

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

VOIE COURTE, VOIE LONGUE DE RÉOLUTION DE RUPTURES D'ALLIANCE EN
PHASE DE REPRODUCTION : UNE MÉTASYNTHÈSE

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
PAR

JONATHAN ALIX

JANVIER 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.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

Il va sans dire qu'un travail de cette sorte requiert un soutien de personnes significatives de l'entourage que j'aimerais remercier. D'abord un grand merci à mon directeur de thèse, Marc-Simon Drouin, d'avoir cru en mon potentiel, surtout après m'avoir vu descendre un beau jour, dans ton bureau un peu par hasard, même pas fini son doctorat en anthropologie, te demandant de diriger un projet dont les contours te semblaient plutôt incertains. Je te remercie aussi de m'avoir donné, par la suite, du souffle, des encouragements et de l'inspiration dans les moments cruciaux! J'ai beaucoup apprécié nos échanges, ta culture de la thérapie, ton humour et tes idées de manière générale! Ensuite je voudrais offrir ma plus chaleureuse gratitude à ma mère Denyse, que je ne saurais assez remercier pour le soutien de la dernière année de rédaction, moment où ma petite famille a dû réorganiser son quotidien dans des conditions parfois éprouvantes! Quelle authentique générosité! Tu auras été si précieuse pour nous! Aussi, à mes très chers amis/collègues, vous vous reconnaissez, particulièrement ceux avec qui j'ai partagé ce parcours du combattant et avec qui je me suis relevé sans cesse, vos présences m'auront, peut-être parfois à votre insu, accompagné, apaisé, stimulé, inspiré! Je vous chéris et tiens à vous garder aussi longtemps que possible. Longues vies à nos amitiés! Enfin, un merci tout spécial à toi Marina, mon amoureuse, celle qui partage ma vie, qui m'épaule et qui m'a souvent même enduré dans les derniers milles de ce travail. Tu auras été là à m'aider à relativiser, à me tempérer, à faire des deuils douloureux, à persister malgré l'impression d'égarement et d'incertitude, à prendre des moments de repos salvateurs et régénérateurs, prenant soin plus que moi-même parfois, de mon âme et de mon corps. Tu m'auras aidé à mieux me déployer. Surtout, merci de ton amour qui adoucit mon quotidien, qui me reconnecte à la vie et me redonne confiance en moi et en les autres! Je t'aime ma femme.

DÉDICACE

À ma petite Morgane d'amour que j'aime de tout mon cœur, de toute mon âme, mon amour ne cesse jamais de t'entourer. Je t'aime ma fille.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE.....	iii
LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE.....	5
CHAPITRE 1 CADRE CONCEPTUEL, QUESTIONNEMENT, OBJECTIFS ET MÉTHODE DE RECHERCHE	6
1.1 Cadre conceptuel et questionnement de recherche.....	6
1.1.1 L'alliance thérapeutique.....	7
1.1.2 Dynamisme de l'alliance thérapeutique.....	10
1.1.3 Ruptures d'alliance thérapeutique : le modèle intersubjectif de Safran & Muran 14	
1.1.4 Résolution de ruptures d'alliance : typologie d'interventions et modèles processuels de Safran & Muran.....	21
1.1.5 La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objets (PGRO) de Gilles Delisle27	
1.2 Question de recherche	32
1.3 Objectifs de recherche	35
1.4 Méthode de recherche : la métasynthèse	37
1.4.1 Qu'est-ce que la métasynthèse?	37
1.4.2 Utilisation de la métasynthèse dans le présent essai	40

DEUXIÈME PARTIE : SYNTHÈSES DES CORPUS SUR LES STRATÉGIES DE RÉSOLUTION DE RUPTURES D'ALLIANCE ET SUR LE TRAVAIL DES REPRODUCTIONS IDENTIFICATOIRES DANS LE LIEN THÉRAPEUTIQUE	46
CHAPITRE 2 SYNTHÈSE DU CORPUS SUR LES STRATÉGIES DE RÉSOLUTION DE RUPTURES D'ALLIANCE. LE PROGRAMME LANCÉ PAR JEREMY SAFRAN, CHRISTOPHER MURAN ET LEUR COLLABORATEURS.....	47
2.1 Ruptures d'alliance thérapeutique et types de ruptures.....	47
2.1.1 Rupture d'alliance : rappel de définition.....	47
2.1.2 Types de ruptures.....	48
2.2 Stratégies de résolution des ruptures d'alliance	58
2.2.1 Une typologie d'intervention pour travailler les ruptures.....	59
2.2.2 Modèles processuels de résolution de rupture d'alliance.....	66
2.3 L'Alliance-Focused Training : mieux cibler les enjeux et compétences au cœur des cycles de ruptures-résolution d'alliance	81
2.3.1 Reconnaître les marqueurs de ruptures en développant une meilleure conscience de soi.....	82
2.3.2 Tolérer les ruptures en développant une meilleure capacité de régulation affective.....	83
2.3.3 Négocier les ruptures en développant une meilleure sensibilité/réactivité interpersonnelle	84
2.3.4 Le processus exploratoire dans un trajet de résolution de rupture : métacommunication ou pleine conscience en action	85
2.4 Questionnements critiques sur l'usage du mode métacommunicationnel chez Safran, Muran & leurs collègues.....	92
CHAPITRE 3 SYNTHÈSE DU CORPUS SUR LE TRAVAIL DES REPRODUCTIONS IDENTIFICATOIRES. LE PROGRAMME LANCÉ PAR GILLES DELISLE ET LA PSYCHOTHÉRAPIE GESTALTISTE DES RELATIONS D'OBJET (PGRO).....	96
3.1 Reproduction et traitement des impasses relationnelles : l'éclairage complémentaire de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objets (PGRO)	96
3.2 Quelques concepts de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objets (PGRO)	97
3.2.1 Personnalité saine et trouble de personnalité.....	97
3.3 Processus thérapeutique en PGRO	102
3.3.1 Modèle de la reproduction-reconnaissance-réparation : du transfert au réel, en passant par la construction du sens.....	104
3.3.2 Traitement identificatoire : la voie longue de l'empathie.....	116

