintenant), on considère que la dyade est demeurée dans une posture client-thérapeute, plutôt que d'aller dans un moment de relation de personne à personne, d'humain à humain. Un moment-maintenant a émergé, mais est alors échoué.

1	<ul style="list-style-type: none"> • À aucun moment durant la séance, le client ne formule de question/ commentaire qui exerce une pression pour que le thérapeute se prononce honnêtement sur ses perceptions du client et/ou de leur relation « réelle ». Aucune référence directe à ce que le thérapeute pense de lui, à la manière dont le thérapeute se sent face à lui, etc.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions ou commentaires inattendus du client faisant pression pour que le thérapeute se prononce honnêtement visent à mettre le thérapeute en échec. En posant la question, le client est prêt à s'offusquer davantage, ou sa question est formulée de manière nonchalante, désabusée, destructrice ou violente. <i>Par exemple : « Pensez-vous que je devrais me suicider? »; « Je suis certain que vous seriez libéré de moi si je me suicidais »; « Vous êtes pathétique de me poser cette question »; « Dites-le dont que vous vous foutez de moi »; « Je t'avais dit que tu regretterais de m'encourager à pleurer ici »; « Comment voulez-vous que je me sente confortable ici si vous demeurez silencieux et hautain dans votre fauteuil tout le temps? »; « Êtes-vous aussi voyeur avec votre femme qu'avec moi? ».</i> • Le client demande l'opinion du thérapeute, mais sa question n'est pas en lien direct ou évident avec leur relation thérapeutique. <i>Par exemple : « Pensez-vous que je devrais le laisser? »; « Pensez-vous que je progresse? »; « Pensez-vous que je vais toujours être seule? ».</i>
3	<ul style="list-style-type: none"> • Le client formule un commentaire inattendu avec accroissement de sa participation affective dirigée vers le thérapeute, mais il annule tout de suite son commentaire en fuyant, en évitant d'attendre pour entendre la réponse du thérapeute. <i>Par exemple : « Laissez tomber, c'est idiot, vous n'avez pas à répondre à ça »; « J'ai failli t'avoir et que tu me donnes un conseil! Mais je comprends pourquoi c'est mieux que je trouve ma réponse seule ».</i>

4	<ul style="list-style-type: none"> • Un moment-maintenant est survenu dans la séance précédente. La dyade revient sur ce moment et tente de l'élaborer.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Moment de silence précédant la question ou le commentaire du client. Contact visuel soutenu et intense de la part du client. Immobilité momentanée chez le client avec attention centrée sur le partenaire. • Les questions ou commentaires inattendus du client faisant pression pour que le thérapeute se prononce honnêtement traduisent (<i>par le ton de voix, la formulation</i>) une ouverture à la contribution du thérapeute. • Le client arrête l'échange en cours et dit au thérapeute : « <i>Est-ce que vous me trouvez trop intense?</i> »; « <i>Est-ce que vous auriez eu honte de moi?</i> »; « <i>Pourquoi vous avez décidé d'attendre avant de me dire que vous étiez enceinte?</i> »; « <i>Êtes-vous fâché contre moi?</i> »; « <i>Si je choisis de faire X, allez-vous m'aimer encore?</i> »; « <i>Ok, maintenant je me demande vraiment si vous êtes en train de me regarder</i> » (<i>dans cet exemple, le client est sur le divan</i>); « <i>Et toi, est-ce que tu trouves que je suis belle quand je pleure?</i> »; « <i>Est-ce que de m'entendre parler de ça te dégoûte?</i> »; « <i>Est-ce que ça te met de la pression que je te dise ça?</i> ».

Indicateur 3.
ÉMERGENCE DE MOMENT(S)-MAINTENANT

Item 09

La question/le commentaire du client représente un défi clinique pour le thérapeute, qui devient déstabilisé / hésitant / surpris / saisi / inconfortable, voire anxieux / pris au dépourvu / déconcerté.

N.B. : Les tentatives défensives du client pour faire sortir le thérapeute de son rôle thérapeutique peuvent mener à des moments-maintenant.

N.B. Lorsque l'exploration continue suite à un commentaire / une question sur la relation réelle, sans moment de pause (vitalisation suite au moment de rencontre ou stress quant à la bonne manière de répondre au moment-maintenant), on considère que la dyade est demeurée dans une posture client-thérapeute, plutôt que d'aller dans un moment de relation de personne à personne, d'humain à humain. Un moment-maintenant a émergé, mais est alors échoué.

1	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun moment-maintenant n'émerge durant la séance.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute bafouille ou devient pensif, tendu ou brièvement silencieux, puis s'esclaffe ou a une autre réaction (ex : <i>silence trop prolongé</i>) provoquant un malaise entre lui et le client. Le malaise ne parvient pas à être élaboré par la dyade. Le thérapeute n'explore pas l'intention sous-jacente à la question du client. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i> • Le thérapeute bafouille ou devient pensif, tendu ou brièvement silencieux, puis rappelle au client certains éléments du cadre thérapeutique pour justifier son refus de répondre (ex : « <i>Vous savez que je ne peux pas répondre à cette question</i> »). Il n'explore pas l'intention sous-jacente à la question du client. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i> • Le thérapeute bafouille ou devient pensif, tendu ou brièvement silencieux, puis formule une réponse hâtive de l'ordre d'une application routinière de sa technique. <i>Par exemple : « Et si je répondais oui / si je répondais non ».</i> Cela court-circuite l'élaboration du sens du moment qui vient de se produire dans la dyade. Sa posture de thérapeute est à l'avant-plan. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i>
3	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute bafouille ou devient pensif, a un rire nerveux, devient tendu ou brièvement silencieux, puis s'esclaffe ou a une autre réaction (ex : <i>silence trop prolongé</i>) provoquant un malaise. Le malaise parvient à être élaboré par la dyade, sur le coup ou plus tard dans la séance. Par exemple, le client parvient à élaborer sur ce qui l'empêche de participer à un échange sur sa relation avec le thérapeute. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i> • Le thérapeute bafouille ou devient pensif, tendu ou brièvement silencieux, puis rappelle au client certains éléments du cadre thérapeutique pour justifier son refus de répondre (ex : « <i>Vous savez que je ne peux pas répondre à cette question</i> »). Puis, il explore l'intention sous-jacente à la question du client. Sa posture de thérapeute est à l'avant-plan. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i>
4	<ul style="list-style-type: none"> • Un moment-maintenant est survenu dans la séance précédente. La dyade revient sur ce moment et parvient à l'élaborer. L'interaction entre client et thérapeute donne l'impression qu'on est dans un 'moment de vérité' dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique, un moment intense donnant une impression de suspense.
5	<ul style="list-style-type: none"> • L'interaction entre client et thérapeute donne l'impression qu'on est dans un 'moment de vérité' dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique, un moment intense donnant une

impression de suspense. Contact visuel soutenu et intense. Immobilité momentanée avec attention centrée sur le partenaire.

- Le thérapeute bafouille, devient brièvement silencieux, a un rire nerveux, devient pensif et/ou tendu, a une exclamation quelconque de surprise (ex. : oh! ou aaaahhh!) avant de répondre sans se défilier du moment de connexion de personne à personne.

**Indicateur 4.
SIGNATURE PERSONNELLE DU THÉRAPEUTE EN RÉPONSE AU MOMENT-MAINTENANT**

Item 10

La réponse du thérapeute au moment-maintenant est caractérisée par un accroissement de sa participation affective habituelle et de l'utilisation habituelle de son individualité et ce, au service d'une connexion affective avec le client (n'est pas un agir agressant envers le client).

N.B. : Les tentatives défensives du client pour faire sortir le thérapeute de son rôle thérapeutique peuvent mener à des moments-maintenant.

N.B. Lorsque l'exploration continue suite à un commentaire / une question sur la relation réelle, sans moment de pause (vitalisation suite au moment de rencontre ou stress quant à la bonne manière de répondre au moment-maintenant), on considère que la dyade est demeurée dans une posture client-thérapeute, plutôt que d'aller dans un moment de relation de personne à personne, d'humain à humain. Un moment-maintenant a émergé, mais est alors échoué.

1	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun moment-maintenant n'émerge durant la séance.
2	<ul style="list-style-type: none"> • La réponse du thérapeute au moment-maintenant est défensive ou paraît être le fruit d'une réactivité de ses enjeux non résolus (ex : débordement affectif ou fermeture affective qui prend une importance démesurée dans les interactions avec le client). Par exemple, en réponse à la confiance d'un transfert amoureux, le thérapeute pourrait répondre : « <i>Peut-être que tu m'utilises comme excuse pour fuir ta relation avec ton conjoint?</i> ». <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i> • Le client demande au thérapeute s'il l'ennuie, car le thérapeute se retient de bailler. Le thérapeute répond qu'il baille, car il est en digestion. Le thérapeute n'explore pas l'intention sous-jacente à la question du client. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i> • Le thérapeute bafouille ou devient pensif, tendu ou brièvement silencieux, puis rappelle au client certains éléments du cadre thérapeutique pour justifier son refus de répondre (ex : « <i>Vous savez que je ne peux pas répondre à cette question</i> »). Il n'explore pas l'intention sous-jacente à la question du client. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i> • Le thérapeute bafouille ou devient pensif, tendu ou brièvement silencieux, puis ignore la question du client ou formule une réponse hâtive de l'ordre d'une application routinière de sa technique. <i>Par exemple : « Et si je répondais oui? Et si je répondais non? ».</i> Cela court-circuite l'élaboration du sens du moment qui vient de se produire dans la dyade. Il n'explore pas l'intention sous-jacente à la question du client. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i>
3	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute bafouille ou devient pensif, tendu ou brièvement silencieux, puis rappelle au client certains éléments du cadre thérapeutique pour justifier son refus de répondre (ex : « <i>Vous savez que je ne peux pas répondre à cette question</i> »). Puis, il explore l'intention sous-jacente à la question du client. Sa posture de thérapeute est à l'avant-plan. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i> • Le thérapeute bafouille ou devient pensif, tendu ou brièvement silencieux, puis formule une réponse hâtive de l'ordre d'une application routinière de sa technique. Puis, il explore

	<p>l'intention sous-jacente à la question du client. Sa posture de thérapeute est à l'avant-plan. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • À la question du client : « <i>Est-ce que vous me trouvez trop intense?</i> », le thérapeute pourrait répondre avec engagement affectif accru : « <i>Que vient-il de se passer entre nous / en vous? Avez-vous perçu quelque chose chez moi qui pourrait vous faire penser que je vous trouve trop intense?</i> » Il n'offre pas de réponse claire, mais demeure affectivement engagé et authentique dans son exploration du moment-maintenant. Sa posture de thérapeute est à l'avant-plan. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i>
4	<ul style="list-style-type: none"> • Un moment-maintenant est survenu dans la séance précédente. La dyade revient sur ce moment et parvient à l'élaborer. La réponse du thérapeute est caractérisée par un accroissement de sa participation affective habituelle et de l'utilisation habituelle de son individualité. • Le thérapeute reconnaît avoir réagi à la question du client en raison d'enjeux non résolus ou en passant « à-côté » de ce que le client tentait de lui communiquer. Il s'excuse et devient disposé à répondre autrement à la question du client. Par exemple, le client demande au thérapeute s'il l'ennuie, car le thérapeute se retient de bailler. Le thérapeute répond qu'il baille, car il est en digestion. Puis, plus tard dans la séance, le thérapeute revient sur cette question et offre une réponse qui reconnaît l'expérience du client et ce qui se passe dans la relation réelle. • La réponse du thérapeute est d'abord de l'ordre d'une application routinière de sa technique d'intervention. Par exemple : « <i>Si je répondais oui, qu'est-ce que ça vous ferait? Et si je répondais non?</i> » Puis, le thérapeute se reprend et sa réponse authentique permet d'amener la dyade thérapeute-client dans un état de réflexivité et d'échange sur l'état de leur 'relation réelle'.
5	<ul style="list-style-type: none"> • À la question du client : « <i>Est-ce que vous me trouvez trop intense?</i> », le thérapeute pourrait répondre avec affectivité accrue après un moment de silence : « <i>Non, je ne vous trouve pas trop intense</i> ». Puis, pourrait explorer : « <i>Qu'est-ce qui vous amène à me poser cette question?</i> ». Le thérapeute pourrait aussi répondre avec affectivité accrue après un moment de silence : « <i>Vous êtes quelqu'un d'expressif, ce qui vient avec une intensité. Ça vous rend vivante. Ça rend nos échanges vivants et je l'apprécie. Maintenant, je me demande, qu'est-ce qui vous amène à me poser cette question?</i> » <i>Follow-up</i> : « <i>Qu'est-ce que ce serait être trop vs être juste assez intense avec moi?</i> » • Au commentaire du client : « <i>Je n'aurais pas dû venir aujourd'hui</i> », le thérapeute pourrait répondre : « <i>Tu as bien fait de venir</i> », avec affectivité accrue. Au commentaire du client : « <i>Je t'avais dit que tu regretterais de m'encourager à pleurer ici</i> », le thérapeute pourrait répondre : « <i>Je ne le regrette pas du tout. Toi... le regrettes-tu?</i> », avec affectivité accrue. À la question du client : « <i>Est-ce que c'est dégoûtant de m'entendre te parler de cette aventure sexuelle</i> », le thérapeute pourrait répondre : « <i>Non, ça ne l'est pas. Tu peux continuer</i> », avec affectivité et authenticité accrues.

**Indicateur 4.
SIGNATURE PERSONNELLE DU THÉRAPEUTE EN RÉPONSE AU MOMENT-MAINTENANT**

Item 11

La réponse du thérapeute est évocatrice, particularisée, ajustée (*tact, bienveillance, à-propos, justesse de la réponse*) et cible un élément central de l'état intentionnel et émotionnel du client, tel qu'il se manifeste dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique.

N.B. : Les tentatives défensives du client pour faire sortir le thérapeute de son rôle thérapeutique peuvent mener à des moments-maintenant.

N.B. Lorsque l'exploration continue suite à un commentaire / une question sur la relation réelle, sans moment de pause (vitalisation suite au moment de rencontre ou stress quant à la bonne manière de répondre au moment-maintenant), on considère que la dyade est demeurée dans une posture client-thérapeute, plutôt que d'aller dans un moment de relation de personne à personne, d'humain à humain. Un moment-maintenant a émergé, mais est alors échoué.

1	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun moment-maintenant n'émerge durant la séance.
2	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervention du thérapeute est peu particularisée et manque de tact. À la question du client : « <i>Trouves-tu que je suis belle quand je suis triste?</i> », le thérapeute pourrait répondre : « <i>Je ne pense pas que quiconque soit beau quand il est triste</i> ». • L'intervention du thérapeute est particularisée, mais manque de tact. À la question du client : « <i>Trouves-tu que je suis belle quand je suis triste?</i> », le thérapeute pourrait répondre : « <i>Non</i> ». <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i> • L'intervention du thérapeute court-circuite la possibilité d'une réflexion conjointe sur l'état de la relation avec le client. Par exemple, le thérapeute « recadre » le client en lui expliquant que sa question est une question personnelle à laquelle il ne peut pas répondre en raison du cadre de travail établi ensemble. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i> • La réponse du thérapeute est de l'ordre d'une application routinière de sa technique d'intervention. Par exemple : le client demande si le thérapeute le trouve trop intense et le thérapeute répond quelque chose comme : « <i>Vous, trouvez-vous que vous êtes trop intense?</i> » ou « <i>Si je répondais oui, qu'est-ce que ça vous ferait? Et si je répondais non?</i> ». Sa posture de thérapeute est à l'avant-plan. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i> • Le thérapeute donne une réponse non particularisée, mais qui est formulée avec bienveillance, telle : « <i>Vous savez, les gens qui vivent de l'anxiété ont parfois tendance à X. Je me demande si ce n'est pas ce qui est en train de se passer en ce moment</i> ». Sa posture de thérapeute est à l'avant-plan. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i>
3	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute exprime ne pas savoir comment répondre, mais valide l'importance de la question ou du commentaire du partenaire. La dyade explore ce qui rend difficile de répondre à cette question et ce qui a amené le client à poser cette question. Le malaise parvient à être élaboré par la dyade, sur le coup ou plus tard dans la séance. <i>L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</i> • Le thérapeute formule une réponse particularisée au client, avec tact, sensibilité et à propos, mais il demeure dans son rôle thérapeutique. L'asymétrie demeure aussi présente que d'habitude. Par exemple : Are you mad at me?" [...] "You're very perceptive. I guess I am

	<p>feeling a little irritation. I'm a bit frustrated that I can't seem to help you as fast as I would like. What was your reason for asking? / [Traduction] À la question du client : « <i>Êtes-vous fâché contre moi?</i> », le thérapeute pourrait répondre avec affectivité accrue après un moment de silence : « <i>Vous êtes très perspicace. Je crois que je ressens un peu d'irritation. Je suis frustrée de ne pas être en mesure de vous aider aussi rapidement que je le souhaiterais. Qu'est-ce qui vous amène à me poser cette question?</i> ». Sa posture de thérapeute est à l'avant-plan. L'exploration continue sans moment de pause vitalisante.</p>
4	<ul style="list-style-type: none"> • Un moment-maintenant est survenu dans la séance précédente. La dyade revient sur ce moment et parvient à l'élaborer. La réponse du thérapeute est évocatrice, particularisée, ajustée (tact, à-propos, justesse de la réponse) et cible un élément central de l'état intentionnel et émotionnel du client, tel qu'il se manifeste dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique. • La réponse du thérapeute est d'abord de l'ordre d'une application routinière de sa technique d'intervention. Par exemple : « <i>Si je répondais oui, qu'est-ce que ça vous ferait? Et si je répondais non?</i> » Puis, le thérapeute se reprend et sa réponse authentique permet d'amener la dyade thérapeute-client dans un état de réflexivité et d'échange sur l'état de leur 'relation réelle'. • Le thérapeute formule une réponse authentique avec tact et sensibilité. Sa réponse est particularisée au client. Toutefois, sa réponse n'est pas particularisée au moment vécu dans l'ici-et-maintenant avec le client et pourrait être formulée à un autre moment du suivi avec le client.
5	<ul style="list-style-type: none"> • La réponse du thérapeute est évocatrice, particularisée, ajustée (tact, à-propos, justesse de la réponse) et cible un élément central de l'état intentionnel et émotionnel du client, tel qu'il se manifeste dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique. Elle permet d'amener la dyade thérapeute-client dans un état de réflexivité et d'échange sur l'état de leur 'relation réelle'. L'intervention du thérapeute ne pourrait pas être formulée pour quelqu'un d'autre et ne pourrait pas être livrée à un autre moment du suivi avec le client actuel. Elle est nouvelle et créée sur le coup pour le client et la situation vécue dans l'ici-et-maintenant avec lui. • Le thérapeute emploie une métaphore évocatrice permettant de bien imaginer la préoccupation du client. Par exemple, au commentaire du client : « <i>Ok, maintenant je me demande vraiment si vous êtes en train de me regarder</i> » (dans cet exemple, le client est sur le divan), le thérapeute pourrait répondre avec affectivité accrue, après un moment de silence : « <i>J'ai comme le sentiment que vous tentez de tirer mes yeux vers vous en ce moment</i> » • La cliente dit qu'elle se sent coupable lorsqu'elle n'est pas en train de porter attention à comment l'autre se sent, puis demande au thérapeute : « <i>Est-ce que vous me trouvez folle?</i> ». Le thérapeute pourrait répondre : « <i>Je ne pense pas que vous soyez folle, mais j'ai l'impression qu'avoir cette sorte de contrainte d'empathie au quotidien pourrait être pesant au point de vous 'rendre folle'</i> ».

**Indicateur 5.
MOMENT(S) DE RENCONTRE (CONNEXION INTENTIONNELLE ET ÉMOTIONNELLE AUTHENTIQUE)**

Item 12

La réaction du client (ex. : *silence, montée d'affects, exclamation, contact visuel soutenu, hochements de tête, surprise*) à l'intervention du thérapeute paraît authentique et indique que son besoin ou son intention a été bien saisi par le thérapeute.

1	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun moment-maintenant n'émerge durant la séance.
2	<ul style="list-style-type: none"> • La réponse du thérapeute au moment-maintenant tombe à plat. Le client corrige en partie ou en totalité la réponse du thérapeute au moment-maintenant. Ou encore, suite à la réponse du thérapeute au moment-maintenant, le client dit : « <i>Oui, c'est ça</i> », mais cela ne s'accompagne pas d'une montée d'affects. • Le client paraît déçu ou frustré de la réponse du thérapeute au moment-maintenant. La réponse du thérapeute ne semble pas correspondre à ce que le client aurait voulu entendre.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Suite au moment-maintenant, le thérapeute formule une réponse particularisée au client, avec tact, sensibilité et à-propos, qui suscite une montée d'affects chez le client. Toutefois, le thérapeute demeure dans son rôle thérapeutique. L'asymétrie avec le client demeure aussi présente que d'habitude.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Un moment-maintenant est survenu dans la séance précédente. La dyade revient sur ce moment et parvient à l'élaborer. Le moment de rencontre a donc lieu en différé.
5	<ul style="list-style-type: none"> • La réaction du client à l'intervention du thérapeute paraît authentique et indique que son besoin ou son intention a été bien saisi par le thérapeute. Par exemple : Contact visuel soutenu, avec silence, hochements de tête verticaux et montée des pleurs chez le client suite à la réponse du thérapeute au moment-maintenant; le client s'exclame : « <i>Oui, vraiment...</i> » avec une montée d'affects authentique. Le client a une montée d'affects authentique sans ressentir le besoin d'élaborer davantage.

**Indicateur 5.
MOMENT(S) DE RENCONTRE (CONNEXION INTENTIONNELLE ET ÉMOTIONNELLE AUTHENTIQUE)**

Item 13

Thérapeute et client paraissent vitalisés (*énergisés, revigorés, enthousiastes*) « ensemble » suite au moment de rencontre, dans un climat d'authenticité réciproque et d'humanité partagée, de sorte que l'asymétrie entre eux paraît moindre que d'habitude. Cet item porte sur l'état affectif de la dyade.

1	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun moment-maintenant n'émerge durant la séance.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Posture fermée, crispée, asynchrone avec celle du partenaire suite au moment-maintenant. • Aucun accroissement de l'affection, de la complicité, de l'humeur, du plaisir à être en relation entre client et thérapeute suite au moment-maintenant.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a plus de sourires bienveillants sans retenue entre thérapeute et client après le moment de rencontre. Toutefois, ils se retiennent de manifester clairement leur plaisir accru et leur vitalisation à être ensemble. Ou encore, il y a plus de sourires bienveillants, mais les rôles thérapeutiques (client, thérapeute) et l'asymétrie restent à l'avant-plan de l'interaction. • L'intimité entre thérapeute et client est accrue, sans toutefois que ne s'ensuivent des indices de vitalisation. Leur posture de client et de thérapeute est à l'avant-plan.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Un moment-maintenant est survenu dans la séance précédente. La dyade revient sur ce moment et parvient à l'élaborer. Le moment de rencontre a donc lieu en différé.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapeute et client paraissent vitalisés (<i>énergisés, revigorés, enthousiastes</i>) « ensemble » et paraissent d'humeur plus légère suite au moment de rencontre. Ils paraissent ressentir du plaisir, de la complicité, de l'affection et/ou un bien-être accru dans l'interaction avec le partenaire. Il y a plus de sourires bienveillants entre thérapeute et client suite au moment de rencontre. • Posture ouverte, détendue, en miroir à celle du partenaire dyadique suite au moment de rencontre. • L'asymétrie paraît moindre que d'habitude entre thérapeute et client suite au moment de rencontre. Ils sont dans un rapport de personne à personne.

**Indicateur 5.
MOMENT(S) DE RENCONTRE (CONNEXION INTENTIONNELLE ET ÉMOTIONNELLE AUTHENTIQUE)**

Item 14

Suite au moment de rencontre, thérapeute et client paraissent profiter d'un « moment de grâce » dans la séance, d'une pause où ils s'arrêtent ensemble et paraissent libérés d'une pression de trouver quoi dire, quoi faire, ou ce que l'autre cherche à dire ou à faire (ils partagent un silence complice exempt de malaise en maintenant le contact visuel).

1	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun moment-maintenant n'émerge durant la séance.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a un moment de silence, lors duquel le client continue de réfléchir activement plutôt que d'être détendu, apaisé, soulagé, débloqué.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Le moment de pause prend fin prématurément, par exemple par un commentaire du thérapeute qui demande au client comment il se sent ou comment il reçoit sa question/ son commentaire. Sa posture de thérapeute est à l'avant-plan.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Un moment-maintenant est survenu dans la séance précédente. La dyade revient sur ce moment et parvient à l'élaborer. Le moment de rencontre et le « moment de grâce » ont donc lieu en différé.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapeute et client paraissent profiter d'un « moment de grâce » dans la séance, d'une pause où ils s'arrêtent ensemble et paraissent libérés d'une pression de trouver quoi dire, quoi faire, ou ce que l'autre cherche à dire ou à faire. • Thérapeute et client se regardent avec bienveillance, sans ressentir le besoin d'élaborer davantage. • Chez le client, on peut noter pendant le moment de pause un apaisement, un relâchement dans le corps, un soulagement. Le client peut aussi verbaliser « que ça débloque un nœud ». Chez le thérapeute, on peut observer gratification, plaisir et bienveillance accrus.

**Indicateur 6.
OUVERTURE/TOLÉRANCE DU CLIENT À L'IMPRÉCISION DES INTERACTIONS
THÉRAPEUTIQUES**

Item 15

Le client est tolérant aux difficultés d'expression et de compréhension qui émergent dans l'interaction.

Les difficultés d'expression renvoient aux difficultés à trouver les mots justes pour se faire comprendre.

Les difficultés de compréhension renvoient aux difficultés à saisir correctement et d'emblée ce que le partenaire cherche à faire comprendre.

Cet item vise donc à évaluer comment la dyade gère (avec confort, calme, patience et bienveillance vs avec nervosité, impatience, agressivité, honte, sentiment d'être inadéquat) les tentatives ratées pour être compris par autrui et comprendre autrui.

1	<ul style="list-style-type: none"> • Le client devient souvent irrité, méprisant ou non collaborant lors des difficultés d'expression ou de compréhension. C'est-à-dire : <i>lorsque les interventions du thérapeute sont inadéquates, incomplètes ou approximatives, lorsqu'il cherche ses mots, lorsqu'il prend conscience qu'il n'est pas clair, lorsque le thérapeute lui fait des demandes de clarification ou lorsque le thérapeute se reprend plusieurs fois pour tenter d'exprimer le mieux possible une idée ou un sentiment qui l'habite.</i> • Le client exprime avec agressivité qu'il ne comprend pas ce que le thérapeute dit ou qu'il ne se sent pas écouté. Par exemple : <i>Après que le thérapeute lui fait une demande de clarification, le client pourrait dire : « Je viens de vous le dire, écoutez quand je parle (sur un ton agressif et méprisant) ». Par exemple : « C'est bien beau, mais c'est très théorique tout ça. Ce n'est pas la grande révélation. »</i>
2	<ul style="list-style-type: none"> • Le client montre souvent des signes de honte, d'agitation anxieuse, de malaise ou d'inhibition lors des difficultés d'expression ou de compréhension (<i>lorsque les interventions du thérapeute sont inadéquates, incomplètes ou approximatives, lorsqu'il cherche ses mots, lorsqu'il prend conscience qu'il n'est pas clair, lorsque le thérapeute lui fait des demandes de clarification ou lorsque le thérapeute se reprend plusieurs fois pour tenter d'exprimer le mieux possible une idée ou un sentiment qui l'habite</i>). • Lorsque le client s'exprime de manière vague/ confuse/ difficilement compréhensible, il ne s'en rend pas compte (<i>n'offre pas de détails supplémentaires, n'explique pas le sens qu'il accorde à un mot, poursuit sur sa lancée sans s'arrêter malgré les signaux d'incompréhension du thérapeute</i>). Lorsque le thérapeute lui pose des questions de clarification, il réagit avec honte ou agitation anxieuse. • Le client est honteux à l'idée de ne pas être clair ou le client est anxieux à l'idée de ne pas être bien compris, de ne pas bien se comprendre ou de ne pas bien comprendre le thérapeute. Il tolère mal sa honte et/ou les malentendus qui émergent. Par exemple : <i>le client croise les bras et se recule sur sa chaise lorsqu'il se fait poser une question de clarification; le client dit se sentir inadéquat et honteux de ne pas être en mesure de répondre à la question du thérapeute car il serait 'censé savoir', puis se referme; le client tombe dans un long silence inconfortable suite à la demande de clarification et le sens/ l'effet de ce silence n'est pas exploré par la dyade; le client a un rire nerveux et exprime qu'il ne sait pas comment répondre à la question du thérapeute, puis cesse son exploration ou se précipite pour offrir une réponse intellectualisée, ou bien il exprime se sentir pris en défaut de ne pas savoir comment répondre immédiatement à la question.</i>

3	<ul style="list-style-type: none"> • Le client finit les phrases du thérapeute à sa place lorsque celui-ci cherche un mot ou une idée. Par exemple : le thérapeute est en train de réfléchir activement à ce qu'il veut dire et le client dit rapidement le mot ou l'idée qu'il pense que le thérapeute cherche. (<i>Ne pas considérer une exclamation de type « Oui, c'est exactement ça! » comme étant de l'ordre d'une intention de finir les phrases de l'autre à sa place</i>) • Le client est tolérant face aux difficultés de compréhension et d'expression survenant entre lui et le thérapeute, excepté lorsqu'il ne connaît pas le mot employé par le thérapeute. Il devient alors honteux, sans toutefois se décomposer. Par exemple : <i>le client regarde au sol et indique avec gêne qu'il ne comprend pas le mot ou l'expression employé. Il semble inconfortable avec son manque de connaissances sur le sujet.</i>
4	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque le thérapeute lui pose des questions de clarification, le client réagit avec culpabilité sans toutefois se décomposer lorsqu'il a des difficultés d'expression ou de compréhension. Il ne paraît pas calme à l'idée d'avoir été mal compris ou de s'être mal exprimé, mais il ne devient pas anxieux ou honteux au point de bégayer, rougir ou se refermer. Par exemple : <i>le client s'excuse à plusieurs reprises ou avec un excès de zèle de ne pas avoir été clair ou de ne pas avoir compris le thérapeute, puis se reprend et poursuit son élaboration sans malaise.</i> • Lorsque le client s'exprime de manière vague/ confuse/ difficilement compréhensible, il ne s'en rend pas forcément compte par lui-même (<i>n'offre pas de détails supplémentaires, n'explique pas le sens qu'il accorde à un mot, poursuit sur sa lancée sans s'arrêter malgré les signaux d'incompréhension du thérapeute</i>). Toutefois, lorsque le thérapeute lui pose des questions de clarification, il réagit avec patience et calme, en étant soucieux de donner plus de détails pour clarifier ses propos. • Le client est honteux à l'idée de ne pas être clair ou le client est anxieux à l'idée de ne pas être bien compris ou de ne pas bien comprendre le thérapeute. Or, il tolère sa honte et/ou son anxiété. Il demeure engagé dans l'exploration et collaborant. Par exemple : <i>le client dit se sentir inadéquat et honteux de ne pas être en mesure de répondre à la question du thérapeute, puis maintient sa participation à l'échange et ne paraît pas débordé par sa honte ou son sentiment d'être inadéquat; le client tombe dans un long silence inconfortable suite à la demande de clarification et le sens/ l'effet de ce silence est exploré par la dyade; le client a un rire nerveux et exprime qu'il ne sait pas comment répondre à la question du thérapeute, puis élabore sur son sentiment de malaise, d'être inadéquat ou d'être pris en défaut de ne pas savoir comment répondre immédiatement à la question.</i>
5	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque le client s'exprime de manière vague/ confuse/ difficilement compréhensible, il s'en rend compte et va au-devant dans les efforts de clarification, en offrant des détails supplémentaires ou en expliquant le sens qu'il accorde à un mot. Il ne paraît ni anxieux ni honteux à l'idée d'avoir été mal compris ou insuffisamment clair. • Le client réagit en étant patient, calme et soucieux d'offrir des clarifications lorsqu'il prend conscience qu'il n'est pas clair, lorsque le thérapeute l'invite à clarifier son propos ou lorsque les interventions du thérapeute sont inadéquates, incomplètes ou approximatives. Par exemple : <i>« Ce n'est pas tout à fait ça, mais je n'ai pas de meilleur mot pour l'instant »; « Je ne suis pas sûr de comprendre ce que vous voulez dire...? »; « Je ne sais pas trop comment dire ça...J'ai de la misère à expliquer ça comme il faut »; « Dans quel sens 'rationnaliser'? ».</i> Puis, le client prend le temps nécessaire pour trouver une meilleure manière de s'exprimer. • Le client continue d'écouter et ne termine pas les phrases à la place du thérapeute lorsque celui-ci cherche un mot ou une idée. • Le client pose des questions sur le sens d'un mot employé par le thérapeute.

Indicateur 6.
OUVERTURE/TOLÉRANCE DU CLIENT À L'IMPRÉCISION DES INTERACTIONS THÉRAPEUTIQUES

Item 16

Le client fait des efforts d'affirmation de soi et de clarification des malentendus, désaccords et difficultés de compréhension qui émergent entre lui et le thérapeute. Ces efforts d'affirmation et de clarification sont au service de l'atteinte d'une meilleure compréhension de sa dynamique (vs le client s'affirme avec hostilité).

1	<ul style="list-style-type: none"> • Les clarifications apportées par le client paraissent être des tentatives agressives ou passives-agressives de mises en échec du thérapeute. Par exemple : <i>'Non, vous avez rien compris. Il faut vraiment que je vous prenne par la main, c'est ça?'</i>. Cette posture n'est pas explorée ou désamorcée par la dyade. • Le client se montre majoritairement docile face au thérapeute. Par exemple : <i>aucun moment de clarification d'un malentendu, en corroborant toutes les interventions du thérapeute sans ajouter de nuances, en se soumettant à l'autorité du thérapeute et en montrant des signes de dépendance au jugement du thérapeute, en devenant inhibé après les interventions du thérapeute, en faisant 'oui' de la tête avant même que le propos du thérapeute soit fini d'être formulé, ou encore en répondant 'oui' aux interventions du thérapeute de manière désincarnée ou intellectualisée.</i> Cette posture n'est pas explorée/ désamorcée par la dyade.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque le client s'affirme, ses clarifications sont teintées d'une résistance au travail collaboratif avec le thérapeute. Par exemple, <i>le client est méfiant ou défensif. Ou encore, en réponse aux interventions du thérapeute, le client répond systématiquement avec des « Oui, mais ».</i> Cette posture n'est pas explorée ou désamorcée par la dyade. • À au moins une occasion, lors d'un moment de rupture d'alliance ou de malentendu/ désaccord/ difficulté de compréhension entre client et thérapeute, le client attaque le lien avec le thérapeute. Par exemple : <i>« C'est bien beau, mais c'est très théorique tout ça. Ce n'est pas la grande révélation. »</i> Cette attaque du lien n'est pas explorée ou désamorcée par la dyade.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Le client exprime qu'il n'est pas prêt à aborder ce contenu avec le thérapeute pour l'instant. Son affirmation paraît teintée de respect envers le thérapeute, mais pas de méfiance envers lui. Il affirme simplement une limite. • Le client affirme un besoin d'avoir des trucs ou une rétroaction du thérapeute, il le fait de manière insistante. Cela traduit un besoin de dépendre du thérapeute, et non une ouverture à obtenir de la rétroaction du thérapeute. • Le client s'affirme et pose des questions de clarification au thérapeute dans l'optique d'atteindre une meilleure compréhension de sa dynamique. Toutefois, lorsque le thérapeute est inadéquat ou insistant auprès de lui, le client n'arrive pas à nommer qu'il se sent brusqué ou mal compris ou en désaccord avec le thérapeute, malgré les invitations du thérapeute à s'affirmer. • Le client exprime son désir de parvenir à s'exprimer et à s'affirmer auprès du thérapeute afin que celui-ci le comprenne mieux, mais se dit bloqué dans ses efforts en raison de sa crainte d'être jugé. Il tente d'explorer sa défense.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Le client ne s'affirme pas d'emblée. Toutefois, il saisit systématiquement les occasions de s'affirmer lorsqu'encouragé à le faire par le thérapeute, même lorsqu'il s'agit d'exprimer une frustration ou une déception associée à une rupture d'alliance ou à des doutes sur l'efficacité du suivi. Le premier réflexe du client est de préserver son thérapeute, puis lorsque le thérapeute l'invite à être authentique, il s'y risque et s'affirme. Par exemple : <i>le thérapeute questionne le client sur sa demande d'espacer le suivi. Le client répond que c'est pour des</i>

	<p><i>questions monétaires. Lorsque le thérapeute propose que le client est peut-être insatisfait ou se questionne sur la direction du suivi, le client saisit l'occasion d'affirmer ses besoins non répondus et sa déception. Autre exemple : So I asked him how he wanted me to respond when he went into a long silence. He answered that he guessed he wanted me to ask him questions and to draw him out. I then commented that I would be glad to do that, but that he should know that I might be way off base in my pursuit of what he was thinking about since when he was quiet, I had no idea what was on his mind. [...] He brightened up and on that basis changed his mind, deciding I should wait until he felt ready to talk / [Traduction] Le thérapeute demande au client s'il préfère être aidé à mettre des mots sur ce qui se passe en lui durant son silence ou s'il préfère attendre d'être prêt à parler. Le client exprime sa préférence.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • À au moins une occasion, lors d'un moment de rupture d'alliance ou de malentendu/désaccord/ difficulté de compréhension entre client et thérapeute, le client attaque le lien avec le thérapeute. Par exemple : « <i>C'est bien beau, mais c'est très théorique tout ça. Ce n'est pas la grande révélation.</i> » Cette attaque du lien est explorée/ désamorcée par la dyade. • Si le client met le thérapeute en échec, est docile, est défensif, est passif-agressif ou désincarné dans sa manière de s'affirmer, cela est exploré, puis désamorcé par la dyade.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Le client se montre capable de nuancer/ corriger / préciser les interventions du thérapeute, de se dire en désaccord avec lui ou de donner des indications (<i>verbales ou non verbales</i>) à l'effet que l'intervention du thérapeute n'est pas tout à fait juste. Ces clarifications sont au service du travail collaboratif. Par exemple : <i>Le client répond calmement à l'intervention du thérapeute en disant : « Non, ce n'est pas tout à fait ça, c'est plutôt... » ou « Non, ce n'est pas vraiment que ça concrétise ma peur, c'est que ça l'amplifie ».</i> • Le client fait des demandes de clarification au thérapeute, telles : « <i>Qu'est-ce que vous voulez dire?</i> »; « <i>Est-ce que...?</i> »; « <i>Vous pensez que...?</i> »; il répète un mot ou une expression du thérapeute, puis demande le sens que ce mot prend pour le thérapeute.

**Indicateur 7.
PARTICIPATION ACTIVE, RÉCIPROQUE, AFFECTIVE ET NON DÉFENSIVE À L'INTERACTION**

Item 17

Thérapeute et client suivent l'échange en cours, sont attentifs et concentrés sur ce que leur partenaire exprime verbalement ou implicitement.

Le climat affectif au sein de la dyade ressemble à : J'écoute ce que tu me dis; je suis là, ici, avec toi.

1	<ul style="list-style-type: none"> Le thérapeute et/ou le client est distrait/ « ailleurs » ou mécanique (<i>c'est-à-dire, sans participation affective modulée selon le contenu apporté par le client</i>), et cela n'est pas exploré par la dyade. De plus, le thérapeute ne s'intéresse pas à ce que le client exprime implicitement (<i>ex : incohérences entre le contenu verbal et non verbal; ton de voix; humeur; débit de parole</i>). Par exemple, le thérapeute ne pose aucune question au client, formule des reflets qui donnent l'impression de 'parler pour parler', demeure silencieux et donne un minimum d'indices non verbaux d'écoute active (<i>des 'hum hum', des 'ok', etc.</i>); Par exemple, le client tombe dans de longs silences en étant détaché et désinvolte. De plus, ses interventions ne permettent pas de cibler un aspect central des difficultés apportées par le client, ce qui donne l'impression que le thérapeute est "ailleurs". Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade.
2	<ul style="list-style-type: none"> Le thérapeute et le client suivent l'échange verbal, mais un des deux partenaires persistent à faire des interventions qui ne sont pas ajustées à ce que l'autre tente de lui communiquer, ce qui fait en sorte que pendant une partie de la séance, les deux partenaires argumentent l'un contre l'autre et n'arrivent pas à comprendre le cœur du propos du partenaire. Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade, qui demeure tendue ou confuse.
3	<ul style="list-style-type: none"> Le thérapeute suit en général l'échange verbal en étant engagé affectivement, mais il n'explore pas un contenu que le client répète à plusieurs occasions dans la séance. Le thérapeute formule principalement des reflets simples qui manquent de recul, qui tombent à plat et qui ne permettent pas de clarifier la demande / le besoin / la préoccupation du client. L'effort du thérapeute d'écouter avec présence d'esprit est là, sans toutefois que les interventions proposées ne suscitent de montées d'affect ou de prises de conscience chez le client. Le thérapeute suit l'échange verbal en étant engagé affectivement. Or, le thérapeute pose peu de questions au client et demeure dans une posture réflexive. Sans être complètement collés au discours du client (<i>peu de hochements de tête et de signes paraverbaux</i>), la posture et le regard du thérapeute indiquent qu'il est réflexif par rapport au contenu apporté par le client. Or, il ne fait pas de synthèse en fin de séance ni ne propose de pistes de réflexion à approfondir par le client. Le client non plus n'en fait pas et repart en paraissant confus ou toujours aussi perplexe quant à la manière de s'aider.
4	<ul style="list-style-type: none"> Le thérapeute suit l'échange verbal en étant engagé affectivement. Or, le thérapeute pose peu de questions au client et demeure dans une posture réflexive. Sans être complètement collés au discours du client (<i>peu de hochements de tête et de signes paraverbaux</i>), la posture et le regard du thérapeute indiquent qu'il est réflexif par rapport au contenu apporté par le client. Toutefois, il prend la parole en fin de séance pour attirer l'attention du client sur certains éléments d'exploration d'intérêt ou pour faire une synthèse de la préoccupation du client et faire émerger un questionnement qui serait pertinent à approfondir.

	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute pose des questions de clarification au client et reformule les propos du client d'une manière qui permette d'approfondir l'exploration. Toutefois, il s'intéresse peu aux signaux non verbaux du client. • Le thérapeute suit en général l'échange verbal en étant engagé affectivement. Lorsqu'il devient distrait, la dyade parvient à le nommer et à l'explorer de manière utile pour le client.
5	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le climat affectif au sein de la dyade ressemble à : J'écoute très bien ce que tu me dis. De plus, je remarque ce que tu m'exprimes implicitement (signaux d'intentions et d'affects) et je l'explore avec toi.</i> • Le thérapeute suit l'échange verbal en étant engagé affectivement (<i>contact visuel fréquent, des « hum hum », des « ok » spontanés et authentiques, des hochements de tête cohérents avec le contenu exprimé par le client, participation affective modulée selon le contenu apporté par le client</i>). • L'échange est fluide. Les questions posées indiquent que thérapeute et client suivent l'échange en cours et sont concentrés sur ce que le partenaire exprime verbalement ET implicitement (ex : « <i>Je te sens enthousiaste/flatté/ambivalent, est-ce que ça se peut?</i> »; « <i>Je te sens devenir plus triste en me parlant de X</i> »; « <i>Je sens bien ta colère</i> »; « <i>Tu me dis ça en chuchotant tout bas... qu'est-ce qui se passe pour toi?</i> »).

Indicateur 7.**PARTICIPATION ACTIVE, RÉCIPROQUE, AFFECTIVE ET NON DÉFENSIVE À L'INTERACTION****Item 18**

Thérapeute et client sont ouverts à la participation du partenaire à l'échange.

1	<ul style="list-style-type: none">• Souvent, lorsque le thérapeute commence à parler, <i>le client le coupe ou l'ignore, indiquant ainsi une fermeture à entendre les contributions du thérapeute; montre des signes d'impatience ou d'agacement; s'interrompt et laisse le thérapeute parler, puis enchaîne comme s'il avait toléré une interruption inopportune.</i> Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade. Par exemple, à la question du thérapeute : « <i>Est-ce pour cette raison que vous êtes venu me voir?</i> », le client pourrait dire : « <i>Attendez minute, je ne suis pas rendu là dans mon histoire (sur un ton agressif)</i> » ou encore, « <i>Vous n'avez aucune patience. Pourtant, on m'avait dit que vous aviez une bonne écoute</i> ».• Le client met en place un discours volubile qui ne donne pas de place à un échange réciproque. Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade.• Le thérapeute interrompt le client à plus d'une occasion afin de ramener avec entêtement son idée. L'échange qui s'ensuit indique que cela n'est pas thérapeutique pour le client, qui paraît inconfortable (<i>ex : inhibition, agitation, frustration, impatience, honte, regard dirigé vers le sol, mains qui se crispent, etc.</i>). Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade.
2	<ul style="list-style-type: none">• Parfois, lorsque le thérapeute commence à parler, le client montre une fermeture à entendre les contributions du thérapeute. Cela n'est pas réajusté ou exploré.• Le client répond systématiquement avec des « Oui, mais » en réponse aux interventions du thérapeute.• Les adresses du client au thérapeute (<i>ex : « Qu'en pensez-vous? »</i>) ou les pauses du client afin d'entendre ce que le thérapeute va dire indiquent une tendance à la docilité / dépendance.
3	<ul style="list-style-type: none">• Parfois, lorsque le thérapeute commence à parler, le client montre une fermeture à entendre les contributions du thérapeute. Cela est réajusté ou exploré par la dyade.• Le client met en place un discours volubile qui donne peu de place à un échange réciproque. Cela est réajusté ou exploré par la dyade.
4	<ul style="list-style-type: none">• Lorsqu'il interrompt le thérapeute, le client paraît conscient de son manque de patience et paraît désolé, sans se déscomposer, puis s'affirme néanmoins.• Le thérapeute interrompt le client afin de ramener son idée avec le plus de tact possible. L'échange qui s'ensuit indique que cela est thérapeutique pour le client et permet de débloquer une résistance.• Le client est volubile. Toutefois, il demande l'opinion du thérapeute et lui laisse de la place pour parler en fin de séance, avec un intérêt sincère pour son apport.
5	<ul style="list-style-type: none">• Le client fait des pauses dans son discours et regarde le thérapeute en attendant ce qu'il va dire et fait des adresses au thérapeute telles : « <i>Qu'en pensez-vous?</i> ». Ces pauses et adresses sont opérées avec intérêt et ouverture, sans indices de docilité ou de dépendance.• Lorsque le thérapeute formule une intervention, le client l'écoute jusqu'à la fin avec ouverture.• Le thérapeute fait régulièrement des interventions. Le client y est souvent ouvert.

**Indicateur 7.
PARTICIPATION ACTIVE, RÉCIPROQUE, AFFECTIVE ET NON DÉFENSIVE À L'INTERACTION**

Item 19

Thérapeute et client montrent des signes verbaux, non verbaux et paraverbaux d'intérêt, de curiosité et de valorisation pour ce que le partenaire a à dire.

Le climat affectif au sein de la dyade ressemble à : Non seulement j'écoute ce que tu me dis, mais ça m'intéresse et je trouve ça pertinent!

1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le climat affectif au sein de la dyade ressemble à : Il m'arrive d'être détaché, indifférent, méprisant, de mauvaise foi, ou passif-agressif, ce que nous n'arrivons pas à nommer et désamorcer.</i> • Thérapeute et/ou client présente souvent des indices de négation ou de diminution (<i>banalisation, indifférence, mépris, condescendance</i>) de l'apport potentiel des contributions verbales du partenaire visant à le mettre en échec. • Par exemples : <i>Le client montre des signes verbaux d'intérêt pour ce que le thérapeute dit, mais ses signes paraverbaux et non verbaux indiquent souvent une agressivité passive ou une désinvolture, une indifférence ou un détachement émotionnel; Le client pousse un long soupir de découragement après l'intervention du thérapeute, comme pour signifier à quel point le commentaire du thérapeute est aberrant et « à côté de la plaque ».; Après que le thérapeute ait souligné l'intérêt de la connexion que le client fait entre son trauma récent et la mort de son père, le client pourrait répondre : « C'est très intelligent de votre part de soulever ce lien. Mais il n'y a aucun lien entre les deux »; Le client s'esclaffe et ridiculise la mauvaise compréhension du thérapeute; Le client dit : « Vous savez quoi, ce n'est pas pour moi. Toutes ces questions sur ce que je pense, ce que je sens (sur un ton méprisant) ». Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade.</i>
2	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le climat affectif au sein de la dyade ressemble à : Il m'arrive d'être désintéressé ou ennuyé, ce que nous n'arrivons pas à nommer et désamorcer.</i> • Bras croisés chez au moins l'un des partenaires pendant une partie de la séance. • La majorité des « hum hum » du thérapeute paraissent mécaniques, faits sur le « 'pilote automatique' ». • Aucun moment de validation de l'importance du thème apporté par le partenaire.
3	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le climat affectif au sein de la dyade ressemble à : Non seulement j'écoute ce que tu me dis, mais ça m'intéresse et je trouve ça pertinent! Toutefois, il m'arrive parfois d'être désintéressé, détaché, méprisant ou de mauvaise foi, ce que nous arrivons à nommer et désamorcer.</i> • Parfois, thérapeute et/ou client paraît détaché, nonchalant, désinvolte, indifférent, désintéressé, ennuyé par ce qui se passe avec le partenaire ou par ce que le partenaire a à dire. Cela est réajusté ou exploré par la dyade. • Parfois, thérapeute et/ou client présente des indices de négation ou de diminution (<i>banalisation, indifférence, mépris, condescendance</i>) de l'apport potentiel des contributions verbales du partenaire visant à le mettre en échec. Cela est réajusté ou exploré par la dyade.
4	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le climat affectif au sein de la dyade ressemble à : Non seulement j'écoute ce que tu me dis, mais ça m'intéresse et je trouve ça pertinent!</i> • Thérapeute et client considèrent avec intérêt sincère les contributions du partenaire, sans toutefois que ne surviennent de moments où les signes d'intérêt et de valorisation sont plus

	<p>importants et incarnés que d'habitude, ou encore, sans toutefois que ne s'ensuivent de questions de clarification pour approfondir et préciser le propos du partenaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sans être complètement collés au discours du client (<i>peu de hochements de tête et de signes paraverbaux</i>), la posture et le regard du thérapeute indiquent qu'il est réflexif par rapport au contenu apporté par le client.
5	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le climat affectif au sein de la dyade ressemble à : Non seulement j'écoute ce que tu me dis, mais ça m'intéresse et je trouve ça pertinent! Certains éléments m'apparaissent particulièrement importants/intéressants et je le manifeste.</i> • Thérapeute et client considèrent avec intérêt sincère les contributions du partenaire. Cela s'ensuit souvent de questions de clarification pour approfondir et préciser le propos du partenaire. De plus, des moments surviennent où les signes d'intérêt et de valorisation sont plus importants et incarnés que d'habitude. Par exemple : <i>en réponse à l'intervention du thérapeute, le client dit de manière incarnée : « Tiens, c'est vrai ça, ça me fait vraiment réfléchir ce que vous venez de dire... »</i>; Le thérapeute valide l'importance du thème exploré. • La majorité des « hum hum », « oh! », « ok » du thérapeute paraissent majoritairement spontanés et sincères. Un mimétisme facial des affects de l'autre; une posture ouverte du corps ou ponctuellement en miroir à celle du partenaire; des hochements de tête verticaux non mécaniques; un regard soutenu.

**Indicateur 7.
PARTICIPATION ACTIVE, RÉCIPROQUE, AFFECTIVE ET NON DÉFENSIVE À L'INTERACTION**

Item 20

La posture corporelle et les expressions faciales de thérapeute et client évoquent une présence d'esprit et/ou une réflexion active lors des silences, qui ne sont donc pas « vides » ou « défensifs ».

1	<ul style="list-style-type: none"> • Les silences sont vides ou défensifs. Par exemple : <i>Utilisation du silence pour couper la communication; Bras croisés chez au moins l'un des partenaires durant le silence; détachement ou désinvolture durant le silence; soupir durant le silence; évitement du contact visuel après le silence.</i>
2	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas de silence durant la séance. Ou encore, il y a des moments de silence d'une durée d'une seule seconde, ce qui ne permet pas de montée d'affect ou de réflexion active.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Le silence est inconfortable pour au moins un des partenaires de la dyade. Cela est exploré. Par exemple : <i>Le client regarde le thérapeute en silence avec intensité en début de séance. Lorsque cela est exploré par la dyade, le client explique que c'est parce qu'il se met au défi de tolérer les émotions qui émergent en thérapie et la proximité émotionnelle avec une autre personne, ce avec quoi il n'est pas toujours confortable.</i> • Le client a des blancs de mémoire et demeure silencieux un temps. Il persiste à tenter d'explorer et de retrouver son fil de pensées (avec ou sans succès).
4	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a des moments de silence durant plus d'une seconde, où le client est réflexif et vit la montée d'un affect, qui est tolérée. Toutefois, le client recommence à parler pour éviter que cet affect ne monte davantage. Par exemple : <i>Silence toléré, affect plus saillant qu'à l'habitude, suivi d'une question sur une action concrète à poser, telle : « Qu'est-ce que je fais avec ça? Comment je fais pour me sortir de ça? »</i> • Le client est généralement confortable dans les silences et il vit des montées d'affect durant. Toutefois, à une occasion, le silence dure trop longtemps pour la capacité de régulation affective du client et un inconfort apparaît entre client et thérapeute, qui parvient à être nommé et réajusté.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a des moments de silence durant plus d'une seconde, où le client est réflexif et vit la montée d'un affect, qui est tolérée. • Le client est dans un silence actif où il paraît être en train de continuer d'explorer, de réfléchir et de traiter l'information. Par exemple : <i>Posture du corps ouverte; signes paraverbaux indiquant que le client a une prise de conscience; montée d'affect qui est tolérée, puis élaborée.</i> • La contribution subséquente au silence fait référence à un élément nommé juste avant sa survenue. • Le thérapeute est dans un silence qui témoigne de sa présence patiente et disponible pendant qu'il attend que le client soit prêt à poursuivre.

**Indicateur 8.
DIRECTION CLINIQUE**

Item 21

Thérapeute et client partagent un intérêt pour l'évolution (actuelle et/ou souhaitée) du client. Par évolution, nous faisons référence aux attentes de changement ainsi qu'aux gains thérapeutiques / progrès du client.

Exemples de changements visés : mieux gérer ses émotions, se faire un ou des amis, être moins méfiant en relation amoureuse ou professionnelle, mieux comprendre les raisons de son arrêt de travail et les moyens d'en prévenir un nouveau, s'affirmer davantage, mieux comprendre ses affects et besoins, renouer ou prendre ses distances d'avec un parent, mieux comprendre sa perception de sa valeur et améliorer son estime de soi, choisir des partenaires amoureux moins "toxiques", s'autonomiser et devenir plus indépendant de ses parents, être plus authentique, être moins exigeant envers soi et autrui, etc.

1	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapeute et client ont des désaccords sur la manière dont ils envisagent les changements que le client devrait viser; ils ne sont pas sur la même longueur d'ondes et une lutte de pouvoir est présente. Ils ne parviennent pas à s'entendre. • Lorsque le client aborde un changement souhaité, le thérapeute est souvent sceptique ou désintéressé. • En cas de désespoir/ absence de progrès perçus, la dyade ne parvient pas à explorer l'impasse/ la résistance et éventuellement la désamorcer. Par exemple : <i>Lorsque le client est défaitiste face aux possibilités de changement, le thérapeute ne reconnaît pas l'expérience du client et/ou ne fait aucune intervention qui permettrait d'aider à nuancer cette perception. Ou encore, le thérapeute reflète les progrès du client, qui a toutefois de la difficulté à les percevoir et à les intégrer. Le client demeure sceptique et critique de son évolution. La dyade n'aborde pas ce désespoir. Ou encore, le thérapeute reproche au client son absence de progrès.</i> • Le client aborde les changements qu'il souhaite voir se produire, mais en disant qu'il s'y prendra seul. Il quitte la thérapie. Le thérapeute critique ce choix.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Le client aborde ses attentes indirectement. Par exemple : « <i>Comment je vais faire pour être heureux dans une relation amoureuse?</i> »; « <i>Je pense que j'ai de la difficulté à gérer mes émotions</i> ». Le thérapeute ne saisit pas l'occasion de souligner cette attente indirecte ou cet enjeu à travailler. Il continue de favoriser l'exploration, sans prendre le temps d'aider à préciser quels objectifs le client souhaite atteindre ou à préciser dans quelle direction le client souhaite aller. • Le client nomme un objectif thérapeutique explicite qu'il souhaite atteindre. Le thérapeute ne saisit pas l'occasion de souligner l'importance de cet objectif. Il n'aide pas à préciser des pistes sur comment s'y prendre pour l'atteindre. • Le client est fier d'un progrès récent. Le thérapeute explore ce progrès tout en paraissant surpris et sceptique, se questionnant sur la possibilité que ce progrès soit défensif. Le client paraît incompris et inconfortable.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapeute et client ont des désaccords sur la manière dont ils envisagent les changements que le client devrait viser; ils ne sont pas sur la même longueur d'ondes et une lutte de pouvoir est présente. Toutefois, ils parviennent à se réajuster et à formuler un objectif commun. Par exemple : <i>le client exprime souhaiter parvenir à être plus détaché de ses proches afin de moins souffrir lorsqu'il se sent déçu, rejeté ou peu respecté. Le thérapeute tend à adopter la position clivée opposée (celle des bienfaits de l'attachement) et argumente avec le client, qui</i>

	<p><i>demeure néanmoins convaincu des bienfaits potentiels de son désir de se détacher. En explorant ensemble, il devient plus clair que ce que le client souhaite plutôt, c'est d'avoir des proches à qui il s'attache, mais de mieux gérer ses réactions au rejet. L'ambiance tendue ou conflictuelle est désamorcée par la dyade.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute reflète les progrès du client, qui a toutefois de la difficulté à les percevoir et à les intégrer. Le client demeure sceptique et critique de son évolution. La dyade aborde ce désespoir, sans toutefois parvenir à l'ébranler.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute reflète les progrès du client, qui a toutefois de la difficulté à les percevoir et à les intégrer. Suite à l'échange sur ce sujet, le client fini par faire un commentaire ou un hochement de tête indiquant qu'il commence sincèrement à entrevoir qu'il a fait des progrès. • Le client aborde ses attentes indirectement. Par exemple : « <i>Comment je vais faire pour être heureux dans une relation amoureuse?</i> »; « <i>Je pense que j'ai de la difficulté à gérer mes émotions</i> »; « <i>Mais est-ce qu'il y a vraiment des gens qui parviennent à être moins colérique?</i> »; « <i>Est-ce qu'on peut vraiment y arriver sans médication?</i> ». Le thérapeute souligne l'importance de ce questionnement ou de cet enjeu à travailler: « <i>C'est peut-être ça que vous venez travailler ici?</i> »; « <i>Je pense que vous avez nommé quelque chose d'important aujourd'hui en évoquant X</i> ».
5	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsqu'un des partenaires évoque l'évolution actuelle ou souhaitée du client, l'autre est attentif et mobilisé par ce sujet de conversation (ex : <i>hochements de tête verticaux</i>, « <i>hum hum</i> » <i>approbateurs</i>). Par exemples : <i>Le thérapeute souligne le caractère important du thème présentement abordé en lien avec l'évolution actuelle ou souhaitée du client. Ou encore, thérapeute et client abordent explicitement les attentes du client face au suivi thérapeutique et sont mobilisés par l'échange</i> : « <i>Est-ce que c'est quelque chose que vous souhaiteriez travailler ici?</i> »; « <i>Est-ce que c'est quelque chose que tu veux changer?</i> »; « <i>C'est ça que je suis venu travailler ici en thérapie</i> ». • Le client pose une question ou émet un commentaire sur un objectif thérapeutique visé ou un mode de fonctionnement à travailler. Il demande au thérapeute comment s'y prendre. Le thérapeute offre quelques réponses psychoéducatives afin de mobiliser son espoir de moins souffrir ou encourage le client à envisager des pistes de solution. Le client paraît apaisé. • Les échanges permettent de clarifier le statut des progrès (gains thérapeutiques) du client en notant l'intérêt ou les bienfaits d'un nouveau comportement adopté par le client. Par exemple : <i>Le thérapeute dit à son client qui présente des difficultés à exprimer son agressivité</i> : « <i>Vous avez été capable de me/ de lui dire que vous avez été contrarié, c'est un pas important, vous ne trouvez pas?</i> »; <i>Le client est fier d'un progrès récent et le thérapeute souligne ce moment avec lui.</i>

**Indicateur 8.
DIRECTION CLINIQUE**

Item 22

Thérapeute et/ou client fait des commentaires qui évoquent la continuité du processus thérapeutique de séance en séance.