3.3.3 Synthèse des modèles tridimensionnel de Delisle et de traitement empathique de Tansey & Burke	137
TROISIÈME PARTIE : MÉTASYNTHÈSE DU TRAITEMENT D'UNE RUPTURE DE REPRODUCTION OU LA VOIE LONGUE DE RÉOLUTION DE RUPTURE D'ALLIANCE.....	147
CHAPITRE 4 VOIE LONGUE DE RÉOLUTION DE RUPTURES DE REPRODUCTION.....	148
4.1 Présentation du chapitre : rappel des objectifs et des éléments de méthode de travail.....	148
4.2 Classification récapitulative	149
4.2.1 Classification récapitulative des modèles processuels de l'AFT	149
4.2.2 Classification récapitulative des modèles en PGRO.....	153
4.3 Mise en relation et recadrage conceptuels.....	157
4.3.1 Rupture de reproduction.....	157
4.3.2 Voie longue de résolution de rupture d'alliance	162
CONCLUSION.....	195
GLOSSAIRE LEXIQUE OU VOCABULAIRE SPÉCIALISÉ DE LA PGRO	203
BIBLIOGRAPHIE	206

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 Modèle processuel de résolution de rupture d'évitement	23
Figure 1.2 Modèle processuel de résolution de ruptures de confrontation	23
Figure 2.1 Typologies de ruptures d'alliance et de stratégies de résolution	60
Figure 2.2 Modèle processuel de résolution de ruptures d'évitement	68
Figure 2.3 Modèle processuel de résolution de ruptures de confrontation	75
Figure 2.4 Métacommunication et dimensions parallèles.....	88
Figure 3.1 Schéma du traitement de l'expérience interne du thérapeute	143
Figure 4.1 Récapitulatif des modèles de résolution de ruptures	152
Figure 4.2 Schéma du traitement de l'expérience interne du thérapeute	155
Figure 4.3 Rapprochement des modèles processuels de rupture d'évitement et de séquence de traitement identificatoire.....	162
Figure 4.4 Rapprochement des modèles processuels de rupture de confrontation et de séquence de traitement identificatoire.....	163
Figure 4.5 Traitement interne et relationnel dans les modèles processuels de rupture d'évitement et de séquence de traitement identificatoire.....	166
Figure 4.6 Traitement interne et relationnel dans les modèles processuel de rupture de confrontation et de séquence de traitement identificatoire	167
Figure 4.7 Traitement interne dans les modèles processuels de rupture et de séquence de traitement identificatoire	169
Figure 4.8 Proposition de voie longue de résolution de rupture d'alliance	193

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Marqueurs de ruptures d'évitement.....	50
Tableau 2.2 Marqueurs de ruptures de confrontation	54
Tableau 3.1 Épisode thérapeutique traité selon les modèles de Delisle (RTG) et de Tansey & Burke (ETB)	145
Tableau 4.1 Récapitulatif des concepts d'alliance et de rupture d'alliance	149
Tableau 4.2 Récapitulatif des marqueurs de ruptures	151
Tableau 4.3 Récapitulatif de la reproduction et mode transférentiel	153
Tableau 4.4 Récapitulatif de la séquence de traitement identificatoire dans la relation thérapeutique	154
Tableau 4.5 Questionnement thérapeutique dans le traitement identificatoire en PGRO	156
Tableau 4.6 Mise en relation des concepts de rupture d'alliance et de reproduction	158
Tableau 4.7 Proposition de grille de questionnement dans la voie longue de résolution de rupture d'alliance.....	194