Cet item est axé sur l'engagement du client et du thérapeute envers leur suivi ensemble.

1	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun commentaire de la part de thérapeute et client qui évoquerait une réflexion indépendante entre les séances pour poursuivre le travail entamé en séance. • Aucune référence à un événement ou un échange survenu dans une séance précédente. • Aucune référence à un thème qui pourrait être réexploré ou approfondi dans les prochaines séances. • Le client met un terme au suivi de manière abrupte (1 séance ou moins de préavis).
2	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapeute et client ne rattachent pas ce qui est en cours à un ou des thèmes de travail récurrents, apparus à d'autres moments de la thérapie. De plus, il y a des signes de désengagement de la part du client. Par exemple : <i>retards, annulations, questions sur l'efficacité de la thérapie, commentaire du client sur le fait qu'il est impuissant à changer sa vie.</i> • Le client évoque se rappeler avoir quitté la dernière fois avec des pistes de réflexion, mais ne pas s'en rappeler ou ne pas y avoir réfléchi. Cela n'est pas exploré. Ou encore, le client aborde la continuité du processus thérapeutique, mais le fait de manière désinvolte. Cela n'est pas exploré. • Le client aborde explicitement ses attentes face à la psychothérapie. Le thérapeute paraît toutefois peu mobilisé par ce sujet de conversation.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Sans nécessairement faire référence à un événement ou un échange précis survenu dans une séance précédente, thérapeute et client reprennent le travail thérapeutique là où ils l'ont laissé. • Le client évoque se rappeler avoir quitté la dernière fois avec des pistes de réflexion, mais ne pas s'en rappeler ou ne pas y avoir réfléchi. Cela est exploré. Ou encore, avec le soutien du thérapeute, ils parviennent à reprendre le travail thérapeutique là où ils l'ont laissé. • Le thérapeute souligne un progrès/ une évolution du client, mais le fait de manière superficielle, c'est-à-dire sans le relier à un thème de travail récurrent ou sans proposer de pistes de réflexion à approfondir.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapeute et/ou client fait référence à un événement ou un échange survenu dans une séance précédente. Ex : <i>« J'ai repensé à ce que vous m'avez dit la dernière fois... »</i>. Ou encore, thérapeute et/ou client fait des commentaires qui évoquent la continuité du processus. Le client dit : <i>"Cette semaine, j'ai essayé d'être plus attentif à quand mes symptômes d'attaques de panique surviennent"</i>. Le travail psychique continue pour le client entre les séances, mais n'est pas rendu au stade d'identification d'un thème de travail récurrent. • Le client dit : <i>« Aujourd'hui, je voulais parler d'événements de ma vie que je trouve traumatiques, mais je ne sais pas comment en parler. (silence). »</i>. Avec le soutien du thérapeute, le client parvient à élaborer.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Pour orienter leurs échanges, thérapeute et/ou client rattachent ce qui est en cours à un ou des thèmes de travail récurrents, apparus à d'autres moments de la thérapie. Le client dit : <i>« Je me demande quelle option choisir, voyager ou retourner aux études, mais je n'arrive pas à savoir. On dirait qu'encore une fois, je n'arrive pas à vraiment comprendre ou ressentir c'est</i>

quoi mon besoin, c'est quoi mon désir ». Ou le thérapeute dit : « *J'écoute ce que vous me dites et je me demande si nous ne pourrions pas entendre autrement votre hésitation face à ces deux "camps". Se peut-il que cela nous ramène à votre préoccupation face aux genres masculin et féminin?* ». La réaction du client indique qu'il se sent compris.

- Le client fait référence, en étant affectivement engagé, à un thème qu'il souhaiterait aborder dans les prochaines séances.
- Thérapeute et/ou client observent et analysent l'ensemble du processus thérapeutique jusqu'à ce jour, sous la forme d'un bilan. Le client dit : « *Si j'ai fait ici un processus pénible de dé-idéalisation de ma mère dans les derniers mois, j'imagine que c'est possible qu'il se passe la même chose avec vous?* ».

**Indicateur 8.
DIRECTION CLINIQUE**

Item 23

Thérapeute et client persévèrent dans leurs efforts d'exploration de l'expérience du client afin de mieux en comprendre le sens.

1	<ul style="list-style-type: none"> Le client fait du coq-à-l'âne et le thérapeute le suit, de sorte qu'aucun thème n'est approfondi durant la séance. Le "thème du coq-à-l'âne" (<i>qui pourrait évoquer confusion, agitation, angoisse ou défenses présentes chez le client</i>) n'est pas soulevé non plus ou exploré/ mieux compris par la dyade. Le client met souvent en échec (<i>se désengage, minimise, banalise, rationalise, est désinvolte ou désintéressé</i>) les efforts d'exploration de son expérience. Il semble inconfortable (<i>ex : inhibition, agitation, frustration, impatience, honte, regard dirigé vers le sol, mains qui se crispent, etc.</i>) avec les émotions que le travail fait émerger. Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade.
2	<ul style="list-style-type: none"> Le client met souvent en échec (<i>se désengage, minimise, banalise, rationalise, est désinvolte ou désintéressé</i>) les efforts d'exploration de son expérience. Cela est exploré par la dyade, mais les mises en échec continuent. Le client dit : « <i>Je ne sais pas</i> » en réponse à la plupart des interventions du thérapeute. Ses capacités d'élaboration sont inhibées ou déficitaires. La signification pour le client et l'effet de cette absence de compréhension n'est pas explorée. Le thérapeute cesse ses efforts pour contenir le client ou l'aider à élaborer.
3	<ul style="list-style-type: none"> Si le client fait du coq-à-l'âne, dit : « <i>Je ne sais pas</i> » en réponse à certaines des interventions du thérapeute car ses capacités d'élaboration sont inhibées ou déficitaires ou si le client met en échec les efforts d'exploration de son expérience car il semble inconfortable avec les émotions que le travail fait émerger, cela est soulevé, exploré et mieux compris par la dyade. L'exploration du thème n'aboutit à aucun nouvel élément de compréhension qui paraisse évocateur (<i>significatif, utile</i>) pour le client. Toutefois, thérapeute et client demeurent actifs dans leur collaboration. Les questions posées permettent d'apporter des clarifications ou précisions.
4	<ul style="list-style-type: none"> Thérapeute et client demeurent actifs dans leur collaboration pour clarifier l'expérience du client. Au moins un nouvel élément de compréhension qui est évocateur (<i>significatif, utile</i>) pour le client émerge. Toutefois, à une ou deux occasions, le client cherche à abandonner l'exploration, puis se réengage, que ce soit de lui-même ou avec l'aide du thérapeute. Par exemple : <i>Le thérapeute dit : « Comment tu reçois mon commentaire, je te vois sourire, bouger sur ta chaise, devenir silencieux...? » Client : « On dirait que je ne l'accepte pas... mais en même temps, j'ai l'impression que c'est vraiment ça en fait, que je suis dépendant de la réassurance de ma blonde. (Puis élabore sur les implications de ce constat). »</i> Plusieurs thèmes sont explorés. Ils sont liés (<i>ex : subir des représailles de sa mère, se faire critiquer par son patron, se sentir comme une mauvaise amie</i>), mais cela n'est pas soulevé par la dyade. Chaque thème est donc exploré de manière indépendante, mais permet d'apporter au moins un nouvel élément de compréhension qui est évocateur (<i>significatif, utile</i>) pour le client.
5	<ul style="list-style-type: none"> Le thérapeute et/ou le client fait une synthèse de ce qui a été compris aujourd'hui relativement aux besoins, à la personnalité, aux désirs et/ou à la dynamique du client.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• La séance porte sur un ou deux thèmes, explorés, décortiqué(s) et approfondis avec persévérance et "focus" par la dyade. Thérapeute et client demeurent actifs dans leur collaboration. Leur exploration permet d'apporter au moins un nouvel élément de compréhension qui est évocateur (<i>significatif, utile</i>) pour le client. La dyade demeure engagée dans l'exploration toute la séance.• Plusieurs thèmes sont explorés. Ils sont liés (<i>ex : subir des représailles de sa mère, se faire critiquer par son patron, se sentir comme une mauvaise amie</i>). Cela est soulevé, exploré et mieux compris par la dyade, ce qui permet d'apporter au moins un nouvel élément de compréhension qui est évocateur (<i>significatif, utile</i>) pour le client. |
|--|--|

**Indicateur 9.
CENTRATION SUR LES BESOINS DU CLIENT**

Item 24

Les interventions du thérapeute sont centrées sur le client : sur sa dynamique, ses besoins/ désirs et ses préoccupations.

1	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute impose le thème de discussion en début de séance, sans que le client ait demandé lors de la dernière séance (ce qu'on en déduit) à ce que le thérapeute lui rappelle de reprendre l'exploration d'un thème précis. • Le thérapeute fait au moins un dévoilement de soi inapproprié au contexte de l'échange avec le client, c'est-à-dire sans lien évident avec le besoin ou la préoccupation du client. L'inconfort qui s'ensuit n'est pas réajusté ou exploré par la dyade. • En général, le thérapeute répond aux questions personnelles du client et donne son opinion, sans explorer le sens derrière ces questions.
2	<ul style="list-style-type: none"> • À quelques occasions, le thérapeute répond aux questions personnelles du client et donne son opinion, sans explorer le sens derrière ces questions. • En général, lorsque thérapeute et client abordent le comportement d'un des proches du client, ils n'explorent pas ce que ce comportement suscite chez le client. • Le thérapeute n'explore pas un aspect important de l'expérience du client, qui répète un contenu que le thérapeute ignore. Il ne reconnaît pas son manque d'écoute et ne parvient pas à favoriser l'exploration de ce contenu répété. • Le thérapeute insiste pour revenir sur un élément apporté par le client, alors que celui-ci se défile. La réaction du client indique que l'insistance du thérapeute n'est pas bien ajustée (<i>pas de déblocage, de dénouement, de nouvel éclairage</i>).
3	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute est régulièrement centré sur le client, mais n'explore pas un aspect important de l'expérience du client, qui répète un contenu que le thérapeute ignore. Il reconnaît éventuellement son manque d'écoute. • Le thérapeute reconnaît avoir été centré davantage sur la conjointe du client, sans parvenir à expliciter la dynamique du client. Il s'intéresse à ce qui pourrait les avoir amenés dans cette direction. • Le thérapeute invite le client à clarifier son besoin, son désir ou ses affects. Toutefois, un aspect de l'expérience du client demeure non élaboré et la dyade se retrouve bloquée dans ses efforts de clarification. • Le thérapeute est régulièrement centré sur le client, mais ses interventions sont souvent superficielles (<i>ex : des reflets ou reformulations simples</i>).
4	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque le client parle de ses proches, le thérapeute tente généralement d'en profiter pour mieux comprendre le client : « <i>Et vous là-dedans, comment vous vous sentez quand ...</i> » • Lorsque le thérapeute fait un dévoilement de soi, cela est généralement pertinent cliniquement pour mieux soutenir ou mieux comprendre le client. La réaction du client durant la séance indique que le dévoilement du thérapeute a été aidant. • Le thérapeute insiste pour revenir sur un élément apporté par le client, alors que celui-ci se défile. Cette intervention permet ultimement de dénouer une défense ou un blocage chez le client. La réaction du client indique ainsi que l'insistance du thérapeute a porté fruit.

5	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute fait une synthèse complexe mais compréhensible de ce qui a été compris aujourd'hui relativement aux besoins, à la personnalité, aux désirs et/ou à la dynamique du client. • Le thérapeute fait régulièrement des interventions qui aident à clarifier la dynamique du client : « <i>J'écoute ce que vous me dites aujourd'hui, et j'ai l'impression que ce que vous tentez de me dire, c'est que vous êtes habité par une peur écrasante de décevoir, de me décevoir, de décevoir votre conjointe et de décevoir votre patron.</i> » • Le thérapeute fait régulièrement des interventions qui permettent au client d'exprimer et de clarifier son besoin ou son désir : « <i>Je saisis bien votre sentiment selon lequel vos parents désirent que vous poursuiviez dans cette branche. Mais vous, quel est votre désir?</i> » • Le thérapeute s'intéresse régulièrement aux intentions/ affects/ pensées / fantasmes / désirs / besoins du client dans ses relations extra-thérapeutiques. Par exemple : « <i>Qu'est-ce que vous tentiez de lui communiquer?</i> »; « <i>Tu m'exprimes que ton conjoint semblait inquiet. Mais toi? Étais-tu inquiète?</i> »; « <i>J'entends quand tu me dis que ton conjoint n'aime pas l'incertitude. Mais est-ce aussi possible que ce soit toi qui ait davantage de difficulté à la tolérer, ce qui pourrait avoir contribué à ce que tu amènes votre relation dans un état de crise en disant/ faisant X</i> ». • Le thérapeute répond aux questions personnelles du client et donne son opinion. Toutefois, avant d'y répondre ou après y avoir répondu, il explore le sens de la question ou l'effet de sa réponse sur le client.
---	---

**Indicateur 9.
CENTRATION SUR LES BESOINS DU CLIENT**

Item 25

Thérapeute et client élaborent sur la base des contributions précédentes du partenaire, de sorte qu'il y a une continuité entre les contributions de chacun et une centration sur un élément central des contributions précédentes du partenaire.

1	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs des contributions du thérapeute ou du client donnent l'impression de 'sortir de nulle part'; elles ne sont pas clairement liées aux contributions précédentes. • L'échange entre thérapeute et client est souvent difficile à suivre en raison des ruptures thématiques laissées inexplorées. La suite de l'échange ou de la séance confirme que ces ruptures de direction indiquent une difficulté de compréhension entre les deux partenaires. • Le client fait du coq-à-l'âne et la dyade ne parvient pas à en élaborer le sens.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines des contributions du thérapeute ou du client donnent l'impression de 'sortir de nulle part'. • L'échange entre thérapeute et client est parfois difficile à suivre en raison des ruptures thématiques laissées inexplorées.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines des ruptures thématiques sont annoncées et/ou explorées, alors que d'autres sont laissées inexplorées. Ou encore, les ruptures thématiques sont régulièrement annoncées par le client, sans toutefois que la dyade parvienne à en élaborer le sens. • L'échange est généralement facile à suivre. Parfois, un élément central des contributions précédentes du partenaire est ignoré, sans qu'un retour sur cet élément ne soit réalisé plus tard dans la séance, de sorte que certains des aspects centraux de la dynamique relationnelle et de la représentation de soi du client ne sont pas explorés.
4	<ul style="list-style-type: none"> • S'il y a un changement brusque de thématique de la part du client, il est annoncé (ex. : « <i>Ça me fait penser à tel truc, je ne sais pas pourquoi, je comprends pas trop le rapport...</i> ») ou il est exploré (tout de suite ou plus loin dans la séance). Par exemple, le thérapeute dit : « <i>Quand on a abordé votre consommation de drogues, vous avez fait une blague et avez commencé à parler de votre colocataire... Comment pourrait-on comprendre ça?</i> » (Changement de thématique exploré). Autre exemple : Le client dit : « <i>Je faisais de la bicyclette en fin de semaine et c'était vraiment difficile</i> ». Le thérapeute répond : « <i>Avez-vous l'impression de pédaler ici?</i> » (Pas de rupture thématique, malgré le changement de direction entraîné). La dyade parvient régulièrement à élaborer le sens des ruptures thématiques. • Le client fait du coq-à-l'âne et la dyade parvient à en élaborer le sens.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapeute et client ciblent régulièrement un élément central des contributions précédentes du partenaire, ce qui permet d'explorer les aspects centraux de la dynamique relationnelle et de la représentation de soi du client. L'échange est facile à suivre. Il y a une continuité entre les contributions de chacun. • L'échange est généralement facile à suivre. À une ou deux occasions, un élément central des contributions précédentes du partenaire est ignoré, mais la dyade fait un retour sur cet élément plus tard dans la séance.

**Indicateur 9.
CENTRATION SUR LES BESOINS DU CLIENT**

Item 26

Le thérapeute formule ses interventions avec 'à propos' ('timing'), de sorte que le rythme de l'échange paraît adapté à la capacité de régulation affective, au tempérament et à l'état affectif transitoire du client.

Timing = Formuler les choses au moment où le client est prêt à l'entendre, donc ne se sent ni brusqué ni freiné dans son exploration. Si le timing est bon, le client devrait continuer d'élaborer avec affect, plutôt que de se refermer.

1	<ul style="list-style-type: none"> • Le discours du client est freiné par les questions multiples ou les commentaires du thérapeute. Le client montre des signes d'impatience ou de frustration. Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade. • Le client se braque de plus en plus, au fur et à mesure que le thérapeute intervient sur ses défenses ou ses résistances. Le client paraît inconfortable (<i>ex : inhibition, agitation, frustration, impatience, honte, regard dirigé vers le sol, mains qui se crispent, etc.</i>). Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade. • Les interventions du thérapeute tombent régulièrement à plat (<i>suscitent peu de montées d'affects</i>). Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade. • Le thérapeute intervient peu et/ou intervient maladroitement pour contenir le client, pour apaiser sa culpabilité/ sa honte ou pour aider le client à clarifier ses états affectifs transitoires, sans toutefois reconnaître sa maladresse et se réajuster. Le client demeure en détresse.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute formule quelques intervention(s) de manière précipitée, maladroite ou insistante, de sorte que le client semble brusqué ou inconfortable (<i>ex : inhibition, agitation, frustration, impatience, honte, regard dirigé vers le sol, mains qui se crispent, etc.</i>). Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade. Par exemple, le thérapeute ne dit pas : '<i>Oups, je pense que je vais un peu trop vite pour toi en ce moment, est-ce que ça se peut?</i>' • Les interventions du thérapeute tombent parfois à plat (<i>suscitent peu de montées d'affects</i>). Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade. • La dyade paraît parfois inconfortable, mal à l'aise. Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Le client demeure confus ou en détresse, bien que le climat affectif au sein de la dyade indique que la relation de confiance demeure. La dyade peut tolérer cette frustration ou ce délai à comprendre ce qui se passe. • Durant une partie de la séance, les interventions du thérapeute tombent à plat. Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade. Toutefois, en fin de séance, le thérapeute formule ses interventions avec à-propos, ce qui permet des montées d'affect authentiques chez le client. • À quelques occasions, les interventions du thérapeute tombent à plat, sont maladroites, précipitées ou insistantes; le client se braque ou se referme suite à l'intervention du thérapeute; ou le discours du client est freiné par les questions ou commentaires du thérapeute. Cela est réajusté ou exploré par la dyade. Par exemple : <i>Le thérapeute reconnaît que son intervention n'était pas juste ou à-propos et réoriente ses interventions. Ou encore, le thérapeute cesse d'être insistant dans ses interventions en voyant que le client se braque.</i> • La dyade paraît parfois inconfortable, mal à l'aise. Cela est réajusté ou exploré par la dyade.

4	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute formule ses interventions avec à-propos, ce qui permet des montées d'affect authentiques chez le client. Il y a quelques occasions où le timing du thérapeute est inadéquat, mais la dyade fonctionne suffisamment bien ensemble pour que cela soit toléré, réajusté ou exploré. À une ou deux occasions, le client devient anxieux suite à une intervention du thérapeute, puis se régule et poursuit son exploration. • La dyade paraît en général confortable, à l'aise, complice, collaborative.
5	<ul style="list-style-type: none"> • La dyade paraît particulièrement confortable, à l'aise, complice, collaborative. • Le thérapeute formule ses interventions avec à-propos. Suite aux interventions du thérapeute, le client maintient sa participation affective et verbale à l'échange. Il a régulièrement des montées d'affects authentiques en réponse aux interventions du thérapeute. • Le thérapeute s'adapte régulièrement à l'état affectif transitoire du client. Par exemple : <i>Si le client éprouve des affects dépressifs, le thérapeute adopte un ton plus posé, un débit de parole plus lent et/ou il devient silencieux. Si le client éprouve un affect de colère face à une injustice, le thérapeute fait des « hum hum » vigoureux avec quelques hochements de tête qui encouragent le client à continuer d'exprimer sa colère.</i> • Le thérapeute s'adapte régulièrement aux sensibilités du client. Par exemple : <i>Si l'échange porte sur un contenu apparaissant conflictuel pour le client (ex : la sexualité), le thérapeute est sensible aux signaux non verbaux du client pour évaluer s'il doit ralentir ou cesser l'exploration.</i>

**Indicateur 9.
CENTRATION SUR LES BESOINS DU CLIENT**

Item 27

Le thérapeute emploie un vocabulaire affectif diversifié et précis pour aider à clarifier l'expérience affective du client.

Exemples de mots affectivement chargés : culpabilité, honte, déception, regret, remord, humiliation, méfiance, agressivité, tristesse, désespoir, excitation, joie, amertume, rancune, etc.

1	<ul style="list-style-type: none"> Le vocabulaire affectif est souvent imprécis. Par exemple : « <i>Cela vous rend inconfortable</i> », alors que le client est en colère. Lorsqu'il est précis, il n'est pas ajusté à l'état affectif du client. Par exemple : « <i>Vous êtes déçu</i> », alors que le client est en colère. Le vocabulaire affectif est souvent imprécis et peu diversifié : « <i>Vous vous sentiez mal dans cette situation.</i> »; « <i>Vous trouviez cette situation difficile.</i> »; « <i>Vous souffrez dans cette situation.</i> ». Or, le niveau de vocabulaire affectif du client est plus précis et diversifié que ce que le thérapeute reflète.
2	<ul style="list-style-type: none"> Le thérapeute emploie généralement un vocabulaire affectif imprécis pour décrire l'expérience du client. Par exemple : « <i>Cela vous fait vous sentir mal</i> ». Le client répond bien à cette intervention, qui est ajustée à son niveau de vocabulaire affectif.
3	<ul style="list-style-type: none"> Le vocabulaire affectif est généralement précis et diversifié : « <i>Vous vous sentiez déçu ou frustré ou les deux?</i> » « <i>Je te sens enthousiaste et fébrile</i> »; « <i>J'entends ta tristesse. Est-ce possible que tu te sentes aussi honteux?</i> ». Or, cela semble agacer ou intriguer le client, qui n'a pas encore atteint ce niveau de vocabulaire affectif.
4	<ul style="list-style-type: none"> Le vocabulaire est généralement précis, mais peu diversifié. Par exemple, le thérapeute reflète principalement la colère. Or, cela correspond bien à l'émotion manifeste et dominante chez le client, qui répond bien à ces interventions.
5	<ul style="list-style-type: none"> Le vocabulaire affectif est généralement précis et diversifié : « <i>Vous ressentiez de la culpabilité à l'idée de dire non à votre mère</i> »; « <i>Vous semblez contrarié et frustré en ce moment</i> »; « <i>Cela vous enrage</i> »; « <i>Il y a de la colère. Se peut-il qu'il y ait aussi de la tristesse?</i> »; « <i>Vous vous sentiez déçu ou frustré ou les deux?</i> » « <i>Je te sens enthousiaste et fébrile</i> »; « <i>J'entends ta tristesse. Est-ce possible que tu te sentes aussi honteux?</i> ». Cela est ajusté au niveau de vocabulaire affectif du client, qui a des montées d'affect suite aux interventions du thérapeute et qui maintient sa participation active à l'exploration.

**Indicateur 9.
CENTRATION SUR LES BESOINS DU CLIENT**

Item 28

Les contributions du thérapeute témoignent d'une préoccupation pour la conflictualité et la complexité du psychisme du client, par exemple en étant sensible à l'ambivalence du client et aux phénomènes inconscients qui pourraient être impliqués dans ses difficultés ou encore en étant sensible aux nuances, aux différentes possibilités et en évitant d'avoir recours à la simplification lorsqu'il formule ses interventions.

L'attitude affective du thérapeute ressemble à : « *Nous avons chacun notre subjectivité propre et des dilemmes intérieurs. Nous ne pouvons pas être toujours conscients de ce qui nous amène à penser / ressentir / se comporter de X manière, car malgré nous, nous conservons certaines expériences cachées ou déguisées pour nous protéger. Néanmoins, ensemble, nous pouvons essayer de mieux comprendre.* »

1	<ul style="list-style-type: none"> • En général, le thérapeute recourt à la simplification pour qualifier l'expérience du client, manque de nuances dans ses interventions, fait des généralisations abusives, se ferme aux différentes explications possibles ou présume de l'expérience du client sur la base de l'expérience de la majorité des clients qui ont le même trouble psychologique que lui. Le client se referme, devient irrité ou apporte des nuances majeures à l'intervention du thérapeute. Cela fait en sorte que l'exploration de comment l'expérience du client est différente et unique prend fin prématurément. • En général, le thérapeute se centre uniquement sur le contenu verbal conscient exprimé par le client, sans faire référence aux phénomènes inconscients qui pourraient être impliqués dans les difficultés du client et sans référence à l'ambivalence du client, qui semble présente. Le client se referme, devient irrité ou apporte des nuances majeures à l'intervention du thérapeute. • Le thérapeute soulève l'ambivalence du client d'une manière qui traduit un jugement ou un reproche. Le client se referme, devient irrité ou apporte des nuances majeures.
2	<ul style="list-style-type: none"> • En général, le thérapeute recourt à la simplification pour qualifier l'expérience du client, manque de nuances dans ses interventions, fait des généralisations abusives, se ferme aux différentes explications possibles ou présume de l'expérience du client sur la base de l'expérience de la majorité des clients qui ont le même trouble psychologique que lui. Le client demeure dans un mode de pensée clivé, ce à quoi il réagit sans inconfort. • En général, le thérapeute se centre uniquement sur le contenu verbal conscient exprimé par le client, sans faire référence aux phénomènes inconscients qui pourraient être impliqués dans les difficultés du client et sans référence à l'ambivalence du client, qui est présente. Le client demeure dans un mode de pensée clivé, ce à quoi il réagit sans inconfort. • Le thérapeute est régulièrement sensible aux nuances et ouvert aux différentes explications possibles. Ou encore, il s'intéresse souvent à l'ambivalence du client et aux phénomènes inconscients. Cela semble agacer le client. Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute est régulièrement sensible aux nuances et ouvert aux différentes explications possibles. Ou encore, le thérapeute s'intéresse souvent à l'ambivalence du client et aux phénomènes inconscients. Cela semble agacer le client. Cela est réajusté ou exploré par la dyade. <i>Par exemple : Le thérapeute indique ne pas se sentir prêt à répondre à la question du client, car la dyade n'a pas encore compris tout ce qui se passe pour le client et qu'à ce stade, une piste de solution serait précipitée, bien que la dyade ait des pistes de réflexion. Le client</i>

	<p><i>réagit avec frustration ou déception et exprime un sentiment de solitude et d'anxiété à l'idée de ne pas savoir encore quoi faire pour améliorer les choses.</i></p>
4	<ul style="list-style-type: none"> Le thérapeute parvient à faire des références à l'inconscient, ou encore des reflets sur l'ambivalence du client, qui est présente. Toutefois, il manque de persévérance ou de régularité dans ses interventions pour expliciter la conflictualité et la complexité psychiques du client. Lorsqu'il y réfère, le client le tolère et/ou élabore sur sa complexité/ son ambivalence.
5	<ul style="list-style-type: none"> Le thérapeute est régulièrement sensible aux nuances et ouvert aux différentes explications possibles. Cela semble réconfortant, apaisant, rassurant pour le client. Il persévère régulièrement dans ses interventions pour expliciter la complexité psychique du client. Lorsqu'il y réfère, le client le tolère et/ou élabore. Le thérapeute pourrait dire : « <i>C'est peut-être plus complexe qu'on pense...</i> »; « <i>Je pense qu'il y a plusieurs éléments importants dans ce que vous venez de me raconter... ça pourrait être plusieurs choses, comme X ou X</i> »; « <i>Je pense qu'on ne sait pas encore...</i> ». Le thérapeute s'intéresse régulièrement à l'ambivalence du client et aux phénomènes inconscients. Cela semble réconfortant, apaisant, rassurant pour le client. Il persévère régulièrement dans ses interventions pour expliciter l'ambivalence du client. Lorsqu'il y réfère, le client le tolère et/ou élabore. Le thérapeute pourrait dire : « <i>Se pourrait-il qu'il y ait une partie de vous qui avait envie de vous saboter?</i> »; « <i>Se pourrait-il qu'il y ait une partie de vous qui souhaitait la rassurer, mais une autre partie de vous qui souhaitait parvenir à inquiéter votre mère?</i> »; You seem to have a conviction that you are bad. You're angry about that, and you're handling that anger by saying that I am the one who is bad, and that it's my anger that causes yours. Could you imagine that both you and I could be some combination of good and bad and that that wouldn't have to be such a big deal? / [Traduction] « <i>Vous semblez porter la conviction selon laquelle vous êtes mauvais. Cela vous fâche. Et vous gérez cette colère en disant que je suis celle qui est mauvaise, et que c'est ma colère qui cause la vôtre. Pourriez-vous imaginer qu'autant vous que moi avons une certaine combinaison de bon et de mauvais, et que c'est peut-être correct?</i> »; « <i>I'm trying to do right by you as your therapist, and I find myself feeling in a bind. I worry that if I do X, I'll be unhelpful in one direction, and if I do Y, I'll disappoint you in another.</i> / [Traduction] <i>Je suis votre thérapeute et j'essaie de prendre soin de vous. Je me retrouve actuellement dans une position où je me sens coincée. Je m'inquiète, car si je fais X, je ne serai pas aidante à X niveau, alors que si je fais Y, je risque de vous décevoir de Y manière.</i> »; « <i>Tu m'exprimes que ton conjoint semblait inquiet. Mais toi? Étais-tu inquiète?</i> »; « <i>J'entends quand tu me dis que ton conjoint n'aime pas l'incertitude. Mais est-ce aussi possible que ce soit toi qui ait davantage de difficulté à la tolérer, ce qui pourrait avoir contribué à ce que tu amènes votre relation dans un état de crise en disant/ faisant X</i> »; Le thérapeute remarque et souligne l'intérêt de la connexion que le client fait entre son trauma récent et la mort de son père.; « <i>Peut-être que tu es fâché contre toi-même?</i> »

Indicateur 10.
CONDITIONS SÉCURISANTES MISES EN PLACE PAR LE THÉRAPEUTE

Item 29

L'attitude du thérapeute évoque une préoccupation bienveillante sincère pour le client lorsqu'il formule ses interventions.

Cet item est axé sur l'attitude affective du thérapeute envers le client, mais pas sur le contenu verbal de ses interventions. L'attitude du thérapeute ressemble à : Je me soucie de toi, de ce qui t'arrive, de ce que tu souhaites et de ce qui te fait souffrir.

1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude du thérapeute ressemble à : Je n'arrive pas à te faire sentir et te communiquer que je me soucie de toi, de ce qui t'arrive, de ce que tu souhaites et de ce qui te fait souffrir. Je n'ai pas l'air touché. Je reste distant et peu démonstratif.</i> • Le thérapeute est souvent analytique, froid, désengagé affectivement lorsqu'il formule ses interventions. Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade. <i>Par exemple : ton de voix peu malléable malgré les différentes expériences affectives apportées par le client. Le thérapeute nomme les émotions du client sans ajuster son ton de voix, son débit de parole, la gestuelle de ses mains et ses expressions faciales à l'émotion dont il parle dans son intervention. Le thérapeute ne s'anime pas lors de la formulation de ses interventions.</i> • Le thérapeute est séducteur ou passif-agressif. Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade.
2	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude du thérapeute ressemble à : En général, je suis dépassé par ce que tu me partages, donc peu aidant. Ou encore, je suis maternant ou infantilisant.</i> • Lorsqu'il formule ses interventions, le thérapeute devient souvent agité ou débordé par la charge affective qu'il ressent face ce que le client lui apporte. Son engagement affectif est trop grand. Le thérapeute réagit souvent avec plus de vigueur et d'intensité que le client, réagit « à la place » du client, ce qui rend le client inconfortable (<i>ex : inhibition, agitation, frustration, impatience, honte, regard dirigé vers le sol, mains qui se crispent, etc.</i>). Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade. • La charge affective du thérapeute est souvent de même nature et intensité que celle du client. Il n'a pas de recul face à l'expérience du client. Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade. • Le thérapeute est souvent maternant ou infantilisant. Cela n'est pas réajusté ou exploré par la dyade.
3	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude du thérapeute ressemble à : En général, je suis touché et je parviens à te communiquer que je me soucie de toi, de ce qui t'arrive, de ce que tu souhaites et de ce qui te fait souffrir. Si je deviens distant, dépassé, maternant ou infantilisant (voir points d'ancrage 1 et 2), nous l'explorons ensemble afin de nous réajuster.</i> • <i>Par exemple : à une occasion, le thérapeute devient passif-agressif avec le client, puis s'excuse et favorise une exploration de ce qui vient de se passer entre eux. Si le thérapeute pleure en écoutant le client, il est sensible à l'effet qu'il a sur le client.</i>
4	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude du thérapeute ressemble à : Je me soucie de toi, de ce qui t'arrive, de ce que tu souhaites et de ce qui te fait souffrir. Je demeure aidant. Toutefois, je conserve une distance émotionnelle dans le lien.</i> • Le thérapeute est bienveillant, mais a tendance à demeurer neutre et distant affectivement. Il fait preuve d'empathie intellectuelle dans sa manière de se mettre à la place du client, parvenant à aider adéquatement et significativement à mettre en mots l'expérience du client, sans toutefois parvenir à communiquer son empathie avec affectivité et chaleur.

5	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude du thérapeute ressemble à : Je me soucie de toi, de ce qui t'arrive, de ce que tu souhaites et de ce qui te fait souffrir. Ça me touche. Je demeure aidant. N.B. : Le thérapeute n'a pas besoin de présenter une charge affective exactement de même nature et intensité que celle que le client lui rapporte. Il offre une attitude calme, mais ses interventions demeurent teintées d'une charge affective qui indique qu'il est touché.</i> • Par exemple : Le thérapeute apporte une couverture au client ou lui en propose une, voyant qu'il a froid. Le thérapeute rapproche la boîte de kleenex du client, voyant que celui-ci pleure mais n'en prend pas. • Le thérapeute est généralement chaleureux sans être maternant, infantilisant ou séducteur. Lorsqu'il formule ses interventions, le thérapeute paraît en général engagé affectivement, c'est-à-dire qu'il paraît sincèrement touché par ce que le client lui apporte, spontané, vivant. Les affects du thérapeute sont généralement cohérents avec les propos empathiques qu'il tient envers le client. <i>Par exemple : avance parfois son corps en direction du client + contact visuel soutenu dirigé vers le client + prend le temps de prononcer chaque mot de son intervention plus lentement + ton de voix empathique + gestuelle des mains cohérentes avec les propos + expressions faciales cohérentes avec les propos.</i> • Parfois, le thérapeute est suffisamment touché pour avoir les larmes aux yeux. L'effet de ce partage d'affects sur le client est exploré. Cela ne semble pas avoir d'impact négatif (<i>inconfort, malaise, inhibition</i>) sur le client, qui continue d'élaborer avec affect.
---	--

Indicateur 10.
CONDITIONS SÉCURISANTES MISES EN PLACE PAR LE THÉRAPEUTE

Item 30

L'attitude du thérapeute évoque une acceptation sincère du client dans l'ensemble de son expérience subjective, sans toutefois se montrer complaisant face aux représentations pathogènes du client.

L'attitude affective du thérapeute ressemble à : *Peu importe ce que tu vis, je peux t'entendre et je continue de te considérer comme une personne digne de respect et d'amour.*

Exemples de représentations pathogènes : *Je ne suis pas aimable; je suis une victime; je suis un raté; les gens sont malveillants; les gens finissent toujours par partir.*

1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude affective du thérapeute ressemble à : Certains éléments de ton fonctionnement ne sont pas valables, respectables et dignes d'amour. Ma perception de toi change, pour le pire.</i> • Le thérapeute désapprouve le client, critique le client, émet un jugement de valeur sur sa personne, <i>critique sa façon de penser de manière invalidante</i> ou emploie une formulation accusatrice pour refléter le fonctionnement pathogène du client.
2	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude affective du thérapeute ressemble à : Certains éléments de ton fonctionnement qui sont immoraux, pervers ou déviants ne sont pas valables, respectables et dignes d'amour. Ma perception de toi change, pour le pire. Ou bien, lorsque je parviens à confronter une représentation pathogène, je le fais maladroitement et je ne parviens pas à réparer.</i> • Le thérapeute accueille le client dans son expérience de tristesse, mais se ferme systématiquement ou devient confrontant avec le client lorsqu'il lui partage une expérience de colère. • Le thérapeute accueille souvent le client dans son expérience, sauf lorsque le client lui partage des pensées qui sont immorales ou déviantes, qui sortent de la "norme", auquel cas le thérapeute paraît choqué, invalidant, critique, désapprobateur, normalisant. • Le thérapeute n'est pas complaisant, mais sa manière de formuler ses interventions pour confronter une représentation pathogène du client brusque le client et traduit un jugement ou un reproche. Le thérapeute tolère plutôt que d'accueillir cette expérience du client. Il ne reconnaît pas sa maladresse.
3	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude affective du thérapeute ressemble à : Certains éléments de ton fonctionnement m'agacent ou me rendent inconfortable, mais je tente de me rattraper ou de garder mon professionnalisme. Si je gaffe (brusque le client ou confronte sa représentation pathogène d'une manière qui traduit un jugement ou un reproche), je répare.</i> • <i>Ou encore, je suis en général complaisant; je ne parviens pas à t'aider à te remettre en question. Si je le fais, je me retire prématurément de l'exploration.</i>
4	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude affective du thérapeute ressemble à : Peu importe ce que tu vis, je peux t'entendre et je continue de te considérer comme une personne digne de respect et d'amour. J'accueille généralement ton expérience, sans pour autant valider tes représentations pathogènes. Toutefois, je demeure complaisant à quelques occasions, voyant que tu n'es pas prêt à te remettre en question.</i>
5	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude affective du thérapeute ressemble à : Peu importe ce que tu vis, je peux t'entendre et je continue de te considérer comme une personne digne de respect et d'amour. De plus, je parviens à t'aider à te remettre en question avec doigté, sans complaisance.</i> • Le thérapeute est validant et témoigne d'une ouverture d'esprit face à la manière dont le client ressent/ pense/ agit, sans toutefois être complaisant. Par exemple : <i>Le thérapeute remet en</i>

question avec bienveillance la posture de victime absolue que le client adopte; « Je peux comprendre que vous vous soyez senti comme ça, car c'est ce que vous avez connu jusqu'à maintenant. Maintenant, pourrions-nous imaginer que votre ami n'avait pas d'intention malveillante en faisant X? Quelle autre explication est possible? »; « I can see why you thought the man intended to cut you off, but another possibility is that he'd had a fight with his boss and would have been driving like a maniac no matter who was on the road / [Traduction] Je peux comprendre votre colère face au manque de respect que vous avez senti chez ce conducteur qui vous a coupé sur la route. Cela vous a fait sentir insignifiant. C'est douloureux. Vous méritez le respect, bien sûr! Mais je me soucie de votre sécurité. Qu'est-ce que cela vous coûterait de ne pas agir sur le coup de votre colère? »

- Le thérapeute accueille l'expérience du client sans devenir choqué ou alarmé par ce que le client lui apporte. Par exemple: A man falls into a miserable silence and when prodded confesses that he is responsible for the carnage in the Middle East. The therapist responds, "It must be terrible to carry that burden of guilt. In what way are you responsible? / [Traduction] Le client exprime se sentir responsable du carnage au Moyen-Orient. Le thérapeute répond : « Cela doit être affreux que de porter un tel fardeau de culpabilité. De quelle manière êtes-vous responsable de ce carnage? »
- N.B. : Si le client est dans un état psychologique qui nécessite une prise en charge d'urgence (manie, délire, suicidaire avec risque immédiat, homicidaire avec risque immédiat), ne pas pénaliser le thérapeute s'il paraît inquiet des propos du client et agissant face à ces propos.

Indicateur 10.
CONDITIONS SÉCURISANTES MISES EN PLACE PAR LE THÉRAPEUTE

Item 31

Le thérapeute formule ses interventions avec tact, doigté et délicatesse.

L'attitude affective du thérapeute ressemble à : *Je ne veux pas te blesser, je veux prendre soin de tes sensibilités.*

Ne pas pénaliser le thérapeute si, malgré son tact, le client éprouve un peu de honte ou de culpabilité lorsqu'ils abordent des sujets sensibles pour lui. Ne pas confondre le fait que le client est blessé par une maladresse du thérapeute vs un sentiment de honte découlant du fait d'être mis en contact avec un élément de son expérience qui n'est pas 'beau', sans toutefois devenir débordé.

1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude affective du thérapeute ressemble à : Je ne parviens pas à prendre soin de tes sensibilités, car je suis rigide, insistant, invalidant ou blessant.</i> • À plusieurs occasions, le thérapeute se montre brusque, agacé ou impatient avec le client, formule une intervention qui minimise l'intensité de la détresse du client ou s'acharne à faire accepter une interprétation au client. Son manque de tact ou sa maladresse n'est pas réajusté ou exploré par la dyade.
2	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude affective du thérapeute ressemble à : Je ne parviens pas à prendre soin de tes sensibilités, car je suis régulièrement maladroit, insécure ou mal à l'aise.</i> • À plusieurs occasions, le thérapeute formule des interventions maladroites, invalidantes ou insistantes, qui ne respectent pas l'émotion, l'intensité de la détresse, le niveau défensif ou le besoin du client. Son manque de tact ou sa maladresse n'est pas réajusté ou exploré par la dyade. • Le thérapeute devient mal à l'aise et maladroit en observant que le client est mal à l'aise. Ce malaise n'est pas réajusté ou exploré par la dyade.
3	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude affective du thérapeute ressemble à : Je ne veux pas te blesser, je veux prendre soin de tes sensibilités. Toutefois, il m'arrive d'être maladroit, insécure ou mal à l'aise, maladresse ou malaise que nous parvenons à nommer et désamorcer ensemble.</i> • À une ou deux occasions, le thérapeute formule une intervention maladroite, invalidante ou insistante, qui ne respecte pas l'émotion, l'intensité de la détresse, le niveau défensif ou le besoin du client. Son manque de tact ou sa maladresse est réajusté ou exploré par la dyade. Par exemple : "Ouf, je pense que je te brusque en ce moment, han?" Client : "Oui un peu". Thérapeute : "Je m'excuse. Attends, laisse-moi penser à pourquoi je suis devenue brusque." • Le thérapeute devient mal à l'aise et maladroit en observant que le client est mal à l'aise. Cela est réajusté ou exploré par la dyade.
4	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le L'attitude affective du thérapeute ressemble à : Je ne veux pas te blesser, je veux prendre soin de tes sensibilités. Toutefois, je passe à côté de certains de tes besoins/ émotions / sensibilités/ mécanismes de protection.</i> • Le tact du thérapeute paraît généralement authentique. Le thérapeute formule souvent ses interventions d'une manière qui rejoint et respecte le niveau défensif et le besoin du client, mais qui ne rejoint pas tout à fait l'émotion et l'intensité de la détresse, ou encore qui ne rejoint pas le niveau défensif ou le besoin du client.
5	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'attitude affective du thérapeute ressemble à : Je ne veux pas te blesser, je veux prendre soin de tes sensibilités. Je saisis bien tes besoins/ émotions / défenses. J'y parviens même lorsqu'on aborde des sujets sensibles pour toi.</i>

- Le tact du thérapeute paraît généralement authentique. Le thérapeute formule ses interventions avec doigté, délicatesse, souci pour les sensibilités personnelles et pour l'estime de soi du client. Il formule régulièrement ses interventions d'une manière qui rejoint et respecte l'état mental affectif (émotion, intensité de la détresse, niveau défensif, besoin) du client.

**Indicateur 11.
INDICES SÉCURISANTS CHEZ LE CLIENT**

Item 32

Le client fait preuve d'une volonté de collaborer au travail clinique et de s'abandonner au processus thérapeutique en acceptant d'"aller là où il ne s'attendait pas". Il parvient à avoir accès à un contenu auquel il n'avait jamais pensé auparavant ou à établir un nouveau lien inattendu ou surprenant, ce qui paraît utile pour lui.

L'esprit de cet item est : Je ne pensais pas aller là aujourd'hui, mais allons-y, ça m'intrigue.

1	<ul style="list-style-type: none"> • Le client s'interrompt ou hésite à poursuivre son fil de pensées, puis malgré les invitations du thérapeute à poursuivre son élaboration, il évite : « <i>Non, ce n'est rien; Ce n'est pas important</i> ». • Le client pourrait dire : « <i>Je ne sais pas pourquoi, mais je viens de penser à X</i> », puis rejette l'exploration de ce contenu, malgré les invitations du thérapeute à poursuivre son élaboration. • Le client refuse de s'intéresser à son lapsus. • Par exemple, après que le thérapeute ait souligné l'intérêt de l'association que le client fait entre son trauma récent et la mort de son père, le client pourrait répondre : « <i>C'est très intelligent de votre part de soulever ce lien. Mais il n'y a aucun lien entre les deux</i> ».
2	<ul style="list-style-type: none"> • Le client met en place un discours volubile qui court-circuite la possibilité qu'émergent des souvenirs, pensées ou affects inattendus. • Les défenses du client court-circuitent la possibilité qu'émergent des souvenirs, pensées ou affects inattendus. Le client ne reconnaît pas être fermé.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Le client fait un nouveau lien qui lui paraît en partie utile, en partie rationnel plutôt que ressenti. Avec ou sans l'aide du thérapeute, il ne parvient pas à clarifier ses incertitudes quant à la pertinence de ce lien. • Le discours volubile du client et sa signification est réajusté ou exploré par la dyade. Par exemple : "Je sens que ça va vite dans ta tête. J'ai un peu de difficulté à te suivre en ce moment." • Le client reconnaît qu'il est résistant, mais il le demeure. Par exemple : "Je sais que c'est sûrement défensif, mais je ne veux pas qu'on parle de ça aujourd'hui. Thérapeute : "Est-ce que tu sens qu'il y aurait un coût à ne pas le faire? Par exemple te retrouver seule à gérer cela plus tard aujourd'hui ou cette semaine?" Client : "Mmmmm. Je ne sais pas. C'est possible. Mais je ne m'en sens pas capable aujourd'hui." Thérapeute. "Ok." • La tristesse du client émerge, alors qu'il cherche habituellement à l'inhiber ou la contrôler. Le client procède alors à une répression de sa tristesse. Il accepte de s'intéresser à cette défense.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Le client fait un nouveau lien qui lui paraît en partie utile, en partie rationnel plutôt que ressenti. Avec ou sans l'aide du thérapeute, il parvient à clarifier ses incertitudes quant à la pertinence de ce lien. • Le client s'interrompt ou hésite à poursuivre son fil de pensées. Suite aux invitations du thérapeute, le client collabore et s'exprime. • Le thérapeute observe que le client est 'parti' dans ses pensées. Il lui demande s'il souhaite partager ce à quoi il a pensé ou ce qu'il a ressenti à cet instant précis. Le client accepte d'élaborer.

	<ul style="list-style-type: none"> • La tristesse du client émerge, alors qu'il cherche habituellement à l'inhiber ou la contrôler. Le client tolère et élabore sur cette tristesse. Aucune surprise particulière n'émerge, mais le client accepte de s'abandonner au processus en tolérant l'émergence de sa tristesse.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Le client fait un lien nouveau qui lui paraît utile et ressenti. La pertinence de ce lien lui apparaît claire et il l'élabore. • Le client s'intéresse à sa chaîne d'associations : « <i>Je ne sais pas pourquoi, mais je viens de penser à X</i> », puis s'intéresse à ce contenu et/ou aux liens entre ses associations. • Le client fait un lapsus. Il s'intéresse de lui-même à la signification possible de ce lapsus ou le fait suite aux invitations du thérapeute. • Lorsque le client s'interrompt ou hésite à poursuivre son fil de pensées, il reprend de lui-même après un moment en s'intéressant à son hésitation et/ou en nommant le contenu qu'il a inhibé. Par exemple : « <i>C'est drôle/ bizarre, je m'en allais dire X, je ne sais pas pourquoi.... Peut-être que c'est parce que X...</i> »

Indicateur 11.
INDICES SÉCURISANTS CHEZ LE CLIENT

Item 33

Les contenus (*affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements*) explorés paraissent avoir une charge affective pour le client, qui la tolère et l'élabore.

N.B. : Cette charge affective peut être de l'ordre de diverses émotions : tristesse (*pleurs, débit de parole lent, épaules repliées vers l'avant*), colère (*débit de parole rapide, haussement du ton de voix, agitation du corps, plisser le front*), culpabilité (*regard vers le sol*), honte (*rougir, évitement du contact visuel, regard vers le sol*), dégoût (*moue de la bouche, mouvement de recul de la tête et/ou du corps*), joie (*sourire, rire*), peur (*crispation, blêmir, sueurs, frissons, respiration rapide*), etc.

1	<ul style="list-style-type: none"> • L'affect du client est généralement plat ou émoussé. • Le client recourt régulièrement à l'intellectualisation, à la répression, à une isolation des affects ou à tout autre mécanisme qui bloque l'accès aux affects. Il y a peu de montées d'affects dans la séance.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Régulièrement, le client vit la montée d'un affect, puis la repousse, l'ignore, la bloque, change de sujet. Malgré les invitations du thérapeute à l'élaborer, le client refuse. • Le client exprime souvent un contenu agressif en souriant ou en riant nerveusement. Puis, il ne reconnaît pas son ambivalence à ressentir son agressivité. • Le client répond aux questions du thérapeute de manière défensive, en bloquant un accès accru à ses affects, qui sont néanmoins manifestes. Par exemple : <i>la cliente met en échec les efforts de la dyade pour élaborer ses angoisses relativement à la possibilité de devenir mère et elle demeure braquée durant toute la séance.</i>
3	<ul style="list-style-type: none"> • Parfois, le client vit la montée d'un affect, puis la repousse, l'ignore, la bloque, change de sujet. D'autres fois, il tolère et élabore ses montées d'affects. • Le client exprime un contenu agressif en souriant ou en riant nerveusement. Avec le soutien du thérapeute ou encore par lui-même, il reconnaît, voire explore son agressivité. • Le client recourt fréquemment à l'intellectualisation ou la rationalisation. Il reconnaît ses affects, de lui-même ou avec le soutien du thérapeute, sans toutefois les ressentir pleinement.
4	<ul style="list-style-type: none"> • La charge affective est généralement présente, mais subtile et se manifeste par des désirs, des envies, des mouvements d'inhibition. Il n'y a pas de montées d'affects notables (accrues), mais le discours du client est généralement incarné (<i>c'est-à-dire que les affects exprimés sont ressentis comme authentiques</i>). • L'affect est souvent débordant (le client est envahi). Le client le tolère et l'élabore. Il cherche à en comprendre le sens, même s'il ne sait pas encore ce qui le touche autant. • Régulièrement, le client tolère et élabore sa tristesse, mais en général, il reconnaît peu sa colère, alors qu'elle est aussi manifeste.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Le client tolère, reconnaît et élabore la plupart des montées d'affects, quelle que soit la nature de l'affect. Il y a généralement cohérence entre le contenu verbal et non verbal. Le discours du client est généralement incarné (<i>c'est-à-dire que les affects exprimés sont ressentis comme authentiques</i>). • Il y a des montées d'affects notables (accrues). Le client les tolère, les reconnaît et les élabore, que ce soit de manière autonome ou avec l'aide du thérapeute. • Les quelques fois où l'affect du client est débordant, le client le tolère et l'élabore.

Indicateur 12.
ÉMERGENCE D'ÉLÉMENTS NOUVEAUX ET/OU SURPRENANTS

Item 34

Thérapeute et/ou client fait des commentaires évoquant que le client a pris un risque en abordant avec le thérapeute un contenu (*affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements*) auparavant évité.

1	<ul style="list-style-type: none"> Thérapeute et/ou client ne montre aucun signe de surprise face à ce qui émerge de l'échange. De plus, le client est méfiant envers le thérapeute. Par exemple : Le client dit : « <i>Je ne sais pas si je devrais vous en parler</i> »; « <i>Je ne suis pas certain que je devrais répondre à cette question</i> ». Le client paraît éprouver un plaisir non bienveillant à mentionner au thérapeute qu'il lui a menti ou lui a caché des choses par le passé.
2	<ul style="list-style-type: none"> Le client reste dans la retenue, la répression et/ou le manque de spontanéité la majorité de la séance. Le client semble hésitant à élaborer davantage sur un thème. Il ne prend finalement pas de risque. Par exemple : « <i>laissez tomber, c'est sans lien</i> ». Le client a des capacités de mentalisation déficitaires. Il fait des efforts d'exploration avec une attitude collaborative, mais verbalise ne pas savoir comment répondre, quoi répondre ou verbalise trouver difficile de répondre, car il ne sait pas ce qu'il ressent.
3	<ul style="list-style-type: none"> Le client arrive à verbaliser des affects/ pensées/ comportements qui sont associés pour lui à de la honte, des regrets ou des remords. Toutefois, il exprime ensuite regretter cette confiance. Le client devient dans la retenue suite à une attitude insistante et empressée de la part du thérapeute à explorer l'expérience du client en profondeur. Son inconfort est exploré, mais demeure notable.
4	<ul style="list-style-type: none"> Le client parle rapidement d'avoir été agressé(e) sexuellement. Il peut glisser cela au passage, sans paraître tout à fait prêt à aborder cet élément nouveau. Le client parle pour la première fois de son sentiment d'avoir été négligé durant son enfance. Il est surpris et incertain de vouloir élaborer. Ou encore, il élabore sur ce thème, tout en demeurant parfois dans la retenue ou en réprimant parfois les montées d'affects ou en exprimant ne pas pouvoir "aller là". Avec le soutien non insistant du thérapeute, il élabore. Le client tente d'explorer sa défense. Par exemple, Client : « <i>J'ai pensé parler de X, mais non je ne peux pas.</i> » Thérapeute : « <i>Qu'est-ce qui vous en empêche?</i> » Client : « <i>C'est la honte, je vais tellement ressentir de honte...</i> ». Il maintient sa participation à l'exploration. La conversation est fluide, spontanée, émotive. Le client adopte une attitude confiante envers le thérapeute. Le client prend le risque de sortir de son état défensif et de participer à l'exploration de son enfance ou de son sentiment d'être insuffisant, par exemple. Il demeure collaborant pour le reste de la séance.
5	<ul style="list-style-type: none"> Le client confie avec une attitude collaborative avoir menti ou omis certaines informations par le passé. Par exemple : « <i>Vous vous rappelez quand je vous ai dit X, eh! bien je ne vous ai pas tout dit... Je n'étais pas prêt. Et maintenant je peux vous dire que la vérité c'est que.</i> »; « <i>Je ne savais pas en entrant si j'allais vous en parler ou non, je n'étais pas sûr de comment vous alliez réagir, mais finalement je l'ai fait</i> ». Le client peut paraître surpris/ satisfait/ soulagé de formuler la vérité aujourd'hui au thérapeute.

- Le client arrive à verbaliser des affects/ pensées/ comportements qui sont associés pour lui à de la honte, des regrets ou des remords. Par exemple, le client pourrait dire : « *C'est la première fois que je parle autant de mon expérience d'abus à quelqu'un* »; « *J'ai fait une crise, comme un enfant de 3 ans* »; « *J'ai presque couché avec lui, ça me dégoûte* ».
- Le client avoue son transfert amoureux au thérapeute. Le client peut paraître surpris/ satisfait/ soulagé d'avoir fait cette confiance au thérapeute.
- Le thérapeute fait des remarques sur l'intérêt ou la nouveauté du contenu évoqué et fait des invitations à en dire plus. Par exemple, le thérapeute dit : « *Tiens, c'est intéressant/ nouveau ça* »; « *Je pense que vous avez nommé quelque chose d'essentiel lorsque vous avez mentionné X tantôt* »; « *Ça mériterait qu'on y revienne, si vous êtes d'accord* »

Indicateur 12.
ÉMERGENCE D'ÉLÉMENTS NOUVEAUX ET/OU SURPRENANTS

Item 35

Thérapeute et client parviennent à avoir accès à un contenu (*affects, besoins, pensées, désirs, fantasmes, souvenirs, comportements*) particulièrement chargé affectivement et/ou fondamental pour mieux comprendre la dynamique du client, de sorte qu'un élément éclairant, nouvellement accessible et crucial au traitement du client vient d'être ciblé.

Cet item est axé sur l'atteinte d'une compréhension profonde, complexe et émotionnelle d'un élément central à la dynamique du client.

1	<ul style="list-style-type: none"> Thérapeute et/ou client ne montre aucun signe de surprise face à ce qui émerge de l'échange. De plus, l'exploration tourne en rond, demeure confuse et ne permet pas d'ajouter d'élément de compréhension important à la dynamique du client.
2	<ul style="list-style-type: none"> Le client est dans la retenue, la répression et/ou le manque de spontanéité la majorité de la séance. Le client est défensif et le demeure la majorité de la séance. Le client a des capacités de mentalisation déficitaires. Il fait des efforts d'exploration avec une attitude collaborative, mais verbalise ne pas savoir comment répondre, quoi répondre ou verbalise trouver difficile de répondre, car il ne sait pas ce qu'il ressent.
3	<ul style="list-style-type: none"> Le client arrive à mieux comprendre un élément fondamental et cela s'accompagne d'une montée d'affect. Toutefois, il exprime ensuite regretter d'avoir dévoilé cette information ou bien devient méfiant ou honteux. Par exemple, le client dit : '<i>Je me sens en échec parce que je n'arrive pas à débloquer de mes patterns</i>'. Le client a un moment de pleurs débordant, ce qui est nouveau et surprenant pour lui, mais exprime ne pas savoir pourquoi il pleure. L'exploration ne permet pas de mieux comprendre sa tristesse.
4	<ul style="list-style-type: none"> Le client découvre avec surprise et intérêt l'importance d'un aspect jusqu'ici mal formulé de son monde interne. Par exemple, le client prend conscience que son Self est vide. Cela ne s'accompagne pas d'une montée d'affect. Sa compréhension semble principalement intellectuelle, mais il paraît convaincu de cette nouvelle piste. Le client a un insight. Il est surpris et incertain de vouloir élaborer. Avec le soutien du thérapeute, il élabore. Le client tente d'explorer sa défense. Par exemple, Client : « <i>Je sens que X est vraiment un événement fondamental, mais je ne peux pas en parler avec vous.</i> » Thérapeute : « <i>Pourquoi, qu'est-ce qui vous en empêche?</i> » Client : « <i>C'est la honte, je vais tellement ressentir de honte...</i> »; « <i>Parce que je ne sais pas encore si je peux vous faire confiance...</i> » L'exploration demeure fluide, spontanée, émotive, et permet d'ajouter à la compréhension du client, sans toutefois qu'un élément particulièrement révélateur ou fondamental n'émerge, qui susciterait un insight ou un sentiment de surprise ou de révélation chez le client. Par exemple : <i>Le client parle de son sentiment d'avoir été négligé par son père et élabore sur la manière dont cela peut avoir affecter ses relations amoureuses avec des hommes. Bien qu'important, cet élément de compréhension ne suscite pas de surprise ou de montée d'affects plus intense que d'habitude.</i>
5	<ul style="list-style-type: none"> Le client découvre avec surprise et intérêt l'importance d'un aspect jusqu'ici mal formulé de son monde interne. Cela s'accompagne d'une montée d'affect.

- Le client prend conscience de la profondeur d'une de ses blessures, de la profondeur de son attachement à quelqu'un ou d'une émotion refoulée à laquelle il ne s'attendait pas. Cela s'accompagne de la montée d'un affect. Par exemple, le client dit : « *Wow... Je ne pensais pas que l'événement X avait pu m'affecter de X manière* » ou « *Je me rends vraiment compte en ce moment que mon conjoint est ultra important pour moi... (en pleurant ou en étant très ému)* » ou « *Pour vrai... c'est à cause de cet abus que j'ai autant de difficultés à faire confiance aujourd'hui* »
- Le client fait l'expérience d'un insight, une sorte de moment d'épiphanie où un nœud paraît dénoué et cela s'accompagne de la montée d'un affect. Thérapeute et/ou client semble(nt) éprouver un sentiment de révélation. Par exemple : « *Ok, les fils dans mon cerveau viennent de se toucher. C'est exactement ça. Wow... C'est ce qui se passe aussi lorsque je me retrouve dans X situation et X situation* ».
- Le client a un moment de pleurs débordant, ce qui est nouveau et surprenant pour lui, mais exprime ne pas savoir pourquoi. L'exploration permet de mieux comprendre sa tristesse. Le client a une prise de conscience éclairante.
- Le thérapeute fait des remarques sur l'intérêt ou la nouveauté du contenu évoqué et fait des invitations à en dire plus. Par exemple, le thérapeute dit : « *Tiens, c'est intéressant/ nouveau ça* »; *Je pense que vous avez nommé quelque chose d'essentiel lorsque vous avez mentionné X tantôt* »; « *Ça mériterait qu'on y revienne, si vous êtes d'accord* »

**Indicateur 13.
INTÉGRATION DE DIFFÉRENTS CONTENUS**

Item 36

Thérapeute et client contribuent au processus d'ajout de nuances et de mise en liens entre différentes étapes de la vie du client (*enfance, adolescence, vie adulte*).

On se centre ici sur l'évolution et/ou sur la continuité de la représentation de soi du client depuis son enfance, sur la qualité des efforts de la dyade pour complexifier cette représentation de soi de manière utile pour le client.

1	<ul style="list-style-type: none"> • L'approche du thérapeute est souvent réductrice ou simplificatrice. Par exemple : <i>le thérapeute réagit à un souvenir d'enfance du client comme s'il expliquait 'tout' de la personne que le client est devenu.</i> • Aucune référence n'est faite à l'enfance ou l'adolescence du client, ni avec d'autres moments de la vie adulte du client.
2	<ul style="list-style-type: none"> • L'approche du thérapeute est parfois réductrice ou simplificatrice. • Le client nie le lien suggéré par le thérapeute. Sa négation est de l'ordre d'une affirmation défensive (<i>répète 'non' plusieurs fois d'affilée; dit 'non' avec un haussement de ton important; paraît outré ou irrité</i>) plutôt que d'un non calme, mais affirmé. Cela n'est pas désamorcé ou exploré par la dyade. • Le thérapeute demande : « <i>Quel effet cette intimidation au secondaire a eu sur vous?</i> » Le client répond : « <i>Rien de particulier. Je ne sais pas</i> », puis cesse ses efforts d'exploration et résiste. Cela n'est pas désamorcé ou exploré par la dyade. • Aucune référence n'est faite à l'enfance ou l'adolescence du client, mais des liens (<i>contrastes, similitudes, associations</i>) sont formulés avec d'autres moments de la vie adulte du client. Par exemple : « <i>À mon ancien emploi, j'étais moins préoccupée de mon image ou de faire une erreur. Je pense que c'était parce que j'avais des vrais amis dans l'équipe et je savais qu'ils m'aimeraient inconditionnellement</i> »; « <i>Quand j'étais déprimé il y a deux ans, je m'isolais et demeurais méfiant face à mes amis. Maintenant, je sors et me confie davantage, mais je continue de penser que je suis différent d'eux.</i> »
3	<ul style="list-style-type: none"> • Des liens (<i>contrastes, similitudes, associations</i>) sont formulés entre la vie adulte et l'enfance/adolescence du client, mais sans qu'une intégration et un approfondissement permettent d'ajouter à la compréhension de la dynamique du client. Par exemple : <i>le client reconnaît le lien, mais semble hésiter à approfondir sa compréhension. Ou encore, un lien est formulé, sans toutefois que la dyade ne soit prête à bien comprendre comment cela s'inscrit dans la dynamique du client.</i> Le client pourrait dire : « <i>Ça me fait penser à quand j'étais enfant et qu'avec mes parents, il s'était passé X événement...</i> » ou « <i>C'est un sentiment que je connais bien.... Je me rappelle, quand j'étais petit, je me sentais souvent comme ça et je ne comprenais pas trop pourquoi</i> ». Puis, la dyade n'approfondit pas la compréhension de ce lien. • Le thérapeute se limite à l'enfance sans faire de lien (<i>contrastes, similitudes, associations</i>) avec une autre période temporelle.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Des liens (<i>contrastes, similitudes, associations</i>) sont formulés, approfondis et intégrés entre la vie adulte et l'enfance/adolescence du client. Cela s'accompagne de la montée d'un affect. Toutefois, thérapeute et client ne font pas de synthèse ou d'exploration supplémentaire qui permettrait de clarifier encore davantage comment les différents éléments mis en lien fonctionnent ensemble.

	<ul style="list-style-type: none"> • La dyade explore et compare comment le client s'est senti dans différentes relations amoureuses depuis son adolescence, sans toutefois faire de synthèse ou d'exploration supplémentaire qui permettrait de clarifier encore davantage comment les différents éléments mis en lien fonctionnent ensemble. • Le client exprime avoir compris quelque chose de fondamental, mais cela ne s'accompagne pas d'une montée d'affect. Sa compréhension semble principalement intellectuelle, bien qu'il paraisse convaincu de cette nouvelle piste.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Des liens (<i>contrastes, similitudes, associations</i>) entre la vie adulte et l'enfance/ adolescence du client sont formulés, approfondis, intégrés et synthétisés en un tout complexe, mais compréhensible et digeste pour le client. Cela permet de complexifier la compréhension du sentiment d'identité du client et de la manière dont son histoire de vie l'a influencé. Cette mise en lien s'accompagne de la montée d'un affect chez le client. • Par exemple : <i>Le client et/ou le thérapeute aborde les stratégies d'adaptation du client présentes depuis l'enfance, par exemple une tendance du client à couper les ponts lors de l'émergence d'un conflit, en nuancant leurs manifestations selon les différentes périodes de vie. Il remarque qu'à chacune des périodes, ses stratégies défensives étaient mises en place dans des contextes relationnels similaires.</i> Cette mise en lien s'accompagne de la montée d'un affect chez le client. • Par exemple : <i>Le client et/ou le thérapeute aborde la tendance générale du client à se culpabiliser après avoir été en colère ou après avoir exprimé un désaccord. Le client parle de comment cela se manifestait adolescent, puis au début de l'âge adulte, puis à quel point maintenant il parvient à être plus authentique et acceptant face à sa propre agressivité.</i> Cette mise en lien s'accompagne de la montée d'un affect chez le client.

Indicateur 13.
INTÉGRATION DE DIFFÉRENTS CONTENUS

Item 37

Thérapeute et client contribuent au processus d'ajout de nuances et de mise en liens entre différentes modalités d'expérience (*pensées, affects, comportements*).

1	<ul style="list-style-type: none"> • L'approche du thérapeute et/ou du client est souvent réductrice ou simplificatrice. Par exemples : <i>le thérapeute ne tient compte que de la tristesse présente chez le client, sans s'attarder à la honte, qui est pourtant notable dans le discours ou l'état affectif du client; le client a un mode de pensée clivé et met en échec les efforts du thérapeute pour apporter des nuances; le client a un mode de pensée clivé, que le thérapeute encourage; le thérapeute aborde la menace suicidaire seulement sous l'angle d'une tentative de manipulation, alors que le client fait aussi part de sa grande souffrance actuelle.</i> • Aucune référence aux affects du client.
2	<ul style="list-style-type: none"> • L'approche du thérapeute et/ou du client est parfois réductrice ou simplificatrice. • Le client nie les liens suggérés par le thérapeute. Sa négation est de l'ordre d'une affirmation défensive (<i>répète 'non' plusieurs fois d'affilée; dit 'non' avec un haussement de ton important; paraît outré ou irrité</i>) plutôt que d'un non calme, mais affirmé. Cela n'est pas désamorcé ou exploré par la dyade. • Le thérapeute demande : « <i>Que permet votre évitement?</i> » Le client répond : « <i>Rien de particulier. Je ne sais pas</i> », puis cesse ses efforts d'exploration et résiste. Cela n'est pas désamorcé ou exploré par la dyade. • Peu de référence aux affects du client dans la séance.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapeute et client se centrent majoritairement sur les affects du client, sans que des liens ne soient nécessairement formulés avec ses pensées et comportements. • Thérapeute et client se centrent majoritairement sur les processus de pensées du client, sans qu'un lien ne soit offert avec ses comportements ou ses affects. • Le thérapeute cherche à aider le client à comprendre les liens entre ses peurs et ses inhibitions. La dyade n'est pas encore rendue à comprendre la nature de ces liens, mais le client parvient pour la première fois à entrevoir qu'il puisse y avoir un lien entre les deux.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Des liens (<i>contrastes, similitudes, associations</i>) sur les différentes modalités d'expérience du client sont formulés, approfondis et intégrés. Cela s'accompagne de la montée d'un affect. Toutefois, thérapeute et client ne font pas de synthèse qui permettrait de clarifier encore davantage comment les différents éléments mis en lien fonctionnent ensemble. • Le client exprime avoir compris quelque chose de fondamental, mais cela ne s'accompagne pas d'une montée d'affect. Sa compréhension semble principalement intellectuelle. • Des liens (<i>contrastes, similitudes, associations</i>) sur les différentes modalités d'expérience du client sont formulés et la dyade fait des efforts d'intégration et d'approfondissement. Cela s'accompagne d'une montée d'affect. Toutefois, ils ne parviennent pas complètement à donner un sens aux liens formulés pour le moment. Le client reconnaît le lien, sans toutefois que la dyade ne soit prête à bien comprendre comment cela s'inscrit dans la dynamique du client.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Des liens (<i>contrastes, similitudes, associations</i>) entre les différentes modalités d'expérience (<i>pensées, affects, comportements</i>) du client sont formulés, approfondis, intégrés et synthétisés en un tout complexe, mais compréhensible pour le client. Cette mise en lien s'accompagne de la montée d'un affect chez le client.

- Le client pourrait dire : « *Je remarque que quand je pense (pensée) à tout ce que j'ai à faire dans ma semaine de travail, mon anxiété (émotion) monte et ça me paralyse (comportement) et ça m'empêche de me concentrer pour faire mes tâches* »; Le client pourrait prendre conscience du lien entre son agressivité (émotion) et ses compulsions (comportement).
- Le thérapeute pourrait dire : « *Quand vous éprouvez de l'envie (émotion), vous avez tendance à devenir méprisant (comportement)* » ; You seem to have a conviction that you are bad. You're angry about that, and you're handling that anger by saying that I am the one who is bad, and that it's my anger that causes yours. Could you imagine that both you and I could be some combination of good and bad and that that wouldn't have to be such a big deal? / [Traduction] « *Vous semblez porter la conviction selon laquelle vous êtes mauvais (pensée). Cela vous fâche (émotion). Et vous gérez cette colère en disant que je suis celle qui est mauvaise, et que c'est ma colère qui cause la vôtre (pensée et comportement). Pourriez-vous imaginer qu'autant vous que moi avons une certaine combinaison de bon et de mauvais, et que c'est peut-être correct ainsi?* » ou « *You certainly love to cherish all my defects. Maybe that protects you from admitting that you might need my help. Perhaps you would be feeling 'one down' or ashamed if you weren't always putting me down, and you're trying to avoid that feeling.* / [Traduction] *Vous semblez aimer chérir tous mes défauts (comportements). Peut-être que cela vous permet de ne pas avoir à admettre que vous pourriez avoir besoin de mon aide. Peut-être que vous vous sentiriez honteux ou diminué (émotion) si vous n'étiez pas toujours en train de me dévaloriser (pensée et comportement). Et vous cherchez à éviter ce sentiment (comportement).* ». Cette mise en lien s'accompagne de la montée d'un affect chez le client.

Indicateur 13.
INTÉGRATION DE DIFFÉRENTS CONTENUS

Item 38

Thérapeute et client contribuent au processus d'ajout de nuances et de mise en liens entre différents contextes d'expression de la dynamique relationnelle du client (*relations thérapeutiques / professionnelles / académiques / familiales / amicales / amoureuses / sexuelles*).

1	<ul style="list-style-type: none"> L'approche du thérapeute et/ou du client est souvent réductrice ou simplificatrice. Par exemples : <i>Le thérapeute réagit à une information sur le lien du client avec sa mère comme s'il expliquait 'tout' de la personne que le client est devenu; Le client a un mode de pensée clivé et met en échec les efforts du thérapeute pour apporter des nuances; Le client a un mode de pensée clivé, que le thérapeute encourage; Il est difficile pour le client de faire des liens entre sa manière d'être en relation avec différentes personnes et le thérapeute lui offre peu de soutien.</i>
2	<ul style="list-style-type: none"> L'approche du thérapeute et/ou du client est parfois réductrice ou simplificatrice. Le client nie les liens suggérés par le thérapeute. Sa négation est de l'ordre d'une affirmation défensive (<i>répète 'non' plusieurs fois d'affilée; dit 'non' avec un haussement de ton important; paraît outré ou irrité</i>) plutôt que d'un non calme, mais affirmé. Cela n'est pas désamorcé ou exploré par la dyade. Le thérapeute propose : « <i>Il semble que vous ayez ressenti une honte similaire suite à la rétroaction de votre professeur à celle ressentie lorsque vous deviez faire face aux critiques de votre père</i> » Le client répond : « <i>Je ne sais pas, je ne vois pas trop le lien</i> », puis cesse ses efforts d'exploration et résiste. Cela n'est pas désamorcé ou exploré par la dyade.
3	<ul style="list-style-type: none"> Le client observe des distinctions dans sa manière d'interagir avec son thérapeute et avec ses parents, mais n'explore pas les similitudes/ répétitions. Le thérapeute se centre principalement sur la relation du client avec sa mère et ne s'intéresse pas à la manière dont le transfert du client se manifeste dans l'actuel ou à la manière dont le client actualise son patron relationnel dans sa relation amoureuse. Ou inversement, la dyade s'intéresse seulement à la relation amoureuse actuelle du client, sans toutefois tenter d'explorer l'origine potentielle de ce patron relationnel. Thérapeute et client échangent sur la manière dont le client se sent peu important, peu reconnu et délaissé dans divers contextes relationnels (travail, fratrie, amitiés). Toutefois, ils ne soulèvent pas que le client se sente sensiblement de la même façon dans ces divers contextes; ils ne soulèvent pas qu'il semble s'agir d'une répétition ou qu'une thématique affective semble présente dans ces différents contextes relationnels.
4	<ul style="list-style-type: none"> Des liens (<i>contrastes, similitudes, associations</i>) sur les manifestations du mode relationnel du client dans différents contextes sont formulés, approfondis et intégrés. Cela s'accompagne de la montée d'un affect. Toutefois, thérapeute et client ne font pas de synthèse qui permettrait de clarifier encore davantage comment les différents éléments mis en lien fonctionnent ensemble. Le client exprime avoir compris quelque chose de fondamental, mais cela ne s'accompagne pas de la montée d'un affect. Sa compréhension semble principalement intellectuelle, bien qu'il soit convaincu de l'importance de cette piste. Des liens (<i>contrastes, similitudes, associations</i>) sur les manifestations du mode relationnel du client dans différents contextes sont formulés et la dyade fait des efforts d'intégration et d'approfondissement. Cela s'accompagne d'une montée d'affect. Toutefois, ils ne

	<p>parviennent pas complètement à donner un sens aux liens formulés pour le moment. Le client reconnaît le lien, sans toutefois que la dyade ne soit prête à bien comprendre comment cela s'inscrit dans la dynamique du client.</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> • Des liens (<i>contrastes, similitudes, associations</i>) sur les manifestations du mode relationnel du client dans différents contextes sont formulés, approfondis, intégrés et synthétisés en un tout complexe, mais compréhensible. Cette mise en lien s'accompagne de la montée d'un affect chez le client. • Le client fait des liens entre différents contextes d'expression de son mode relationnel et cela s'accompagne d'une montée d'affect. Par exemple : « <i>Je réalise que j'ai vraiment critiqué violemment ma boss parce que, dans le fond, je voulais la punir d'être une mauvaise mère, comme j'ai voulu punir ma propre mère.</i> »; « <i>Je sens que vous êtes ennuyé face à ce que je vous raconte. Comme quand j'essayais de me confier à mon père.</i> », puis élabore sur ce sentiment. • Le thérapeute fait des liens entre différents contextes d'expression du mode relationnel du client et cela s'accompagne d'une montée d'affect chez le client. Par exemple : « <i>Cela semble complexe pour vous de vous retrouver sous l'autorité d'un patron que vous considéré méprisable.</i> »; « <i>Je me demande si ce qui se passe entre nous ressemble à ce qui s'est passé avec X ami. Vous vous sentez critiqué. Vous devenez enragé. Et vous souhaitez me faire mal autant que je vous ai fait mal.</i> »; « <i>Êtes-vous en train de me dire que vous souhaiteriez que j'agisse à la manière de votre colonel, en vous disant moi aussi quoi, quand et comment faire?</i> »

Références

- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1): 1-12. <https://doi.org/10.1080/10503300802609680>
- Beebe, B. et Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11(2), 127-165. <https://doi.org/10.1037/h0079530>
- Boston Change Process Study Group. (2002). Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 83(5), 1051-1062. <https://doi.org/10.1516/00207570260338746>
- Boston Change Process Study Group. (2005a). The “something more” than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 693-729.
- Boston Change Process Study Group. (2005b). Response to commentaries. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 761-769.
- Boston Change Process Study Group. (2010). *Change in psychotherapy: A unifying paradigm*. Norton.
- Bruschweiler-Stern, N., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W. et Stern, D. N. (2007). The foundational level of psychodynamic meaning: implicit process in relation to conflict, defense and the dynamic unconscious. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 843–860. <https://doi.org/10.1516/t2t4-0x02-6h21-5475>
- Curby, T. W., Grimm, K. J. et Pianta, R. C. (2010). Stability and change in early childhood classroom interactions during the first two hours of a day. *Early Childhood Research Quarterly*, 25(3), 373-384. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2010.02.004>
- Downer, J. T., López, M. L., Grimm, K., Hamagami, A., Pianta, R. C. et Howes, C. (2012). Observations of teacher-child interactions in classrooms serving Latinos and dual language learners: Applicability of the Classroom Assessment Scoring System in diverse settings. *Early Childhood Research Quarterly*, 27(1), 21-32. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2011.07.005>
- Elliott, R. Greenberg, L.S. Watson, J. Timulak, L. et Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. Dans M. J. Lambert (Ed.), Bergin et Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (6e éd., p. 495-538). Wiley.
- Frank, J. D. et Frank, J. A. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3^e éd.). Johns Hopkins University Press.

- Horvath, A. (2011). Alliance in Common Factor Land: A view through the research lens. *Research in Psychotherapy*, 14(1), 121-135. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2011.45>
- Lachmann, F. M. et Beebe, B. A. (1996). Three principles of salience in the organization of the client-analyst interaction. *Psychoanalytic Psychology*, 13(1), 1-22.
- Lambert, M. J. (dir.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5^e éd.). Wiley.
- La Paro, K. M., Pianta, R. C. et Stuhlman, M. (2004). The Classroom Assessment Scoring System: Findings from the pre-kindergarten year. *The Elementary School Journal*, 104(5), 409-426. <https://www.jstor.org/stable/3202821>
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., Stern, D. et Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O)
- Morgan, A. C. et Boston Change Process Study Group. (1998). Moving along to things left undone. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 324-332. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<324::AID-IMHJ9>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<324::AID-IMHJ9>3.0.CO;2-L)
- Nahum, J. P., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Sander, L., Stern, D. N. et Tronick, E. Z. (1998). Case illustration: moving along... and, is change gradual or sudden? *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 315-319. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<315::AID-IMHJ7>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<315::AID-IMHJ7>3.0.CO;2-K)
- NICHD Early Child Care Research Network. (2000). The relation of child care to cognitive and language development. *Child Development*, 71(4), 960-980. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00202>
- NICHD Early Child Care Research Network. (2002). Early child care and children's development prior to school entry: Results from the NICHD study of early child care. *American Educational Research Journal*, 39(1), 133-164. <https://www.jstor.org/stable/3202474>
- Pianta, R.C., LaParo, K.M., & Hamre, B. K. (2008) Classroom Assessment Scoring System Manual: Pre- K. Baltimore: Brookes.
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. et Tronick, E. Z. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 300-308. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<300::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<300::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-P)

- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N. et Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79(5), 903-921.
- Thomason, A. C. et La Paro, K. M. (2009). Measuring the quality of teacher–child interactions in toddler child care. *Early Education and Development*, 20(2), 285-304. <https://doi.org/10.1080/10409280902773351>
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112-119. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.44.2.112>
- Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. et Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290-299. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<290::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<290::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q)
- Waldron, S., Scharf, R., Crouse, J., Firestein, S., Burton, A. et Hurst, D. (2004). Saying the right thing at the right time: A view through the lens of the Analytic Process Scales (APS). *The Psychoanalytic Quarterly*, 73(4), 1079-1125. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00193.x>

ANNEXE B

INSTRUMENTS DE MESURE

VPPS-FORM-ER

Date _____ Session # _____ Pt. ID # _____ Rater _____

	Very Poor	Poor	Fair	Good	Excellent
1. What is your global impression of the quality of the relationship between the therapist and the patient?	1	2	3	4	5
2. How productive was this hour?	1	2	3	4	5
3. How is the patient getting along emotionally and psychologically at this time?	1	2	3	4	5

I. Characterize the Patient's Behavior During this Hour:

	Not at all	Some	Fair Amount	Pretty Much	Great Deal
4. Actively participated in the interaction.	1	2	3	4	5
5. Took the initiative in bringing up the subjects that were talked about.	1	2	3	4	5
6. Seemed motivated for the session.	1	2	3	4	5
7. Asked for advice on how to deal more effectively with him/her-self or others.	1	2	3	4	5
8. Was concerned with how to deal more effectively with him/her-self and others.	1	2	3	4	5
9. Tried to elicit approval, sympathy, or reassurance from the therapist.	1	2	3	4	5
10. Relied upon the therapist to solve his/her problems.	1	2	3	4	5
11. Reacted negatively to the therapist's comments.	1	2	3	4	5
12. Tried to learn more about what to do in therapy and what to expect from it.	1	2	3	4	5
13. Was logical and organized in expressing thoughts and feelings.	1	2	3	4	5
14. Talked about his/her feelings.	1	2	3	4	5

II. Describe the Patient's Demeanor and Feelings During this Hour:

15. Guilty	1	2	3	4	5
16. Optimistic	1	2	3	4	5
17. Depressed	1	2	3	4	5
18. Frustrated	1	2	3	4	5
19. Self-Critical	1	2	3	4	5
20. Defeated	1	2	3	4	5

	Not at all	Some	Fair Amount	Pretty Much	Great Deal
21. Dependent	1	2	3	4	5
22. Defensive	1	2	3	4	5
23. Inhibited	1	2	3	4	5
24. Spontaneous	1	2	3	4	5
25. Passive	1	2	3	4	5
26. Ashamed	1	2	3	4	5

III. Characterize the Therapist's Behavior During This Hour:

27. Communicated approval of some aspects of the patient's behavior.	1	2	3	4	5
28. Placed the things the patient said in a new perspective or reorganized the patient's experience.	1	2	3	4	5
29. Showed warmth and friendliness towards the patient.	1	2	3	4	5
30. Helped the patient feel accepted in the therapy relationship.	1	2	3	4	5
31. Supported the patient's self-esteem, confidence, and hopefulness.	1	2	3	4	5
32. Responded in a concerned and understanding way to the patient.	1	2	3	4	5
33. Tried to get a better understanding of the patient, of what was really going on.	1	2	3	4	5
34. Tried to help the patient recognize his/her feelings.	1	2	3	4	5
35. Tried to help the patient understand the reasons behind his/her actions/reactions.	1	2	3	4	5
36. Encouraged deep discussion/understanding rather than shallowness.	1	2	3	4	5
37. Identified important themes in the patient's behavior and experiences.	1	2	3	4	5
38. Maintained focus on therapy-related topics.	1	2	3	4	5

	<u>Not at all</u>	<u>Some</u>	<u>Fair Amount</u>	<u>Pretty Much</u>	<u>Great Deal</u>
IV. Describe the Therapist's Demeanor During this Session:					
39. Intimidating	1	2	3	4	5
40. Authoritarian	1	2	3	4	5
41. Optimistic	1	2	3	4	5
42. Lecturing	1	2	3	4	5
43. Defensive	1	2	3	4	5
44. Judgmental	1	2	3	4	5
45. Respectful	1	2	3	4	5

ÉCHELLE D'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DE CALIFORNIE

VERSION DU THÉRAPEUTE

(Gaston & Mamar, 1990)

Instructions: En utilisant l'échelle suivante divisée en sept degrés d'intensité, indiquez à quel point chaque énoncé décrit ce qui s'est produit en thérapie auprès du patient au cours du dernier mois.

1 = Pas du tout 2 = Un peu 3 = Quelque peu 4 = Passablement
5 = Plutôt 6 = Assez 7 = Beaucoup

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Le patient a dévoilé ses pensées et ses sentiments. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Le patient a observé ses propres comportements. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Le patient a exploré sa propre contribution aux problèmes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Le patient a expérimenté des émotions fortes mais contenues. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Le patient a travaillé activement à partir de mes commentaires. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Le patient a approfondi son exploration de thèmes principaux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Le patient était confiant que ses efforts mèneront au changement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Le patient était prêt à faire des sacrifices (ex., de temps). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Le patient a considéré la thérapie importante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Le patient avait confiance en la thérapie /le thérapeute. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Le patient a participé à la thérapie malgré des moments douloureux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Le patient était engagé à mener le processus à terme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. La thérapie s'est déroulée en accord avec l'idée du patient quant au processus de changement aidant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Le patient et moi avons travaillé dans un effort commun. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Le patient et moi étions en accord quant aux changements requis. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Le patient et moi avions la même impression quant à comment procéder. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Le patient et moi étions d'accord sur les thèmes principaux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Mes interventions étaient guidées par une même compréhension. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

19. J'ai pu comprendre la souffrance et le monde subjectif du patient. 1 2 3 4 5
6 7
20. J'ai pu demeurer dénué de jugement, portant un regard positif envers le patient. 1 2 3 4 5
6 7
21. J'étais engagé à aider le patient et j'avais confiance en la thérapie. 1 2 3 4 5
6 7
22. Par moments, il m'était difficile de focaliser sur l'intérêt du patient. 1 2 3 4 5
6 7
23. Mes interventions étaient faites avec tact et au moment opportun. 1 2 3 4 5
6 7
24. Mes interventions ont facilité le travail du patient sur des thèmes saillants. 1 2 3 4 5
6 7

APPENDIX C

Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale - Revised

Rater Name _____ Case Number _____ Session Number _____
Date _____

B. To what extent did the client:

19. Express that he feels better since beginning therapy. 0 1 Not at all 2 Great deal 3 4 5

Lower ratings on this item occur when the client specifically refers to feeling better. For ratings of 4 or 5, the client should explicitly link the improvement to therapy.

20. Indicate that she experiences the therapist as understanding and supporting her. 0 1 2 3 4 5

The client may explicitly refer to the therapist's understanding her and support, or may implicitly indicate her feeling supported by elaborating further on the therapist's remarks, disclosing vulnerable feelings and/or showing a willingness to take risks in the therapy.

21. Seem to identify with the therapist's method of working, so that he assumed part of the therapeutic task himself. 0 1 2 3 4 5

The client actively joins in working and collaborating with the therapist within the therapeutic framework. For ratings of 4 or 5, the process should reflect client's acceptance of the framework as his own, not just compliance with the therapist's guidelines.

22. Expect the therapist to change her without accepting her own responsibility for the therapy. 0 1 2 3 4 5

The emphasis here is on the client's accepting responsibility for making changes in her life. High ratings indicate that the client expects to be acted upon, provided with answers, or told what to do, without active involvement in the therapy process, in terms of either self exploration or behavioral experimentation.

23. Make an effort to carry out therapeutic procedures suggested by the therapist. Not at all 0 1 2 3 Great deal 4 5

The client is willing: 1) to work within the therapeutic framework and carry out the procedures of the therapy and 2) to use the therapy and therapist in understanding and resolving problems.

24. Acknowledge that he had problems which the therapist could help him deal with. 0 1 2 3 4 5

This item includes both the client's openness in acknowledging what the problems are and a willingness to seek and accept the therapist's help. Both elements must be present for ratings in the 4-5 range.

25. Indicate a desire to overcome his problems. 0 1 2 3 4 5

The client expresses a feeling that his difficulties interfere with the achievement of important life goals or that for some other reason(s) they cause distress.

26. Talk freely, openly, and honestly with the therapist about his thoughts, feelings, and behavior. 0 1 2 3 4 5

High ratings on this item reflect evidence of all three criteria in such a way that there is a relatively smooth communication of information about whatever is on the client's mind. Low ratings indicate the absence of some aspect of the client's experience which would reasonably be expected, or difficulty in sharing thoughts or communicating with the therapist.

27. Show a willingness to explore her own contribution to her life situation. 0 1 2 3 4 5

The client realistically weighs her contribution to the difficulties presented without excessive guilt, self blame, externalization, denial or blaming of others.

28. Act in a hostile, attacking or critical manner toward the therapist. Not at all 0 1 2 3 4 5 Great deal

The client is negativistic or overtly hostile toward the therapist. At higher levels of the scale, he is unwilling to explore the meaning of these feelings. This item can also be used to rate derogatory attitudes toward the therapy process or active interference with the therapist's efforts.

29. Act in a mistrustful or defensive manner toward the therapist. 0 1 2 3 4 5

This item refers to less overt expressions of mistrust or negative feelings about the therapist such as secretiveness or reluctance to talk. Defensiveness may include an overly positive or compliant attitude toward the therapist.

30. Indicate a willingness to discard old behavior and thought patterns and try out new ones. 0 1 2 3 4 5

The client questions old patterns and makes efforts to find more adaptive solutions to problems. At low to mid-levels, old patterns are recognized as ineffective, while at the highest levels there is evidence that the client has acted upon something learned in therapy in an attempt to integrate this learning into more satisfying behavioral patterns.

31. Become so anxious in the session that it interfered with the therapeutic task. 0 1 2 3 4 5

The client's level of anxiety leads to interference with communication, e.g. periods of silence, abrupt shifts of topic, uncontrolled crying.

32. Show evidence that he has missed an appointment, come late to sessions, or hesitates to make the next appointment. 0 1 2 3 4 5

C. To what extend did the therapist and client together:

33. Show enthusiasm which made the session seem alive and energetic. 0 1 2 3 4 5
Not at all Great deal

This item involves a sense of activity, engagement, and mutual investment of energy in the work of therapy.

34. Work together in a joint effort to deal with the client's problems. 0 1 2 3 4 5

The client and therapist are "tracking" each other's comments, and are not being tangential or superficial.

35. Share a common viewpoint about the definition, possible causes, and potential alleviation of the client's problems. 0 1 2 3 4 5

This item measures the extent to which the client and therapist come to genuinely share an understanding of the client's subjective world. Lower ratings indicate that the client may be complying to the therapist's viewpoint whereas higher ratings indicate that the client has adopted the shared viewpoint as his own.

36. Relate in a realistic, honest, straightforward way, within the bounds of reasonable human interaction. 0 1 2 3 4 5

This item refers to the maintenance of a friendly but professional working relationship, neither too distant nor too involved.

37. Agree upon the goals and tasks for the session. 0 1 2 3 4 5

The client and the therapist explicitly state a purpose for this particular session, or there may be implicit evidence that both sense themselves as "picking up where they left off" and continuing to work toward mutually understood goals.

38. Focus on the therapeutic task throughout the session, without excessive superficiality. 0 1 2 3 4 5
Not at all Great deal

The rater should be able to discern a task or theme in a session and then be able to rate the degree to which it was followed. If none can be identified, the session is assumed to be relatively fragmented and superficial.

39. Seem to be engaged in a power struggle. 0 1 2 3 4 5

More subtle engagement in control issues would be rated 2-3. If there is explicit struggle around issues of power and control, then ratings should be higher.

40. Express directly or indirectly the possibility of premature termination. 0 1 2 3 4 5

Premature termination may be discussed explicitly or there may be an accumulation of indirect evidence such as a wish to end, a feeling of hopelessness about reaching goals, or strong dissatisfaction with the process of therapy.

41. Allow the session to become ruminative, empty, or boring, without a clear trend or theme. 0 1 2 3 4 5

The client and therapist seem to be repeating material or to be unable to focus their efforts.

42. Accept their different roles and responsibilities as part of their relationship. 0 1 2 3 4 5

Both the client and the therapist are clear about what their responsibilities are for the particular therapy they have undertaken, and act in accordance with that framework.

43. Refer back to experiences they have been through together. 0 1 2 3 4 5

Referring to earlier sessions or to previously discussed experiences which gives the therapy a sense of continuity and or progress to the work.

44. Have awkward silences or pauses in their conversation. 0 Not at all 1 2 3 4 Great deal 5

This item refers not to thoughtful silences, but to those which come about because the participants seem anxious, uncomfortable with each other, or are at an impasse.

ANNEXE C

ÉTHIQUE

Montréal, le 9 juin 2014.

Objet : autorisation d'utilisation de matériel clinique
Pour le professeur Eric Dubé
Département de psychologie
UQAM.

Aux membres du comité d'éthique institutionnel.

Par la présente je reconnais que je suis le dépositaire de matériel clinique (enregistrement vidéo de rencontre de psychothérapie) qui a été obtenu auprès d'une population consultant à la clinique du département de psychologie de l'Université de Montréal. Ce matériel a été recueilli dans les années 90 auprès de stagiaires en formation et qui recevaient des clients dans le cadre de leur stage clinique.

À cette époque j'étais un membre de l'équipe de recherche du professeur Conrad Lecomte Ph.D.. Nous avons obtenus auprès des clients et des stagiaires en formation des autorisations écrites stipulant que nous pouvions utiliser ultérieurement le matériel à des fins de recherche ou d'enseignement. Aucune date n'était spécifiée quant à la durée de conservation du matériel.

Au moment de la retraite du professeur Lecomte du département de psychologie je suis devenu dépositaire officiel de ce matériel clinique. Il s'agit d'un matériel extrêmement riche, précieux et difficile à renouveler. Le professeur Dubé et moi travaillons conjointement avec nos équipes de recherches respectives, en ce moment sur des projets de recherches qui nécessitent l'utilisation de ce matériel.

Toutes les précautions ont déjà été prises afin d'assurer l'anonymat de ce matériel. Le matériel est anonymisé, dénominalisé et pixelisé.

Nous demeurons à votre disposition pour de plus amples informations au sujet de nos travaux de recherche.

Veillez recevoir mes salutations distinguées.



Marc-Simon Drouin
Professeur
Département de psychologie
UQAM

31/07/2021

Gmail - Demande d'approbation éthique : certificat non nécessaire



Frédérique Lévesque-Belley <frederique.lbelley@gmail.com>

Demande d'approbation éthique : certificat non nécessaire

Bergeron, Anick <bergeron.anick@uqam.ca>

13 juin 2014 à 16:29

À : "frederique.lbelley@gmail.com" <frederique.lbelley@gmail.com>

Cc : "Dubé, J. Éric" <dube.j_eric@uqam.ca>, "Plante, Pierre" <plante.p@uqam.ca>

Bonjour Madame Lévesque-Belley,

Le comité d'éthique de la recherche a bien reçu votre demande d'approbation éthique. Or, en vertu de l'article 2.4 de l'EPTC 2, votre projet ne requiert pas d'approbation éthique :

«Il n'y a pas lieu de faire évaluer par un CÉR un projet de recherche fondé exclusivement sur l'utilisation secondaire de renseignements anonymes ou de matériel biologique humain anonyme, à condition que les procédures de couplage, d'enregistrement ou de diffusion ne créent pas de renseignements identificateurs.» (EPTC 2, article 2.4)

Si vous avez des questions ou des commentaires, n'hésitez pas à m'en faire part.

Bien cordialement,

Anick

Anick Bergeron
Agente de recherche et de planification et coordonnatrice du CERPE sciences humaines
Faculté des sciences humaines, UQAM
514 987-3000, poste 3642, local DS-1941
AIM/Chat: anickbergeron
<http://www.fsh.uqam.ca/>
<http://www.facebook.com/scienceshumainesUQAM>
<http://twitter.com/#/fshUQAM>

31/07/2021

Gmail - Question



Frédérique Lévesque-Belley <frederique.lbelley@gmail.com>

Question

Frédérique Lévesque-Belley <frederique.lbelley@gmail.com>
À : Anick Bergeron <bergeron.anick@uqam.ca>

6 novembre 2014 à 11:33

Bonjour Madame Bergeron,

J'aurais une question pour vous concernant la première étude de mon projet de thèse.

Je construis un instrument de mesure de la qualité des interactions thérapeutiques et ma première étude consiste à approcher des cliniciens experts qui devront prendre connaissance de l'instrument et me donner leurs commentaires en complétant une grille d'évaluation de la pertinence des items de mon instrument. Est-ce que cette étude nécessiterait l'approbation par un comité d'éthique ?

J'ai préparé la demande éthique au cas où (pièces-jointes), mais si vous êtes en mesure de répondre dans ce courriel à ma question, faites-moi signe ! Sinon, je déposerai la demande officiellement et on verra bien.

Dans tous les cas, merci de l'attention portée à ma demande et bonne journée,

--

Frédérique Lévesque-Belley,
Candidate au doctorat en psychologie Ph.D/Psy.D
Université du Québec à Montréal
Coordonnatrice de recherche, Projet *Maternelle 4 ans, temps plein - Conditions d'implantation*, Université du Québec en Outaouais -
Campus St-Jérôme
514-991-2111

2 pièces jointes

 **Formulaire demande éthique- CERPE_FSH_FLB_etude1_V1.docx**
89K

 **Formulaire_consentement_FLB_etude1_v1.docx**
27K

31/07/2021

Gmail - Question



Frédérique Lévesque-Belley <frederique.lbelley@gmail.com>

Question

Bergeron, Anick <bergeron.anick@uqam.ca>
À : Frédérique Lévesque-Belley <frederique.lbelley@gmail.com>

11 novembre 2014 à 10:19

Bonjour Madame Lévesque-Belley,

Le certificat d'approbation éthique n'est pas nécessaire pour cette partie de votre recherche puisqu'il s'agit de consulter des spécialistes au sujet de votre grille.

Bien cordialement,

Anick

Anick Bergeron
Agente de recherche et de planification et coordonnatrice du CERPE sciences humaines
Faculté des sciences humaines, UQAM
514 987-3000, poste 3642, local DS-1941
AIM/iChat: anickbergeron
<http://www.fsh.uqam.ca/>
<http://www.facebook.com/scienceshumainesUQAM>
<http://twitter.com/#!/fshUQAM>

De : Frédérique Lévesque-Belley <frederique.lbelley@gmail.com>

Date : jeudi 6 novembre 2014 11:33

À : Anick Bergeron <bergeron.anick@uqam.ca>

Objet : Question

[Texte des messages précédents masqué]

31/07/2021

Gmail - 'Psychoanalytic diagnosis' : Authorization to use examples of therapist's interventions



Frédérique Lévesque-Belley <frederique.lbelley@gmail.com>

'Psychoanalytic diagnosis' : Authorization to use examples of therapist's interventions

Frédérique Lévesque-Belley <frederique.lbelley@gmail.com>
 À : NancyMcW@aol.com

2 novembre 2017 à 14:07

Hi Dr. McWilliams,

My name is Frédérique Lévesque-Belley and I am a graduate student in psychology at UQAM (Montreal).

I am writing to you with regard to **my thesis. I am developing an instrument to measure change process(es)** in psychodynamic and humanistic psychotherapies. The instrument is inspired from the writings of the Boston Change Process Study Group.

I've reached the stage where I am formulating examples of **therapist's interventions** that would be written **in the rater's manual** to guide them. Your book 'Psychoanalytic diagnosis' contains great examples of tailor-made, full of imagery and caring interventions.

Thus, I was wondering if you would accept that I use some of the therapist's interventions from your book 'Psychoanalytic diagnosis' in the rater's manual of my instrument? If so, what would be the conditions you would feel comfortable with?

I must tell you that I really love your books. Since 2013 (year of my first practicum), they guide me through my everyday practice. They've helped me better understand my patients (and myself!) and adjust to their particular needs. Thank you for writing such understandable and enlightening books, nevertheless respectful of the complexity of the human mind.

Best regards,

Frédérique Lévesque-Belley,
 Doctorante en psychologie Ph.D/Psy.D
 Chargée de cours
 Université du Québec à Montréal
 514-991-2111

Clinique Rosemont

31/07/2021

Gmail - 'Psychoanalytic diagnosis' : Authorization to use examples of therapist's interventions



Frédérique Lévesque-Belley <frederique.lbelley@gmail.com>

'Psychoanalytic diagnosis' : Authorization to use examples of therapist's interventions

nancymcw@aol.com <nancymcw@aol.com>
À : frederique.lbelley@gmail.com

2 novembre 2017 à 14:37

Hi Frederique,

Thanks for your kind comments about my writing. I would be happy to have my suggested interventions used in your work. You may want to check with Guilford Publications, however, because they hold copyright, and there may be some legal issues I don't know about.

I'm rushing to go off to teach in Europe, so this is short, but I didn't want to keep you waiting.

Nancy McWilliams

nancymcw@aol.com

[Texte des messages précédents masqué]

31/07/2021

Gmail - Supporting documents to a request permission (Psychoanalytic Diagnosis 2nd Edition, N. McWilliams, 2011)



Frédérique Lévesque-Belley <frederique.lbelley@gmail.com>

Supporting documents to a request permission (Psychoanalytic Diagnosis 2nd Edition, N. McWilliams, 2011)

GP Permissions <Permissions@guilford.com>

28 février 2018 à 15:38

À : Frédérique Lévesque-Belley <frederique.lbelley@gmail.com>

Dear Frédérique,

One-time non-exclusive world rights in the English language for print and electronic formats are granted for your requested use of the selections below.

Permission fee due: No Charge

This permission is subject to the following conditions:

1. A credit line will be prominently placed and include: the author(s), title of book, editor, copyright holder, year of publication and "Reprinted with permission of Guilford Press" (or author's name where indicated).
2. Permission is granted for one-time use only as specified in your request. Rights herein do not apply to future editions, revisions or other derivative works.
3. The requestor agrees to secure written permission from the original author where indicated.
4. The permission granted herein does not apply to quotations from other sources that have been incorporated in the Selection.
5. The requestor warrants that the material shall not be used in any manner which may be considered derogatory to this title, content, or authors of the material or to Guilford Press.
6. Guilford retains all rights not specifically granted in this letter.

If there are any questions, please do not hesitate to contact me.

Best wishes,
Angela Whalen
Rights & Permissions

Guilford Publications, Inc.
370 Seventh Avenue, Suite 1200
New York, NY 10001-1020

permissions@guilford.com
<http://www.guilford.com/permissions>
[Texte des messages précédents masqué]

[attachment "quotes and french translations_McWilliams_LEVESQUE-BELLEYF PROJECT.docx" deleted by Angela Whalen/Guilford] [attachment "Gmail - mcwilliams' response.pdf" deleted by Angela Whalen/Guilford] [attachment "Gmail - 'Psychoanalytic diagnosis' _ Authorization to use examples of therapist's interventions.pdf" deleted by Angela Whalen/Guilford] [attachment "Gmail - thank you.pdf" deleted by Angela Whalen/Guilford]

31/07/2021

Gmail - Supporting documents to a request permission (Psychoanalytic Diagnosis 2nd Edition, N. McWilliams, 2011)

Below is the result of your feedback form. It was submitted by
 Guilford Website User (frederique.belley@gmail.com) on Saturday, February 17, 2018 at 17:58:42

rush: no

name: Frederique Lévesque-Belley

inst: Université du Québec   Montréal (UQAM)

add1: 2445 boul Rosemont, app. 3

city: Montréal

state: Quebec

zip: H2G 1V3

country: Canada

phone: 5149912111

GP_title: Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process

edition: 2nd

isbn: 978-1-60918-494-0

author: Nancy McWilliams

pagenum: 61-63-64-76-82-89-90-91-92-229-230-252

pubyear: 2011

project_title: In my doctoral dissertation and, if the instrument developed in my thesis work, in the instructions manual of my instrument.

length_from: 2018

length_to: ?

num_copies: ?

num_admins: 2 (me and my thesis supervisor)

print: ?

electronic: no

langs: French

comments: Hi,

My name is Frédérique Lévesque-Belley and I am a graduate student of psychology at UQAM (Montreal). I am developing a French instrument to measure change process(es) in psychodynamic and humanistic psychotherapies.

I've reached the stage where I am formulating examples of therapist's interventions that would be written in the rater's manual of my instrument. Mc'Williams' book 'Psychoanalytic diagnosis' contains great examples of tailor-made, full of imagery and caring interventions. I have chosen and translated 11 of them, to be used in the rater's manual of my instrument.

I don't know if my instrument is going to work and, thus get published. That's why I can't tell

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=2a80af970c&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1593678590265236316&simpl=msg-f%3A1593678590265236316&siml=msg-f%3A1593678590265236316> 2/4

31/07/2021

Gmail - Supporting documents to a request permission (Psychoanalytic Diagnosis 2nd Edition, N. McWilliams, 2011)

you how large would be the audience or when the project would end.

I have contacted Dr. McWilliams, and she has agreed to me requesting permission to use interventions from her book. I'm sending you an email providing you with the 11 interventions chosen, their corresponding page numbers in her book, their French translations and the emails exchanged with Dr. McWilliams.

Feel free to contact me if you need more informations.

Best regards,

FrÃ©dÃ©rique LÃ©vesque-Belley

 Citations McWilliams :

- p.61
 - "You look bored. I must have offended you last week by leaving the session 5 minutes early."
 - . . . "Vous semblez ennuyé. Je dois vous avoir offensé la semaine dernière en quittant la séance cinq minutes avant la fin.
- p. 63-64
 - "You certainly love to cherish all my defects. Maybe that protects you from admitting that you might need my help. Perhaps you would be feeling 'one down' or ashamed if you weren't always putting me down, and you're trying to avoid that feeling."
 - . . . "Vous semblez aimer chérir tous mes défauts. Peut-être que cela vous permet de ne pas avoir à admettre que vous pourriez avoir besoin de mon aide. Peut-être que vous vous sentiriez honteux ou diminué si vous n'étiez pas toujours en train de me dévaloriser. Et vous cherchez à éviter ce sentiment.
- p.76
 - "Are you mad at me?" [...] "You're very perceptive. I guess I am feeling a little irritation. I'm a bit frustrated that I can't seem to help you as fast as I would like. What was your reason for asking?"
 - . . . "Client : Êtes-vous fâché contre moi ? Thérapeute : Vous êtes très perspicace. Je crois que je ressens un peu d'irritation. Je suis un peu frustrée de ne pas être en mesure de vous aider aussi rapidement que je le souhaiterais. Qu'est-ce qui vous amène à me poser cette question ?
- p.82
 - A woman storms into her therapist's office, accusing him of involvement in a plot to kill her. Rather than questioning the existence of the plot or suggesting that she is projecting her own murderous wishes, the therapist says, "I'm sorry! If I've been connected with such a plot, I wasn't aware of it. What's going on?"
 - . . . "La cliente entre dans le bureau en accusant sa thérapeute d'être impliquée dans un complot pour la tuer. La thérapeute répond : « Je m'excuse ! Si j'ai été impliquée dans un tel complot, je n'en ai pas eu conscience. Que se passe-t-il ? »
 - A man falls into a miserable silence and when prodded confesses that he is responsible for the carnage in the Middle East. The therapist responds, "It must terrible to carry that burden of guilt. In what way are you responsible?"
 - . . . "Le client exprime se sentir responsable du carnage au Moyen-Orient. Le thérapeute répond : « Cela doit être affreux que de porter un tel fardeau de culpabilité. De quelle manière êtes-vous responsable de ce carnage ?
- p.89
 - "You seem to have a conviction that you are bad. You're angry about that, and you're handling that anger by saying that I am the one who is bad, and that it's my anger that causes yours. Could you imagine that both you and I could be some combination of good and bad and that that wouldn't have to be such a big deal?"
 - . . . "Vous semblez porter la conviction selon laquelle vous êtes mauvais. Cela vous fâche. Et vous gérez cette colère en disant que je suis celle qui est mauvaise, et que c'est ma colère qui cause la vôtre. Pourriez-vous imaginer qu'autant vous que moi avons une certaine combinaison de bon et de mauvais, et que

31/07/2021

Gmail - Supporting documents to a request permission (Psychoanalytic Diagnosis 2nd Edition, N. McWilliams, 2011)

c'est peut-être correct ?

- p.90-91
 - So I asked him how he wanted me to respond when he went into a long silence. He answered that he guessed he wanted me to ask him questions and to draw him out. I then commented that I would be glad to do that, but that he should know that I might be way off base in my pursuit of what he was thinking about since when he was quiet, I had no idea what was on his mind. [...] He brightened up and on that basis changed his mind, deciding I should wait until he felt ready to talk.
 - La thérapeute demande au client s'il préfère qu'elle l'aide à mettre des mots sur ce qui se passe en lui durant son silence ou s'il préfère qu'elle attende qu'il soit prêt à parler. Le client exprime sa préférence.
- p.91
 - "I'm trying to do right by you as your therapist, and I find myself feeling in a bind. I worry that if I do X, I'll be unhelpful in one direction, and if I do Y, I'll disappoint you in another."
 - Je suis votre thérapeute et j'essaie de prendre soin de vous. Je me retrouve actuellement dans une position où je me sens coincée. Je m'inquiète, car si je fais X, je ne serai pas aidante à X niveau, alors que si je fais Y, je risque de vous décevoir de Y manière.
- p.92
 - "I was thinking. What you're talking about now, your tendency to feel murderous envy and to attack people when you're in that state... was something like that part of your outburst at me last week? If felt as if whatever I offered you, you had to destroy it."
 - Je me demande. Ce dont vous êtes en train de parler, cette tendance à ressentir une envie meurtrière et à attaquer les gens quand vous êtes dans cet état... est-ce que quelque chose comme ça faisait partie de votre explosion envers moi la semaine dernière ? J'ai senti que peu importe ce que je vous offrait, vous aviez besoin de le détruire.
- p.229-230
 - "I can see why you thought the man intended to cut you off, but another possibility is that he'd had a fight with his boss and would have been driving like a maniac no matter who was on the road"
 - Je peux comprendre pourquoi vous avez pensé que l'homme était mal intentionné lorsqu'il vous a coupé sur la route. Mais une autre possibilité serait qu'il a eu une dispute avec son patron et aurait conduit comme un maniaque peu importe qui était sur la route.
- p.252
 - "You're taking off to punish me for my sinfulness".
 - Vous partez en vacances parce que vous voulez me punir pour mes péchés.

RÉFÉRENCES

- Agnew Davies, R., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkam, M. et Shapiro, D. A. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 155–172.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum.
- Alexander, F. et French, T. (1946). *Psychoanalytic therapy*. Ronald Press.
- Alexander, L. B. et Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. Dans L. S. Greenberg et W. M. Pinsoff (dir.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (p. 325–356). Guilford Press.
- Allen, J. G., Newsom, G. E., Gabbard, G. O. et Coyne, L. (1984). Scales to assess the therapeutic alliance from a psychoanalytic perspective. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 48, 383–400.
- Als, H. (1977). The newborn communicates. *Journal of Communication*, 27(2), 66–73.
<https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1977.tb01828.x>
- Amole, M.C., Cyranowski, J.M., Conklin, L.R., Markowitz, J.C., Martin, S.E. et Swartz, H.A. (2017). Therapist use of specific and nonspecific strategies across two affect-focussed psychotherapies for depression: Role of adherence monitoring. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(3), 381–394.
<http://dx.doi.org/10.1037/int0000039>

- Andrews, G. et Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients: A re-analysis of the Smith, Glass et Miller Data. *Archives of General Psychiatry*, 38(11), 1203– 1208. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780360019001>
- Aron, L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues*, 1(1), 29-51. <https://doi.org/10.1080/10481889109538884>
- Aron, L. (1992). Interpretation as an expression of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues*, 2(4), 470–507. <https://doi.org/10.1080/10481889209538947>
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds*. Analytic Press. Aron, L. (1999), Clinical choices and the relational matrix. *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 1-29. <https://doi.org/10.1080/10481889909539301>
- Atlas, G. et Aron, L. (2018). *Dramatic dialogue: Contemporary clinical practice*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315150086>
- Atwood, G. et Stolorow, R. (1984). *Structures of subjectivity*. Analytic Press.
- Atzil-Slonim, D. et Tschacher, W. (2020). Dynamic dyadic processes in psychotherapy: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 30(5), 555–557. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1662509>
- Avdi, E., Amiran, K., Baradon, T., Broughton, C., Slead, M., Spencer, R. et Shai, D. (2020). Studying the process of psychoanalytic parent–infant psychotherapy: Embodied and discursive aspects. *Infant Mental Health Journal*, 41(5), 589-602. <https://doi.org/10.1002/imhj.21888>
- Bachelor, A. (1987). The counseling evaluation inventory and the counselor rating form: their relationship to perceived improvement and to each other.

Psychological Reports, 61(2), 567–575.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1987.61.2.567>

Barber, J.P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1): 1-12.
<https://doi.org/10.1080/10503300802609680>

Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, M. et Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027-1032.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.6.1027>

Barber, J. P., Crits-Christoph, P. et Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 619-622. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.619>

Barrett-Lennard, G. T. (1986). The relationship inventory now: Issues and advances in theory, method and use. Dans L. S. Greenberg et W.M. Pinsof (dir.), *The psychotherapeutic process: a research handbook* (p. 439–467). Guilford Press.

Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 187– 211. <https://doi.org/10.1521/bumc.67.3.187.23439>

Bayles, M. (2007). Is verbal symbolization a necessary requirement of analytic change?. *Psychoanalytic Dialogues*, 17(3), 455-477.
<https://doi.org/10.1080/10481880701415798>

Beebe, B. (1998). A procedural theory of therapeutic action: Commentary on the symposium “Interventions that effect change in psychotherapy”. *Infant Mental*

Health Journal, 19(3), 333–340. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<333::AID-IMHJ10>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<333::AID-IMHJ10>3.0.CO;2-Y)

Beebe, B. (2014). My journey in infant research and psychoanalysis: Microanalysis, a social microscope. *Psychoanalytic Psychology*, 31(1), 4–25. <https://doi.org/10.1037/a0035575>

Beebe, B., Jaffe, J., & Lachmann, F. (1993). A dyadic systems view of communication. Dans N. Skolnick & S. Warshaw (dir.), *Relational perspectives in psychoanalysis* (p. 61–81). Analytic Press.

Beebe, B., Jaffe, J., Lachmann, F., Feldstein, S., Crown, C. et Jasnow, M. (2000). System models in development and psychoanalysis: The Case of vocal rhythm coordination and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 21(1), 99–122. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(200001/04\)21:1/2<99::AID-IMHJ11>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/2<99::AID-IMHJ11>3.0.CO;2-%23)

Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J., Sorter, D., Jacobs, T. J. et Pally, R. (2005). *Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment*. Other Press.

Beebe, B. et Lachmann, F. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations. *Psychoanalytic psychology*, 5(4), 307–337. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.5.4.305>

Beebe, B. et Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11(2), 127–165. <https://doi.org/10.1037/h0079530>

Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment: co constructing interactions*. Analytic Press. <https://doi.org/10.1080/15289168.2002.10486420>

- Beeler, L.G. (2018). Mutual discoveries emerging from secrets, lies, deceptions and truths. Dans S. Lord (Ed.), *Moments of meeting in psychoanalysis: Interaction and change in the therapeutic encounter* (p. 234-247). Routledge.
- Benjamin, J. (2018). *Beyond doer and done to: Recognition theory, intersubjectivity and the third*. Routledge. <https://doi.org/10.1177/00030651211066111>
- Benjamin, J. (2005). Creating an intersubjective reality: Commentary on paper by Arnold Rothstein. *Psychoanalytic Dialogues*, 15(3), 447–457.
- Benjamin, J. (1995). *Like subjects, love objects*. Yale University Press.
- Bergin, A.E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(4), 235-246. <https://doi.org/10.1037/h0023577>
- Binder, J. L., et Strupp, H. H. (1997). “Negative process”: A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 121-139. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00105.x>
- Boesky, D. (1990). The psychoanalytic process and its components, *The Psychoanalytic Quarterly*, 59(4), 550–584. <https://doi.org/10.1080/21674086.1990.11927288>
- Bøglwald, K.P., Høglend, P., Sørbye, Ø., 1999. Measurement of transference interpretations. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(4), 264–273.
- Bollas, C. (1989). *Forces of destiny: Psychoanalysis and human idiom*. Free Association Books.

- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object*. Free Associations
- Bond, M. et Perry, J. C. (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1665– 1671. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1665>
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. Dans A. O. Horvath et L. S. Greenberg (dir.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (p. 13-37). Wiley.
- Borelli, J. L., Sohn, L., Wang, B. A., Hong, K., DeCoste, C. et Suchman, N. E. (2019). Therapist–client language matching: Initial promise as a measure of therapist–client relationship quality. *Psychoanalytic Psychology*, 36(1), 9–18. <https://doi.org/10.1037/pap0000177>
- Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2002). Explicating the implicit: The local level and the microprocesses of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 83(5), 1051-1062. <https://doi.org/10.1516/00207570260338746>
- Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2005a). The «something more» than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 693-729. <https://doi.org/10.1177/00030651050530030401>

Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2005b). Response to commentaries. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 761-769. <https://doi.org/10.1177/00030651050530030501>

Boston Change Process Study Group (BCPSG) et Nahum, J.P. (2008a). Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and reflective-verbal domains. *Psychoanalytic Dialogues*, 18(2), 125-148. <https://doi.org/10.1080/10481880801909351>

Boston Change Process Study Group (BCPSG) et Nahum, J.P. (2008b). Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and reflective-verbal domains. *Psychoanalytic dialogues*, 18(2), 125-148. <https://doi.org/10.1080/10481880801909351>

Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2010). *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*. Norton & Company.

Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2013). Enactment and the Emergence of New Relational Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 61(4), 727-749. <https://doi.org/10.1177/0003065113496636>

Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2018a). Moving through and being moved by: Embodiment in development and in the therapeutic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 54(2), 299-321. <https://doi.org/10.1080/00107530.2018.1456841>

Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2018b) Engagement and the emergence of a charged other. *Contemporary Psychoanalysis*, 54(3), 540-559. <https://doi.org/10.1080/00107530.2018.1490616>

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, volume 1. Attachment*. Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, volume 2. Separation: Anxiety and anger*. Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachement et perte, volume 3. La perte : Tristesse et dépression*. Presses universitaires de France.

Boyer, P. et Barrett, H. C. (2005). Domain specificity and intuitive ontologies. Dans D. M. Buss (Ed.), *The handbook of evolutionary psychology* (pp. 96–118). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470939376.ch3>

Braconnier, A. (1998). Traitements psychodynamiques. Dans *Psychologie dynamique et psychanalyse* (p.149-160). Masson.

Bram, A. D., Yalof, J. et Gottschalk, K. A. (2018). Psychological testing and psychoanalysis: Fixable gap or great divide? *Journal of Projective Psychology et Mental Health*, 25(2), 166-172.

Brazelton, T. B., Kozlowski, B. et Main, M. (1974). Origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. Dans M. Lewis et L. Rosenblum (dir.), *The effect of the infant on its caregiver* (p.49–76). Wiley.

Brennan, T. (2004). *The transmission of affect*. Cornell University Press.

Brown, B. (2017). *Rising Strong: How the Ability to Reset Transforms the Way We Live, Love, Parent, and Lead*. Random House.

Brown, B. (2012). *Daring Greatly: How the Courage to Be Vulnerable Transforms the Way We Live, Love, Parent, and Lead*. Gotham Books.

Brown, B. (2010). *The gifts of imperfection*. Brilliance Audio.

Bruschweiler-Stern, N. (1995). *La disponibilité socio-affective des bébés abandonnés dans deux orphelinats roumains*. [Thèse de doctorat n° 9612, Faculté de médecine, Université de Genève]. Google Scholar.

Bruschweiler-Stern, N., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W. et Stern, D. N. (2007). The foundational level of psychodynamic meaning: implicit process in relation to conflict, defense and the dynamic unconscious. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 843–860.

Butler, S. et Strupp, H. (1986). Specific and non-specific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23(1), 30-39. <https://doi.org/10.1037/h0085590>

Cabaniss, D.L., Arbuckle, M.R. et Douglas, C. (2010). Beyond the supportive-expressive continuum: An integrated approach to psychodynamic psychotherapy in clinical practice. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8(1), 25-31. <https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc25>

Cambray, J. (2018). Moments of complexity: Non local aspects of moments of meeting. Dans S. Lord (Ed.), *Moments of meeting in psychoanalysis: Interaction and change in the therapeutic encounter* (p. 67-83). Routledge.

Carpenter, M, Akhtar, N. et Tomasello, M. (1998). Fourteen- through 18-month-old infants differentially imitate intentional and accidental actions. *Infant Behavior and Development*, 21(2), 315-330. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(98\)90009-1](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(98)90009-1)

Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M.C., Mazziotta, J.C. et Lenzi, G.L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to

limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100(9), 5497–5502. <https://doi.org/10.1073/pnas.0935845100>

Caspar, F. (2009). Plan analysis in action. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5(2), Article 2, 25–27. http://hdl.rutgers.edu/1782.1/pcsp_journal

Caspar, F. et Ecker, S. (2008). Treatment of an avoidant patient with comorbid psychopathology: A plan analysis perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 139–153. <https://doi.org/10.1002/jclp.20448>

Castañeiras, C. et Fernández-Álvarez, H. (2014). Complex and difficult clinical patients: Reflections on Fernández-Álvarez' integrative psychotherapy model as applied to the case of "Sonia". *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 10(1), 40–47. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v10i1.1846>

Catty, J. (2006). "The vehicle of success": Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy. Dans D. Loewenthal et D. Winter (dir.), *What is psychotherapeutic research?* (p. 215–228). Karnac Books.

Cavdar, A. et Fisek, G. (2018). Here-and-Now Defensiveness and Interactive Regulation: A Relational Perspective on the Psychoanalytic Process, *Psychoanalytic Psychology*, 35(1), 93–105. <https://doi.org/10.1037/pap0000146>

Clark, A. (1997). *Being there: Putting brain, body and world together again*. MIT Press.

Clyman, R.B. (1991). The procedural organization of emotions: A contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39(Suppl), 349-382.

- Coleman Curtis, R. (2012). New experiences and meanings: A model of change for psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 29(1), 81–98. <https://doi.org/10.1037/a0025086>
- Colli, A. et Lingiardi, V. (2009). The Collaborative Interactions Scale: A New Transcript-Based Method for the assessment of Therapeutic Alliance Ruptures and Resolutions in Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19, 718-734. <https://doi.org/10.1080/10503300903121098>
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L. A., . . . Ring-Kurtz, S. (2009). Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 801– 813.
- Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Shelton, R. C., Hollon, S., Kurtz, J. E., Barber, J. P., . . . Thase, M. E. (1999). The reliability and validity of a measure of self-understanding of interpersonal patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 46(4), 472– 482. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.46.4.472>
- Connolly Gibbons, M. B., Thompson, S. M., Scott, K., Schauble, L. A., Mooney, T., Thompson, D., . . . Crits-Christoph, P. (2012). Supportive-expressive dynamic psychotherapy in the community mental health system: A pilot effectiveness trial for the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 49(3), 303– 316. <https://doi.org/10.1037/a0027694>
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Barber, J. P., Gallop, R., Beck, A. T., Mercer, D. et Frank, A. (2003). Mediators of outcome of psychosocial treatments for cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 918– 925. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.918>
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B. et Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. Dans M. J. Lambert (dir.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6^e éd., p. 139-193). Wiley.

- Crits-Christoph, P., Cooper, A., et Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 490-495. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.4.490>
- Crowther, C. et Schmidt, M. (2015). States of grace: Eureka moments and the recognition of the unthought known. *Journal of Analytical Psychology*, 60(1), 54–74.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J. et Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive psychotherapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 280– 291. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.003>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Ebert, D. D. (2019a). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(1), 21–30. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000057>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M. et Ebert, D. D. (2019b). *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 356-357. <https://doi.org/10.1017/S204579601800080X>
- D'abreu, A. (2006). The act of interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 87(4), 953-964. <https://doi.org/10.1516/AVLV-6TGF-XAW4-0FV9>
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens*. Harcourt.
- Davis, J.T. (2001). Revising psychoanalytic interpretations of the past: An examination of declarative and non declarative memory processes. *International Journal of Psychoanalysis*, 82(3), 449-462. <https://doi.org/10.1516/0020757011600966>

Davis, D. (2018). Living inside the moment: A view from self psychology. Dans S. Lord (Ed.), *Moments of meeting in psychoanalysis: Interaction and change in the therapeutic encounter* (p. 161-177). Routledge.

Decety, J. (1996). Do imagined and executed actions share the same neural substrate? *Cognitive Brain Research*, 3(2), 87–93. [https://doi.org/10.1016/0926-6410\(95\)00033-X](https://doi.org/10.1016/0926-6410(95)00033-X)

Decety, J. (2002). Is there such a thing as functional equivalence between imagined, observed, and executed action? Dans A.N. Meltzoff et W. Prinz (dir.), *The imitative mind: Development, evolution, and brain bases* (p. 291–310). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511489969.017>

Decety, J. et Chaminade, T. (2003). When the self represents the other: A new cognitive neuroscience view on psychological identification. *Consciousness and Cognition*, 12(4), 577–596. [https://doi.org/10.1016/S1053-8100\(03\)00076-X](https://doi.org/10.1016/S1053-8100(03)00076-X)

Decety, J. et Meyer, M. (2008). From emotion resonance to empathic understanding: A social developmental neuroscience account. *Development and Psychopathology*, 20(4), 1053–1080. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000503>

De Fife, J. A., Hilsenroth, M. J. et Gold, J. R. (2008). Patient ratings of psychodynamic psychotherapy session activities and their relation to outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(7), 538–547. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31817cf6d0>

De Jonghe, F, Rijniere, P., & Janssen, R. (1992). The role of support in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40(2), 475-499. <https://doi.org/10.1177/000306519204000208>

- De Rubeis, R.J. Brotman, M. A. and Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 174-183. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi022>
- DeYoung, P. A. (2018). Moments of meeting and the problem of shame: A brief history of relational therapy. Dans S. Lord (Ed.), *Moments of meeting in psychoanalysis: Interaction and change in the therapeutic encounter* (p. 84-99). Routledge.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Dakof, G. et Hogue, A. (1996). *Revised version of the Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* [document inédit]. Temple University.
- Di Pellegrino, G., Fadiga, I., Fogassi, L., Gallese, V. et Rizzolatti, G. (1992). Understanding motor events: A neurophysiological study. *Experimental Brain Research*, 91(1), 176–180. <https://doi.org/10.1007/BF00230027>
- Doctors, S.R. (2009) Interpretation as a Relational Process. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 4(4), 449-465. <https://doi.org/10.1080/15551020903185816>
- Doran, J.M. (2016) The working alliance: Where have we been, where are we going?, *Psychotherapy Research*, 26(2), 146-163. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.954153>
- Doran, J.M., Safran, J.D., Waizmann, V., Bolger, K. et Muran, J.C. (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research*, 22(6), 710-719. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709326>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., et Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43– 49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>

- Elliott, R. Greenberg, L.S. Watson, J. Timulak, L. et Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. Dans M. J. Lambert (Ed.), *Bergin et Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6^e éd., p. 495-538). Wiley.
- Elliott, R. et Wexler, M. M. (1994). Measuring the impact of sessions in process-experiential therapy of depression: The Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 166–174. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.2.166>
- Elvins, R. et Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>
- Emde, R.N. (2009). From ego to “We-Go”: Neurobiology and questions for psychoanalysis: Commentary on papers by Trevarthen, Gallese, and Ammaniti et Trentini. *Psychoanalytic Dialogues*, 19(5), 556–564. <https://doi.org/10.1080/10481880903232009>
- Enckell, H. et Enckell, M. (2013). The companion to the unknown. With the question as a starting-point and the mystery as a destination? *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 36(1), 5–11. <http://dx.doi.org/10.1080/01062301.2013.795358>
- Eubanks, C. F., Lubitz, J., Muran, J. C. et Safran, J. D. (2019). *Rupture Resolution Rating System*. Repéré de *PsycTESTS*. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/t76711-000>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>

- Fadiga, L., Fogassi, L., Pavesi, G. et Rizzolatti, G. (1995). Motor facilitation during action observation: A magnetic stimulation study. *Journal of Neurophysiology*, 73(6), 2608–2611. <https://doi.org/10.1152/jn.1995.73.6.2608>
- Fantz, R., Fagan, J. et Miranda, S. (1975). Early visual selectivity. Dans L. Cohen et P. Salapatek (Dir.), *Infant perception* (p. 249–346). Academic Press.
- Farber, B. A. et Doolin, E. M. (2011). Positive regard and affirmation. Dans J. Norcross (dir.), *Psychotherapy relationships that work* (2^e éd., p. 168– 186). Oxford University Press.
- Feeley, M., DeRubeis, R. J. et Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 578–582. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.4.578>
- Ferenczi, S. et Rank, O. (1924). *The development of psychoanalysis* (traduit par C. Newton). Kessinger Publishing, 2006.
- Feske, U. et Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26(4), 695– 720. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80040-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80040-1)
- Field, T.M., Woodson, R., Cohen, D., Greenberg, R., Garcia, R., et Collins, E. (1983). Discrimination and imitation of facial expressions by term and preterm neonates. *Infant Behavior et Development*, 6(4), 485–489. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(83\)90316-8](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(83)90316-8)
- Field, T.M., Woodson, R.W., Greenberg, R. et Cohen, D. (1982). Discrimination and imitation of facial expressions by neonates. *Science*, 218(4568), 179–181. <https://doi.org/10.1126/science.7123230>

- Fingert, J. (2003). The role of enactments, psychoanalytic dialogues. *The International Journal of Relational Perspectives*, 13(5), 677-687. <https://doi.org/10.1080/10481881309348763>
- Fisch, J. (2011). The essence of therapy: What is essential for a therapeutic engagement and psychic change to take place and what model/models explain it best? *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 6(3), 377-394. <https://doi.org/10.1080/15551024.2011.583333>
- Fischer, A. H. et Manstead, A. S. R. (2008). The social functions of emotion. Dans M. Lewis, J. Haviland-Jones et L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd ed.; pp. 456–470). Guilford Press.
- Fitzpatrick, M. R., Janzen, J., Chamodraka, M. et Park, J. (2006). Client critical incidents in the process of early alliance development: A positive emotion-exploration spiral. *Psychotherapy Research*, 16(4), 486-498.
- Fonagy, P. et Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411– 430. <https://doi.org/10.1002/jclp.20241>
- Fosha, D. (2018). Something more than “‘something more’ than interpretation’: Accelerated experiential dynamic psychotherapy (AEDP) works the experiential edge of transformational experience to transform the internal working model. Dans S. Lord (Ed.), *Moments of meeting in psychoanalysis: Interaction and change in the therapeutic encounter* (p. 267-292). Routledge.
- Fosshage, J. L. (2004). The explicit and implicit dance in psychoanalytic change. *Journal of the Analytic Psychology*, 49(1), 49-65. <https://doi.org/10.1111/j.0021-8774.2004.0440.x>

Frank, K.A. (2006). Toward a conceptualization of the personal relationship in therapeutic action: Beyond the “real relationship”. *Psychoanalytic Perspectives*, 3(1), 15-56. <https://doi.org/10.1080/1551806X.2005.10472918>

Frank, J. D., Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3^e éd.). Johns Hopkins University Press.

Frank, A. F. et Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47(3), 228–236.

Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 12, p. 97-108). Hogarth Press.

Freud, S. (1915). Observations on transference-love (further recommendations on the technique of psycho-analysis III). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 12, p. 159-173). Hogarth Press.

Freud, S. (1923). *Introduction à la psychanalyse*. Payot.

Freud, S. (1933). New introductory lectures on psycho-analysis. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 22, p. 1-182). Hogarth Press.

Freud, S. (1937/1985). Analyse avec fin et analyse sans fin. *Résultats, idées, problèmes II* (p.231-268). Presses Universitaires Françaises.

Freud, A. (1971). *Problems of psychoanalytic training, diagnosis, and the technique of therapy (1966-1970)*. International Universities Press.

Frieswyk, S.H., Allen, J.G., Colson, D.B., Coyne, L., Gabbard, G.O., Horwitz, L. et Newsom, G. (1986). Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 32-38. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.54.1.32>

Frijda, N. H. (2007). *The laws of emotion*. Erlbaum.

Fuertes, J. N., Mislowack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkenson, S. et Gelso, C. J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy Research*, 17(4), 423-430. <https://doi.org/10.1080/10503300600789189>

Gabbard, G.O. et Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 84(4), 823-841. <https://doi.org/10.1516/002075703768284605>

Gaensbauer, T.J. (2002). Representations of trauma in infancy: Clinical and theoretical implications for the understanding of early memory. *Infant Mental Health Journal*, 23, 259–277.

Gaensbauer, T.J. (2004). Telling their stories: Representation and reenactment of traumatic experiences occurring in the first year of life. *Zero to Three*, 24(5), 25–31.

Gaensbauer, T.J. (2011). Embodied simulation, mirror neurons, and the reenactment of trauma in early childhood. *Neuropsychoanalysis*, 13(1), 91–107.

Gaensbauer, T.J. (2016). Moments of meeting: The relevance of Lou Sander's and Dan Stern's conceptual framework for understanding the development of pathological social relatedness. *Infant Mental Health Journal*, 37(2), 172-188. <https://doi.org/10.1002/imhj.21555>

- Gallese, V. (2001). The “shared manifold” hypothesis: From mirror neurons to empathy. Dans E. Thompson (dir.), *Between ourselves: Second-person issues in the study of consciousness* (p. 33–50). Imprint Academic.
- Gallese, V. (2014). Bodily selves in relation: Embodied simulation as second-person perspective on intersubjectivity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 369(1644), 20130177.
<https://doi.org/10.1098/rstb.2013.0177>
- Gallese, V., Gadiga, L., Gogassi, L., et Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119(2), 593–609.
<https://doi.org/10.1093/brain/119.2.593>
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- Gaston, L. et Marmar, C. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. Dans A. Horvath et L. Greenberg (dir.), *The working alliance: Theory, research, and practice. Wiley series on personality processes* (p. 85-108). John Wiley et Sons.
- Gava, I., Barbui, C., Aguglia, E., Carlino, D., Churchill, R., De Vanna, M. et McGuire, H. F. (2007). Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005333.pub2>
- Geets, C. (1981). *Winnicott*. Jean-Pierre Delarge.
- Gelso, C. J. (2002). Real relationship: The “something more” of psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(1), 35-40.
<https://doi.org/10.1023/A:1015531228504>

- Gelso, C. J. (2009). The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research*, 19(3), 253-264. <https://doi.org/10.1080/10503300802389242>
- Gelso, C. J. et Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296>
- Gelso, C. J., Kelley, F. A., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., Holmes, S. E., Costa, C. et Hancock, G. R. (2005). Real Relationship Inventory—Therapist Form. Repéré de PsycTESTS. <https://dx.doi.org/10.1037/t01773-000>
- Gelso, C., Kivlighan, D. M. Jr., D., Busa-Knepp, J., Spiegel, E. B., Ain, S., Hummel, A. M., Ma, Y. E. et Markin, R. (2012). The unfolding of the real relationship and the outcome of brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 59(4), 495-506. <https://doi.org/10.1037/a0029838>
- Gergely, G. et Csibra, G. (1997). Teleological reasoning in infancy: The infant's naive theory of rational action. A reply to Premack and Premack. *Cognition*, 63(2), 227-233. [https://doi.org/10.1016/S0010-0277\(97\)00004-8](https://doi.org/10.1016/S0010-0277(97)00004-8)
- Gergely, G. Nadsasdy, Z., Csibra, G. et Biro, S. (1995). Taking the intentional stance at 12 months of age. *Cognition*, 56(2), 165-193. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(95\)00661-H](https://doi.org/10.1016/0010-0277(95)00661-H)
- Gianino, A. et Tronick, E. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation. Coping and defense capacities. Dans T.M. Field, P.M. McCabe et Schneiderman (dir.), *Stress and coping across development* (p.47-68). Erlbaum.
- Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Stirman, S. W., Gallop, R., Goldstein, L. A. et Ring-Kurtz, S. (2009). Unique and common mechanisms of

change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5) 801– 813. <https://doi.org/10.1037/a0016596>

Ginieri-Coccosis, M. et Vaslamatzis, G. (2012). Truths, reveries, internal moments of meeting: Reflections on the dialectics of the analytic relationship. *International Forum of Psychoanalysis*, 23(3), 171-182. DOI:10.1080/0803706X.2012.738308

Ginot, E. (2009). The empathic power of enactments: The link between neuropsychological processes and an expanded definition of empathy. *Psychoanalytic Psychology*, 26(3), 290–309. <https://doi.org/10.1037/a0016449>

Goates-Jones, M. (2006). *Client preferences for insight-oriented and action-oriented psychotherapy* (publication n° 3222301) [Thèse de doctorat, University of Maryland, College Park]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

Goldin, D. (2018). A conversation with the Boston Change Group on enactments. *Psychoanalysis, Self and Context*, 13(1), 85-94. <https://doi.org/10.1080/24720038.2018.1388061>

Goldman, G. A. et Gregory, R. J. (2009). Preliminary relationships between adherence and outcome in dynamic deconstructive psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(4) 480– 485. <https://doi.org/10.1037/a0017947>

Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 1023–1035. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.46.5.1023>

Gordon, K. M. et Toukmanian, S. G. (2002). Is *how* it is said important? The association between quality of therapist interventions and client processing. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(2), 88-98. <https://doi.org/10.1080/14733140212331384867>

- Gossmann, M. (2009). Affect-communication: The «something more than interpretation». *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 4(3), 330-353. <https://doi.org/10.1080/15551020902730299>
- Gotthold, J.J. et Sorter, D. (2006). Moments of Meeting: An exploration of the implicit dimensions of empathic immersion in adult and child treatment. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 1(1), 103-119.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. et Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: Which treatment effects support them? *Psychotherapy Research*, 13(1), 43– 58. <https://doi.org/10.1093/ptr/kpg006>
- Greenberg, J. (1996). Psychoanalytic words and psychoanalytic acts: A brief history. *Contemporary Psychoanalysis*, 32(2), 195-203. <https://doi.org/10.1080/00107530.1996.10746949>
- Greenberg, J. R. et Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Harvard University Press.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. International University Press.
- Grenyer, B. F. S. et Luborsky, L. (1996). Dynamic change in psychotherapy: Mastery of interpersonal conflicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 411– 416. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.411>
- Gopnik, A. et Slaughter, V. (1991). Young children's understanding of changes in their mental states. *Child Development*, 62(1), 98–110. <https://doi.org/10.2307/1130707>

Grolnick, S. (1990). *The work and play of Winnicott*. Aronson.

Grossmark, R. (2012). The unobtrusive relational analyst. *Psychoanalytic Dialogues*, 22, 629–646.

Harris, A. (2008). *Gender as soft assembly*. Routledge.

Hatcher, R. L. (2010). Alliance theory and measurement. Dans J. C. Muran et J. P. Barber, (dir.), *The Therapeutic Alliance: An evidence-based guide to practice* (p. 7–28). Guilford Press.

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.

Hatcher, R.L. et Barends, A.W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 292–299. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.292>

Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J. et Gutfreund, M. J. (1995). Patient's and therapist's shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 636-643. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.4.636>

Heimann P (1956). Dynamics of transference interpretations. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 303–10.

Helm, F.L. (2004). Hope is curative. *Psychoanalytic Psychology*, 21(4), 554–566. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.21.4.554>

- Herzog, B. (2011). Procedural interpretation: A method of working between the lines in the nonverbal realm. *Psychoanalytic Inquiry*, 31(5), 462-474. <https://doi.org/10.1080/07351690.2011.552050>
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baity, M. R. et Mooney, M. A. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(6), 349– 357. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000071582.11781.67>
- Hobson, P. (2002). *The cradle of thought: Exploring the origins of thinking*. Oxford University Press.
- Hofmann, S. et Smits, J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal Clinical Psychiatry*, 69(4), 621– 632. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0415>
- Hogenson, G.B. (2009). Synchronicity and moments of meeting. *Journal of Analytical Psychology*, 54(2), 183–197. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5922.2009.01769.x>
- Høglend, P., Engelstad, V., Sørbye, Ø., Heyerdahl, O. et Amlo, S. (1994). The role of insight in exploratory psychodynamic psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 67(4), 305– 317. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1994.tb01799.x>
- Holinger, P.C. (1999). Non-interpretive interventions in psychoanalysis and psychotherapy: A developmental perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 16(2), 233-253. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.16.2.233>
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 365–372. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.365>

- Hirvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 3-7. <https://doi.org/10.1080/10503300512331339143>
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: accomplishments, challenges and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258–263. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.258>
- Horvath, A. O. (2011). Alliance in common factor land: A view through the research lens. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 14(1), 121-135. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2011.45>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. et Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O. et Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 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, 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>
- Iacoboni, M. (2005). Understanding others: Imitation, language, empathy. Dans C. Hurley et N. Chater (dir.), *Perspectives on imitation: From cognitive neuroscience to social science* (vol. 2, p. 77–100). MIT Press.

Iacoboni, M., Woods, R., Brass, M., Bekkering, H., Mazziotta, J. et Rizzolatti, G. (1999). Cortical mechanisms of human imitation. *Science*, 286(5449), 2526–2528. <https://doi.org/10.1126/science.286.5449.2526>

Irving, K. (2019). The Role of Humor in Priming Intersubjectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 36(3), 207–215. <https://doi.org/10.1037/pap0000221>

Jacobs, T. (1994). Nonverbal communications: Some reflections on their role in the psychoanalytic process and psychoanalytic education. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42(3), 741-762. <https://doi.org/10.1177/000306519404200304>

Jacobs T.J. (1990). The corrective emotional experience—its place in current technique. *Psychoanalytic Inquiry*, 10(3), 433–54. <https://doi.org/10.1080/07351690.1990.10399617>

Johansson, P. Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K. P., . . . Heyerdahl, O. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 438– 448. <https://doi.org/10.1037/a0019245>

Johansen, P. Ø., Krebs, T. S., Svartberg, M., Stiles, T. C. et Holen, A. (2011). Change in defense mechanisms during short-term dynamic and cognitive therapy in patients with cluster C personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(9), 712– 715. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318229d6a7>

Jones E. E. (2000). *Therapeutic action*. Jason Aronson.

Jones, E. E. (1997). Modes of therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 78(6), 1135-1150.

- Jordan, L. (1997). Nonverbal communication in analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45(4), 1261-1269.
<https://doi.org/10.1177/00030651970450041001>
- Kahn, E. (1996). The intersubjective perspective and the client-centered approach: Are they one at their core? *Psychotherapy*, 33(1), 30-42.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.1.30>
- Kalita, L. (2019). Deep listening: Explorations on the musical edge of therapeutic dialogue. *Psychoanalytic Psychology*, 37(4), 282-293.
<http://dx.doi.org/10.1037/pap0000285>
- Kallestad, H., Valen, J., McCullough, L., Svartberg, M., Høglend, P. et Stiles, T. C. (2010). The relationship between insight gained during therapy and long-term outcome in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Psychotherapy Research*, 20, 526- 534.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2010.492807>
- Kanfer, F. H. et Goldstein, A. P. (1991). *Helping people change*. Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418-428. doi:10.1080/10503300802448899
- Kazdin, A. E. et Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129.
<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00195>
- Kiesler, D. J. (1971). Experimental designs in psychotherapy research. Dans A. E. Bergin et S. L. Garfield (dir.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (p. 36- 74). Wiley.

- Kelley, F. A., Gelso, C. J., Fuertes, J. N., Marmarosh, C. et Lanier, S. H. (2010). *Real Relationship Inventory—Client Version*. Repéré de PsycTESTS. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/t03450-000>
- Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R. et Sheldrick, R. C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 285– 299. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.3.285>
- Kernberg, O. F. (2011). Divergent Contemporary Trends in Psychoanalytic. *Psychoanalytic Review*, 98(5), 633-64. <https://doi.org/10.1521/prev.2011.98.6.633>
- Kessen, W., Haith, M. et Salpatek, P. (1970). Human infancy: A bibliography and guide. Dans P. H. Mussen (dir.), *Carmichael's manual of child psychology* (vol. 1). Wiley.
- Kim, P. H., Boren D, Solem SL. (2001). The Kim Alliance Scale: Development and preliminary testing. *Clinical Nursing Research*. 10(3), 314-31. <https://doi.org/10.1177/c10n3r7>
- Kirsch, I. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy*. Brooks/Cole.
- Kivlighan, D.M. (2007). Where Is the Relationship in Research on the Alliance? Two Methods for Analyzing Dyadic Data, *Journal of Counseling Psychology*, 54 (4), 423–433.
- Kivlighan, D. M. Jr., Multon, K. D. et Patton, M. J. (2000). Insight and symptom reduction in time-limited psychoanalytic counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 50– 58. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.50>

- Knight, Z.G. (2021). A re-consideration of interpretation. A relational approach. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 24, 287-294. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.555>
- Knoblauch, S.H. (2008): "A lingering whiff of descartes in the air": From theoretical ideas to the messiness of clinical participation: Commentary on paper by the Boston Change Process Study Group. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 18(2), 149-161. <https://doi.org/10.1080/10481880801909500>
- Knox, R. (2008). Clients' experiences of relational depth in person-centred counselling. *Counselling & Psychotherapy Research*, 8(3), 182-188. <https://doi.org/10.1080/14733140802035005>
- Knox, R. et Cooper, M. (2011). A state of readiness: An exploration of the client's role in meeting at relational depth. *Journal of Humanistic Psychology*, 51(1), 61-81. <https://doi.org/10.1177/0022167810361687>
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C-C. et Austin, S. B. (2011). Congruence/genuineness. Dans J. Norcross (dir.), *Psychotherapy relationships that work* (2^e éd., p. 187– 202). Oxford University Press.
- Kramer, U., Despland, J.-N., Michel, L., Drapeau, M. et de Roten, Y. (2010). Change in defense mechanisms and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 66(12), 1232– 1241. <https://doi.org/10.1002/jclp.20719>
- Lacan, J. (1988). *Freud's papers on technique, 1953-1954*. WW Norton et Company.
- Lacan, J. (1978). *Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse (S II), 1954-1955*. Le Seuil.

Lachmann, F.M. et Beebe, B.A. (1996). Three principles of salience in the organization of the patient-analyst interaction. *Psychoanalytic Psychology*, 13(1), 1-22. <https://doi.org/10.1037/h0079635>

Lakoff, G. et Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to western thought*. Basic Books.

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. Dans J. C. Norcross et M. R. Goldfried (dir.), *Handbook of psychotherapy integration* (p. 94– 129). Basic Books.

Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42–51. <https://doi.org/10.1037/a0030682>

Lambert, M. J. et Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>

Lambert, M. J. et Bergin, A.E. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6th Edition*. Wiley and Sons Inc.

Lambert, M. J., Hansen, N. B. et Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 159– 172.

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* (5^e éd., p. 139-193). Wiley.

Lambert, M. J. et Ogles, B. M. (2016). Treatment outcome studies. Dans Norcross, J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim et B. O. Olatunji (dir), *APA*

handbook of clinical psychology: Theory and research Vol. 2, (p. 465-477). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14773-021>

Landman, J. T. et Dawes, R. M. (1982). Smith and Glass' conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist*, 37(5), 504– 516. [https://doi.10.1037//0003-066x.37.5.504](https://doi.org/10.1037//0003-066x.37.5.504)

Landry, M. et Lyons-Ruth, K. (1980). Recursive structure in cognitive perspective taking. *Child Development*, 51(2), 386–394. doi:10.2307/1129271

Langs, R. (1973). *The technique of psychoanalytic psychotherapy* (vol. 1). Jason Aronson.

Larsson, M.H., Björkman, K., Nilsson, K. Falkenström, F., Holmqvist, R. (2019). The Alliance and Rupture Observation Scale (AROS): Development and validation of an alliance and rupture measure for repeated observations within psychotherapy sessions. *Journal of Clinical Psychology*, 75(3), 404–417. [https://doi.10.1002/jclp.22704](https://doi.org/10.1002/jclp.22704)

Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 73–102.

Ledermann, R. (1995). Thoughts on interpreting. *Journal of Analytical Psychology*, 40(4), 523-529. <https://doi.org/10.1111/j.1465-5922.1995.00523.x>

Leichsenring, F. et Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1223>

- Leichsenring, F. et Steinert, C. (2017). La terapia cognitivo-comportamentale è veramente la più efficace? / Is cognitive behavior therapy really the most effective form of psychotherapy?, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 51(4), 551-558. <https://doi.org/10.3280/PU2017-004003>
- Levenkron, H. (2009). Engaging the implicit: Meeting points between the Boston Change Process Study Group and Relational Psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 45(2), 179-217. <https://doi.org/10.1080/00107530.2009.10745995>
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K.M., Reynoso, J.S., Weber, M., Clarkin, J.F. et Kernberg, O.F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>
- Lewis, M. et Brooks, J. (1975). Infants' social perception: A constructionist view. Dans L. Cohen et P. Salapatek (dir.), *Infant perception: From sensation to cognition* (vol. 2, p. 101-148). Wiley-Interscience. doi:10.1016/B978-0-12-178602-1.50010-5
- Lillie, N. (2002). Women, alcohol, self-concept and self-esteem: A qualitative study of the experience of person-centred counselling. *Counselling et Psychotherapy Research*, 2(2), 99- 107. <https://doi.org/10.1080/14733140212331384877>
- Linden, J., Stone, J. et Shertzer, B. (1965). Development and evaluation of an inventory for rating counseling. *Personnel and Guidance Journal*, 44(3), 267-276. <https://doi.org/10.1002/j.2164-4918.1965.tb03516.x>
- Lingiardi, V., Holmqvist, R., et Safran, J. D. (2016). Relational turn and psychotherapy research. *Contemporary Psychoanalysis*, 52(2), 275-312. <https://doi.org/10.1080/00107530.2015.1137177>

- Lipsey, M. W. et Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), 1181– 1209. <https://doi.10.1037//0003-066x.48.12.1181>
- Loewald, H. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 16-33.
- Lomas, P. (1993). The nature of interpretation. Dans *Cultivating intuition: An introduction to psychotherapy* (p.47-65). Aronson.
- Lord, S. (2018). Mindfulness, intimacy and presence: Moments of meeting in psychotherapy. Dans S. Lord (Ed.), *Moments of meeting in psychoanalysis: Interaction and change in the therapeutic encounter* (p. 293-307). Routledge.
- Löwenstein, R. (1952). Some remarks on the role of speech in psychoanalytic technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 460-468.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. Dans J. L. Clanghorn (dir.), *Successful psychotherapy* (p. 92-116). Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. Basic Books.
- Luborsky, L. et Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10250-000>
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. et Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42(6), 602– 661. <https://doi.10.1001/archpsyc.1985.01790290084010>

- Lyons-Ruth, K. (1991). Rapprochement or approchement: Mahler's theory reconsidered from the vantage point of recent research on early attachment relationships. *Psychoanalytic Psychology*, 8(1), 1-23. <https://doi.org/10.1037/h0079237>
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4) 576-617. <https://doi.org/10.1080/07351699909534267>
- Lyons-Ruth, K. (2000). "I sense that you sense that I sense...": Sander's recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 85-98. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(200001/04\)21:1/23.O.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/23.O.CO;2-F)
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(3), 883-911. <https://doi.org/10.1177/00030651030510031501>
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., Stern, D. et Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<282:AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<282:AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O)
- Macaulay, H. L., Toukmanian, S. G. et Gordon, K. M. (2007). Attunement as the core of therapist-expressed empathy. *Canadian Journal of Counselling*, 41(4), 244-254.
- Macaskie, J. (2017). Relational conversation: Linking head and heart as a mean to transformation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17(3), 170-175. <https://doi.org/10.1002/capr.12119>

- Mander, J. Schlarb, A., Teufel, M., Keller, K., Hautzinger, M. Zipfel, S., Wittorf, A., Sammet, I. (2015). The Individual Therapy Process Questionnaire: Development and validation of a revised measure to evaluate general change mechanisms in psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(2), 328–345. <https://doi.org/10.1002/cpp.1892>
- Marchand, A., Roberge, P., Primiano, S. et Germain, V. (2009). A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1139– 1147. <https://doi.10.1016/j.janxdis.2009.07.019>
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., Weiss, D. S. et Marziali, E. (1986). Development of therapeutic rating system. Dans L. S. Greenberg and W. M. Pinsof (dir.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (p. 367-390). Guilford.
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Mallery, C., Choi, J., Majors, R. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 337-350. <https://doi.org/10.1037/a0015169>
- Marrs, R. W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, 23(6), 843– 870. <https://doi.10.1007/BF02507018>
- Martin, D. J., Garske, J. P. et Davis, M. K. (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.
- 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.10.1176/ajp.138.3.361>

- Matos, M. (2004). Retomando a interpretação mutativa de J. Strachey / Recapturing J. Strachey's mutative interpretation, *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 25, 155-173.
- McGowan, J. R., Lavender, T. et Garety, P. A. (2005). Factors in outcome of cognitive-behavioural therapy for psychosis: Users' and clinicians' views. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(4), 513-529. <https://doi.org/10.1348/147608305X52559>
- McGregor Hepburn, J. (2021). Strachey's shadow: A re-examination of the use of the mutative interpretation, *British Journal of Psychotherapy*, 37(2), 195-207.
- McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hanson, L. et Priebe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health: STAR. *Psychological Medicine*, 37(1), 85–95. <https://doi.10.1017/S0033291706009299>
- McNeill, D. (2005). *Gesture and thought*. University of Chicago Press.
- McNeilly, C.L. et Howard, K.I. (1991) The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research*, 1(1), 74-78. <https://doi.org/10.1080/10503309112331334081>
- Mellado, A., Suárez, N., Altimir, C., Martínez, C., Pérez, J., Krause, M. et Horvath, A. (2017). Disentangling the change–alliance relationship: Observational assessment of the therapeutic alliance during change and stuck episodes. *Psychotherapy Research*, 27(5), 595-607. <https://doi.10.1080/10503307.2016.1147657>
- Meltzoff, A. (1995). Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by 18-month-old children. *Developmental Psychology*, 31(5), 838-850. <https://doi.10.1037/0012-1649.31.5.838>

- Meltzoff, A. N. et Gopnik, A. (1993). The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg et D. Cohen (dir.), *Understanding other minds: Perspectives from autism* (p. 335-366). Oxford University Press.
- Meltzoff, A.N. et Moore, M.K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198(4312), 75–78. <https://doi.org/10.1126/science.897687>
- Meltzoff, A.N. et Moore, M.K. (1995). Imitation, memory, and the representation of persons. *Infant Behavior et Development*, 17(1), 83–99. [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(94\)90024-8](https://doi.org/10.1016/0163-6383(94)90024-8)
- Mendlovic, S., Doron, A., Saad, A., Atzil-Slonim, D., Mar’l, S., Bloch, Y. et Ben Yehuda, A. (2017). The MATRIX, a novel tool exploring dynamic psychotherapy: Preliminary psychometric properties, *Psychiatry Research*, 258, 344–350. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.047>
- Messer, S.B. (2012). The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change. *Psychotherapy Research*, 22(3), 363-365. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.643254>
- Messer, S. B., Tishby, O. et Spillman, A. (1992). Rutgers Psychotherapy Process Scales. Repéré de PsycTESTS. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/t01047-000>
- Meyers, S. (2000). Empathic listening: Reports on the experience of being heard. *Journal of Humanistic Psychology*, 40(2), 148-173. <https://doi.org/10.1177/0022167800402004>
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H.J., (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(1), 40–54.

- Miller, M. L. (2008). The emotionally engaged analyst I: Theories of affect and their influence on therapeutic action. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 3-25. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.1.3>
- Mills, J. (2005). *A critique of relational psychoanalysis*. *Psychoanalytic Psychology*, 22(2), 155–188.
- Mills, J. (2012). *Conundrums: A critique of contemporary psychoanalysis*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Mitchell, S. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Harvard University Press.
- Mitchell, S. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. Basic Books.
- Mitchell S. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Analytic Press.
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Analytic Press.
- Mitchell, S. (2003). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Routledge.
- Mitchell, S. A. et Aron, L. (dir.). (1999). *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition*. Analytic Press.
- Modell, A (1991). *Other times, other realities*. Harvard University Press.

- Modell, A. (1976). "The holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24(2), 285-308. <https://doi.org/10.1177/000306517602400202>
- Molinaro (1998). Development and validation of a new measure of therapist focus on alliance related content. *Dissertation Abstracts International*, 58(10), 5651B.
- Morgan, A. C. et Boston Change Process Study Group. (1998). Moving along to things left undone. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 324-332. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<324::AID-IMHJ9>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<324::AID-IMHJ9>3.0.CO;2-L)
- Munder, R., Murray, G. et Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 953-962. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30100-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1)
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C., & Wampold, B. E. (2019). Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 268-274. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>
- Muran, J. C. et Safran, J. D. (2016). Therapeutic alliance ruptures. Dans A. E. Wenzel (dir.), *Sage encyclopedia of abnormal and clinical psychology*. Sage.
- Nahum, J. P. (1994). New theoretical Vistas in Psychoanalysis: Louis Sander's Theory of Early Development. *Psychoanalytic Psychology*, 11(1), 1-19. <https://doi.org/10.1037/h0079512>
- Nahum, J. P., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Sander, L., Stern, D. N. et Tronick, E. Z. (1998). Case illustration: moving along...and is change gradual or sudden? *Infant Mental Health Journal*, 19(3),

315–319. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<315:AID-IMHJ7>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<315:AID-IMHJ7>3.0.CO;2-K)

Nasio, J.-D. (1994). Introduction à l'œuvre de Winnicott. Dans *Introduction aux œuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto et Lacan* (p. 261-299). Payot et Rivages.

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press

Norcross, J. C. et M. R. Goldfried. (2013). *Handbook of psychotherapy integration*. Basic Books.

Norcross, J. C. et Lambert, M.J. (2018). Psychotherapy Relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>

Norcross, J. C. et Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>

Ogles, B. M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. Dans M. J. Lambert (dir.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6^e éd., p. 134-166). Wiley.

Ogrodniczuk, J. S. et Piper, W. E. (1999). Measuring therapist technique in psychodynamic psychotherapies, development, and use of a new scale. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(2), 142– 154.

O'Malley, S.S., Suh, C.S. et Strupp, H.H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A Report on the Scale Development and a Process-Outcome Study.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(4), 581-586.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.4.581>

Orlinsky, D. E., Grawe, K. et Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. Dans A. Bergin et J. S. Garfield (dir.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^e éd., p. 270-378). Wiley.

Orlinsky, D. E. et Howard, K. I. (1966). *Therapy Session Report (Form T and Form P)*. Institute of Juvenile Research.

Orlinsky, D. E. et Howard, K. I. (1967). The good therapy hour: Experiential correlates of patients' and therapists' evaluations of therapy sessions. *Archives of General Psychiatry*, 16(5), 621–632.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1967.01730230105013>

Orlinsky, D. E. et Howard, K. I. (1975). *Varieties of psychotherapeutic experience: Multivariate analysis of patients' and therapists' reports*. Teachers College Press.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. et Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. Dans M. J. Lambert (dir.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5^e éd., p. 307-389). Wiley.

Oster, H. (1978). Facial expression and affect development. Dans M. Lewis et L. Rosenblum (dir.), *The development of affect* (p. 43–75). Plenum Press.
https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2616-8_3

Owen, J. et Hilsenroth, M. J. (2011). Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6), 384–389.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd28a>

- Peery, C. (1980). Neonate-adult head movement. *Developmental Psychology*, 16(4), 245–250. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.16.4.245>
- Perry, J. C. et Henry, M. (2004). *Studying defense mechanisms in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales*. Dans U. Hentschel, G. Smith, J. G. Draguns et W. Ehlers (dir.), *Advances in psychology*, 136. *Defense mechanisms: Theoretical, research and clinical perspectives* (p. 165–192). Elsevier Science Ltd. [https://doi.org/10.1016/S0166-4115\(04\)80034-7](https://doi.org/10.1016/S0166-4115(04)80034-7)
- Pine, F. (1985). *Developmental theory and clinical process*. Yale University Press
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R. et Knobloch-Fedders, L. M. (2008). Factorial and construct validity of the revised short form integrative psychotherapy alliance scales for family, couple, and individual therapy. *Family Process*, 47(3), 281–301. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2008.00254.x>
- Priebe, S. et Gruyters, T. (1993). Role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(9), 553–557. <https://doi.org/10.1097/00005053-199309000-00004>
- Pulver SE (1992). Psychic change: Insight or relationship? *International Journal of Psychoanalysis*, 73, 199–208.
- Ramberg, L. (2006). In dialogue with Daniel Stern: A review and discussion of the Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life. *International Forum of Psychoanalysis*, 15(1), 19–33. <https://doi.org/10.1080/08037060600581585>
- Reis, B. (2018). Being-with: From infancy through philosophy to psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 38(2), 130-137. <https://doi.org/10.1080/07351690.2018.1405668>

- Richard, H. (1990). Les voies de la recherche clinique en psychanalyse : compte-rendu préalable à la lecture du dossier *Le réel et la mort dans la situation thérapeutique*. *Santé mentale au Québec*, 15(2), 157–167. <https://doi.org/10.7202/031568ar>
- Ringstrom, P.A. (2007). Scenes that Write Themselves: Improvisational Moments in Relational Psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 17(1), 69-99. [http://dx.doi.org/10.1\(80/10481880701301303](http://dx.doi.org/10.1(80/10481880701301303)
- Rizzolatti, G., Craighero, L. et Fadiga, L. (2002). The mirror system in humans. Dans M.I. Stamenov et V. Gallese, (dir.), *Mirror neurons and the evolution of brain and language* (p. 37–59). John Benjamins.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. et Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 131–141. [https://doi.org/10.1016/0926-6410\(95\)00038-0](https://doi.org/10.1016/0926-6410(95)00038-0)
- Rizzolatti, G., Fogassi, L. et Gallese, V. (2004). Cortical mechanisms subserving object grasping, action understanding and imitation. Dans M.S. Gazzaniga (Ed.), *The new cognitive neurosciences III* (p. 427–440). MIT Press.
- Rochat, P. (Ed.). (1999). *Early social cognition*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Rodgers, B. (2002). Investigation into the client at the heart of therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(3), 185–193. <https://doi.org/10.1080/14733140212331384815>
- Rogers, Carl R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1955). Facilitation of Personal Growth. *The School Counselor*, 2(1).

Rogers, C. R. (1958). The Characteristics of a Helping Relationship. *Personnel and Guidance Journal*, 37(1), 6-16. <https://doi.org/10.1002/j.2164-4918.1958.tb01147.x>

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. Dans S. Koch (dir.), *Psychology: A Study of a Science* (vol. 3: Formulations of the Person and the Social Context). McGraw Hill.

Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a person: A psychotherapists view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The counseling psychologist*, 5(2), 2-10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>

Rogers, C. R. (1976). *Psychothérapie et relations humaines. Théorie et pratique de la thérapie non directive*. Presses Universitaires de Louvain.

Rogers, C. R. (1980). *Way of Being*. Houghton Mifflin.

Romanelli, A., Moran, G.S. et Tishby, O. (2019) I'mprovisation – Therapists' Subjective Experience during Improvisational Moments in the Clinical Encounter. *Psychoanalytic Dialogues*, 29(3), 284-305. DOI: 10.1080/10481885.2019.1614836

Roussillon, R. (1995). *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. PUF.

Roussillon, R. (2005). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. PUF.

- Roussillon R. (2007). Le langage et l'objet. *Revue française de psychanalyse*, 71, 1441–1447. <https://doi.org/10.3917/rfp.715.1441>
- Safran, J. D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30, 11–24. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.1.11>
- 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, 447–458. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>
- Safran, J. D., et Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Safran, J. D. et Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 286–291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Sander, L.W. (1962). Issues in early mother-child interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1, 141–166. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60013-3](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60013-3)
- Sander, L.W. (1983). Polarity, paradox, and the organizing process in development. Dans J. Call, E. Galenson et R. Tyson (dir.), *Frontiers of infant psychiatry* (p. 333–346). Basic Books.

Sander, L. (1985), Toward a logic of organization in psychobiological development. Dans *Biologic Response Styles*, H. Klar et L. Siever (dir.) (p.20-36). American Psychiatric Association.

Sander, L. (1995). Identity and the experience of specificity in a process of recognition. *Psychoanalytic Dialogues*, 5(4), 579-593. <https://doi.org/10.1080/10481889509539095>

Sander, L.W. (2000). Where are we going in the field of infant mental health? *Infant Mental Health Journal*, 21, 5–20. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(200001/04\)21:1/2<5::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/2<5::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-S)

Sander, L. (2008). Living systems, evolving consciousness, and the emerging person. Dans G. Amadei et I. Bianchi (dir.), *Psychoanalytic Inquiry book series* (vol. 26: Living systems, evolving consciousness, and the emerging person: A selection of papers from the life work of Louis Sander). Analytic Press.

Sandler, J. et Sandler, A.-M. (1983). The ‘second censorship’, the ‘three box model’, and some technical implications. *International Journal of Psycho-Analysis*, 64(4), 413–425.

Sanville, J. (1971). *The playground of psychoanalytic therapy*. The Analytic Press.

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>

Schlesinger, H. (1995). The process of interpretation and the moment of change. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43(3), 663-688. <https://doi.org/10.1177/000306519504300301>

Schnellbacher, J. et Leijssen, M. (2009). The significance of therapist genuineness from the client's perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(2), 207-228. <https://doi.org/10.1177/0022167808323601>

Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origins of the self: The neurobiology of emotional development*. Erlbaum.

Schwaber, E. (1998). The non-verbal dimension in psychoanalysis: 'State' and its clinical vicissitudes. *International Journal of Psychoanalysis*, 79(4), 667-679.

Seligman, S. (2017). *Relationships in development: Infancy, intersubjectivity, and attachment*. Routledge. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.4.450>

Seligman, S. et Harrison, A. (2012). Infancy research, infant mental health, and adult psychotherapy: Mutual influences. *Infant Mental Health Journal*, 33(4), 339-349. <https://doi.org/10.1002/imhj.21330>

Shapiro, T. (2018). Now Moments in Psychotherapy and Psychoanalysis and Baby Watching, *Psychoanalytic Inquiry*, 38(2), 120-129. <https://doi.org/10.1080/07351690.2018.1405666>

Shapiro, D. A. et Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581- 604.

Sheets-Johnstone, M. (1999). *The primacy of movement*. Benjamins.

Sherman, J. J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 413- 435. <https://doi.org/10.1023/A:1024444410595>

- Shimokawa, K., Lambert, M. J. et Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298–311. doi: 10.1037/a0019247
- Shirk, S. R. et Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452-464. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.452>
- 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>
- Silberschatz, G. (2017). Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 27(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1076202>
- Simpson, E.A., Murray, L., Paukner, A. et Ferrari, P.F. (2013). The mirror neuron system as revealed through neonatal imitation: Presence from birth, predictive power and evidence of plasticity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 369(1644), 20130289. <https://doi.org/10.1098/rstb.2013.0289>
- Singer, T. et Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 81–96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
- Singer, T., Seymour, B., O’Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R.J. et Frith, C.D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*, 303(5661), 1157–1162. <https://doi.org/10.1126/science.1093535>

- Sirois, F. et Alcorn, D. (2012). The role and importance of interpretation in the talking cure, *The International Journal of Psychoanalysis*, 93(6), 1377-1402. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2012.00650.x>
- Slavin, M.O. (2018). Probing for realness and reciprocity in the early years of an analysis. Dans S. Lord (Ed.), *Moments of meeting in psychoanalysis: Interaction and change in the therapeutic encounter* (p. 209-221). Routledge.
- Slavin-Mulford, J., Hilsenroth, M., Weinberger, J. et Gold, J. (2011). Therapeutic interventions related to outcome in psychodynamic psychotherapy for anxiety disorder patients. *Journal of Nervous et Mental Disease*, 199(4), 214– 221. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182125d60>
- Smedslund, J. (2009). The mismatch between current research methods and the nature of psychological phenomena. *Theory & Psychology*, 19, 778–794. <https://doi.org/10.1177/0959354309345648>
- Smith, M.L. et Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.32.9.752>
- Smith, M. L., Glass, G. V. et Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Spektor, D. (2008). *Therapists' adherence to manualized treatments in the context of ruptures* (Thèse de doctorat no. 3333897). Dissertations and Theses database.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life*. New York, NY: International Universities Press.

- Stange Bernhardt, I., Nissen-Lie, H.A. et Rabu, M. (2021). The embodied listener: A dyadic case study of how therapist and patient reflect on the significance of therapist's personal presence for the therapeutic change process. *Psychotherapy Research*, 31(5), 682-694, <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1808728>
- Stechler, G. et Carpenter, G. (1967). A viewpoint on early affective development. Dans J. Hellmuth (dir.), *Exceptional infant* (vol. 1: The normal infant). Straub et Hellmuth.
- Sterba, R. E. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117– 126.
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated experience: From dissociation to imagination in psychoanalysis*. The Analytic Press.
- Stern, D. B. (2004). *Partners in thought: Working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. The Analytic Press.
- Stern, D. B. (2010). *Partners in thought: Working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. Routledge.
- Stern, D. B. (2013). Relational freedom and therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61(2), 227–256. <https://doi.org/10.1177/0003065113484060>
- Stern, D.B. (2015). *The Interpersonal Field: Its Place in American Psychoanalysis*, *Psychoanalytic Dialogues*, 25(3), 388-404. <https://doi.org/10.1080/10481885.2015.1034568> To link to this article: <https://doi.org/10.1080/10481885.2015.1034568>

- Stern, D.N. (1971). A micro-analysis of mother-infant interaction: Behaviors regulating social contact between a mother and her three-and-a-half months twins. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10(3), 501-517. [https://doi.org/10.1016/s0002-7138\(09\)61752-0](https://doi.org/10.1016/s0002-7138(09)61752-0)
- Stern, D.N. (1974). Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviors. Dans M. Lewis et L. Rosenblum (dir.), *The effect of the infant on its caregiver* (p.187–213). Wiley.
- Stern, D.N. (1977). *The first relationship: Infant and mother*. Harvard University Press.
- Stern, D.N. (1983). The early development of self, other and 'self with other'. Dans J. Lichtenberg et S. Kaplan (dir.), *Reflections on self-psychology* (p.49-84). Analytic Press.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development psychology*. Basic Books.
- Stern, D.N. (1994). One way to develop a clinically relevant baby. *Infant Mental Health Journal*, 15(1), 9–25. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199421\)15:1<9::AID-IMHJ2280150103>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199421)15:1<9::AID-IMHJ2280150103>3.0.CO;2-V)
- Stern, D.N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Basic Books.
- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Norton.
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. et Tronick, E. Z. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 300–

308. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<300:AID-IMHJ5>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<300:AID-IMHJ5>3.0.CO;2-P)

Stern, D.N., Hofer, L., Haft, W. et Dore, J. (1985). Affect attunement: The sharing of feeling states between mother and infant by means of intermodal fluency. Dans T. Field et N. Fox (dir.), *Social Perception in Infants*. Ablex.

Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N. et Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79(5), 903–921.

Stern. S. (2017). Holistic Thinking and Therapeutic Action: Building on Louis Sander's Contribution. *Psychoanalytic Dialogues*, 27(1), 89-103. <https://doi.org/10.1080/10481885.2017.1260959>

Strenger, C. (1998). *Individuality: The impossible project. Psychoanalysis and self creation*. International Universities Press.

Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 176–185. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.48.2.176>

Stiles, W. B. et Snow, J. S. (1984). Counseling session impact as viewed by novice counselors and their clients. *Journal of Counseling Psychology*, 31(1), 3–12. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.31.1.3>

Stiles, W. B., Reynolds, S., Hardy, G. E., Rees, A., Barkham, M. et Shapiro, D. A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 175–185. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.2.175>

- Stolorow, R. D. (1998). Clarifying the intersubjective perspective: A reply to George Frank. *Psychoanalytic Psychology*, 15(3), 424–427. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.15.3.424>
- Stolorow, R.D. (1997a). Dynamic, dyadic, intersubjective systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 14(3), 337-346. <https://doi.org/10.1037/h0079729>
- Stolorow R.D. (1997b): Principles of dynamic systems, intersubjectivity, and the obsolete distinction between one-person and two-person psychologies, *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 7(6), 859-868. <https://doi.org/10.1080/10481889709539224>
- Stolorow, R. D. et Atwood, G. E. (2012). Deconstructing “The Self” of Self Psychology, *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 7(4), 573-576. <https://doi.org/10.1080/15551024.2012.710930>
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E. et Brandchaft, B. (dir.). (1994). *The intersubjective perspective*. Jason Aronson.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 127–159.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., DeRubeis, R. J. et Hollon, S. D. (2010). Therapist competence in cognitive therapy for depression: Predicting subsequent symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 429-437. <https://doi.org/10.1037/a0019631>
- Suh, C. S., O'Malley, S. S., Strupp, H. H. et Johnson, M. E. (1989). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS). *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3(2), 123–154. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.3.2.123>

- Suh, C. S., Strupp, H. H. et O'Malley, S. S. (1986). The Vanderbilt process measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). Dans L. S. Greenberg et W. M. Pinsof (dir.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (p. 285-323). Guilford.
- Summers, F. (2005). *Self creation: Psychoanalytic therapy and the art of the possible*. The Analytic Press.
- Summers, F. (2012). Creating new ways of being and relating. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(2), 143-161. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.666154>
- Svensson, B. et Hansson, L. (1999). Relationships among patient and therapist ratings of therapeutic alliance and patient assessment of therapeutic process: a study of cognitive therapy with long term mentally ill patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(9), 579–585. <https://doi.org/10.1097/00005053-199909000-00008>
- Talia, A., Miller-Bottomo, M. et Daniel, S.I. (2017). Assessing attachment in psychotherapy: Validation of the Patient Attachment Coding System (PACS). *Clinical Psychology & Psychotherapy* 24, 149–161. <https://doi.org/10.1002/cpp.1990>
- Teicholz, J. G. (2006a). Negative identifications, messy complexity, and windows of hope: Response to Pickles's discussion of 'Qualities of engagement and the analyst's theory'. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 1(4), 435–444.
- Teicholz, J. G. (2006b). Qualities of engagement and the analyst's theory. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 4(1), 47–77. https://doi.org/10.2513/s15551024ijpsp0101_4

- Tessman, L.H. (2019). Momentums of Meeting. *Psychoanalytic Inquiry*, 39(1), 88-97.
DOI: 10.1080/07351690.2019.1549914
- Thelen, E. (1989). Self-organization in developmental processes: Can systems approaches work? Dans M. Gunnar et E. Thelen (dir.), *Minnesota Symposia in Child Psychology* (p.77-117). Erlbaum.
- Thelen, E. et Smith, L. (1994). *A dynamic systems approach to the development of cognition and action*. MIT Press.
- 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>
- Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J. Behne, T. et Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 675-691. <https://doi.org/10.1017/S0140525X05000129>
- Trevarthen, C. (2015). Communicative musicality or stories of truth and beauty in the sound of moving. *Signata*, 6, 165–194. <http://dx.doi.org/10.4000/signata.1075>
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. Dans S. Braten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (p. 15–46). Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. Dans M. Bullowa (Ed.), *Before Speech* (p.321-347). Cambridge University Press.

- Trevarthen, C. (1980). The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. Dans D. Olson (Ed.), *The social foundations of language and thought* (p. 382-403). Norton.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants, *American Psychologist*, 44(2), 112-119. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.44.2.112>
- Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. et Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290–299. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<290:AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<290:AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q)
- Tronick, E.Z. (2003). “Of course all relationships are Unique”: How co-creative processes generate unique mother–infant and patient–therapist relationships and change other relationships. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 23(3), 473-491. <https://doi.org/10.1080/07351692309349044>
- Tronick, E.Z., Als, H. et Adamson, L. (1979). Infant-mother face-to-face communicative interaction. Dans M. Bullowa (Ed.), *Before Speech: The beginnings of human communication* (p.349-373). Cambridge University Press.
- Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. et Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290–299. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<290:AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<290:AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q)
- Tronick, E.Z. et Cohn, J. (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child development*, 60(1), 85-92.

- Ulberg, R. Amlo, S. et Høglend, P. (2014). Manual for transference work scale; A microanalytical tool for therapy process analyses. *Psychiatry*, 14(1), 291-306. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0291-y>
- Ulberg, R.; Ness, E.; Dahl, H. S.; Hoglend, P. A.; Critchfield, K.; Blayvas, P. et Amlo, S. (2016). Relational Interventions in Psychotherapy: Development of a Therapy Process Rating Scale. *Psychiatry*, 16(1), 310-320. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1021-4>
- VanDerHeide, N. (2012): The Art of Regulation: Therapeutic Action in the Shared Implicit Relationship. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 7(1), 29-44. <https://doi.org/10.1080/15551024.2012.637290>
- Varela, F. J., Thompson, E., et Rosch, E. (1993). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. MIT Press.
- Vaughan, S.C., Spitzer, R., Davies, M. et Roose, S. (1997). The definition and assessment of analytic process: Can analysts agree? *International Journal of Psychoanalysis*, 78(5), 959-973.
- Vivona, J.M. (2009). Embodied language in neuroscience and psychoanalysis. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 57(6), 1327-1360. <https://doi.org/10.1177/0003065109352903>
- Waldron, S., Gazzillo, F., Genova, F. et Linguardi, V. (2013). Dynamic Interaction Scales. Repéré de PsycTESTS. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/t27745-000>
- Waldron, S., Scharf, R., Crouse, J., Firestein, S., Burton, A. et Hurst, D. (2004). Saying the right thing at the right time: A view through the lens of the analytic process scales (APS), *The Psychoanalytic Quarterly*, 73(4), 1079-1125. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00193.x>

- Wallner Samstag, L. (2006). The working alliance in psychotherapy: An overview of the invited papers in the special section. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 300-307. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.300>
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857-873. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.857>
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E. (2019). *Theories of Psychotherapy Series. The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice* (2^e éd.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000117-000>
- Wampold, B.E. et Budge, S.L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The Relationship—and Its Relationship to the Common and Specific Factors of Psychotherapy, *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601-623. <https://doi.org/10.1177/0011000011432709>
- Watson, J. C. (2010). Case formulation in EFT. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(1), 89–100. <https://doi.org/10.1037/a0018890>
- Weinfield, N., Sroufe, L. A., Egeland, B et Carlson, E. (2008). Individual differences in infant caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. Dans J. Cassidy et P. Shaver (Dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2^e éd, p. 78–101). Guilford.
- Weiss, A. (2018). Finding each other in a crowded room: Internal family systems and group psychotherapy. Dans S. Lord (Ed.), *Moments of meeting in psychoanalysis: Interaction and change in the therapeutic encounter* (p. 308-323). Routledge.

- Westra, H. A., Constantino, M. J., Arkowitz, H. et Dozois, D. J. A. (2011). Therapist differences in cognitive– behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Psychotherapy*, 48(3), 283-292. <https://doi.org/10.1037/a00220>
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J.-P., Gallese, V. et Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, 40(3), 655–664. [https://doi.org/10.1016/S0896-6273\(03\)00679-2](https://doi.org/10.1016/S0896-6273(03)00679-2)
- Winborn, M. (2018). The aesthetics of being. Dans S. Lord (dir.), *Moments of meeting in psychoanalysis: Interaction and change in the therapeutic encounter* (p. 84-99). Routledge.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.
- Winnicott, D. (1965). *Maturation processes and the facilitating environment*. International Universities Press.
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Gallimard.
- Winnicott, D. (1992). *Le Bébé et sa mère*. Payot.
- Winnicott, D. (1960/2004). *Agressivité, culpabilité et réparation*. Payot.
- Winnicott, D. (1953/ 2006). *La Mère suffisamment bonne*. Payot.

Winston, B., Samstag, L. W., Winston, A., & Muran, J. C. (1994). Patient defense/therapist interventions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(3), 478–491. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.31.3.478>

Zetzel, E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.