RÉSUMÉ

La présente recherche opère un essai de métasynthèse de deux corpus particuliers. Le premier corpus est issu du programme de recherche et de formation sur les processus de résolution de ruptures d'alliance thérapeutique développés par Jeremy Safran, Christopher Muran et leurs collègues depuis les années 90. Le second est issu des écrits de Gilles Delisle et d'auteurs inspirant son approche (Michael J. Tansey, Walter F. Burke et Allan N. Schore notamment), la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objets (PGRO), sur le traitement des reproductions dans l'espace psychothérapeutique et l'expérience identificatoire intense qui y est souvent associée. Nous partons du constat que les travaux de Safran, Muran et leurs collègues mettent trop exclusivement l'accent sur le développement des compétences métacommunicationnelles dans le processus de résolution des ruptures d'alliance. Cet accent exclusif a pour conséquence de limiter le traitement de types de ruptures particulières que nous appelons *ruptures de reproduction*. Le présent essai tente d'apporter l'éclairage complémentaire de cette deuxième littérature pour mieux comprendre ces types de ruptures. Ces dernières se déroulent dans un contexte tout aussi particulier que Delisle appelle phase de reproduction, moments où la capacité de communication du thérapeute peut être fortement limitée par un style identificatoire pathogène consistant en une forte intensité de contact préverbale ou viscérale, l'inaccessibilité d'un contenu herméneutique intégré à cette intensité et une demande implicite de métabolisation empathique de ces mêmes identifications pathogènes. Cette capacité préverbale détermine pourtant de manière cruciale les progrès ultérieurs de la trajectoire thérapeutique et s'opère en amont de la métacommunication. C'est pourquoi nous proposons ici une greffe conceptuelle, soit adjoindre au mode métacommunicationnel de Safran & Muran, celui, préalable, du mode transférentiel de la phase de reproduction de Delisle. Cette greffe constitue ce que nous appelons la *voie longue de résolution de ruptures d'alliance*. Notre clinique de résolution des ruptures d'alliance offre dès lors deux voies au clinicien : la voie courte et directe du mode métacommunicationnel et la voie longue et indirecte de la métabolisation identificatoire, intégrant préalablement le mode transférentiel. C'est à aider le clinicien, en lui donnant quelques repères d'orientation, à s'engager dans l'une ou l'autre de ces voies de résolution que notre essai s'attarde.

Mots clés :

Identification projective, rupture d'alliance thérapeutique, métacommunication, reproduction thérapeutique, empathie, PGRO, AFT, métabolisation, métasynthèse

ABSTRACT

This research aims at providing a meta-synthesis of two specific corpora. The first corpus stems from the research and training program developed by Jeremy Safran, Christopher Muran and their colleagues starting in the 1990s ; it focuses on the processes involved in resolving therapeutic alliance ruptures. The second corpus stems from the writings of Gilles Delisle and other authors who inspired his approach (Tansey & Burke, Schore), la *Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objets* (PGRO). This second body of work addresses the processing of *reproductions* emerging in the context of the psychotherapeutic relation as well as the identificatory experiences often associated with such phenomena. Following the descriptions of these two bodies of work, we highlight the exclusive focus on meta-communication skills development put forth by Safran, Muran and their colleagues to resolve alliances ruptures. As such, we propose that one potential drawback of this exclusive emphasis is a limitation in the processing of the particular types of ruptures we named *reproduction ruptures*. In an attempt to shed additional light on the conceptualization and processing of these *reproduction ruptures*, this essay draws from the second body of work provided by Delisle and colleagues. Accordingly, *reproduction ruptures* take place in the specific context Delisle termed the reproduction phase, which refers to distinct moments encountered in the therapeutic process wherein verbal communication channels become limited. Based on Delisle and colleagues' work, these ruptures are typically underlined by a series of processes involving a pathogenic style of identification consisting of a strong intensity of preverbal or visceral contact, the inaccessibility of a hermeneutic content embedded in this intensity, and the implicit demand for empathic metabolization of these same pathogenic identifications. This aforementioned preverbal capacity is yet crucial as it determines the subsequent progress of the therapeutic trajectory and operates upstream of metacommunication. This is why we propose here a conceptual shift, whereby prior to engaging in the metacommunication mode proposed by Safran and Muran, we suggest instead to examine and include Delisle's transferential mode of the reproduction phase. This conceptual shift is what we term *long way of alliance ruptures resolution (voie longue de résolution de ruptures d'alliance)*. In sum, our clinical approach to resolving alliance ruptures offers two paths to clinicians : the short and direct path of the metacommunication mode, and the long and indirect path of identificatory metabolization, integrating the transference mode beforehand. The overarching goal of this essay is to provide support and guidance to clinicians faced with alliance ruptures, at a crossroad between either one of these resolution modes.

Keywords : Projective identification, therapeutic alliance rupture, therapeutic reproduction, empathy, PGRO, AFT, metabolization, metasynthesis

INTRODUCTION

L'alliance thérapeutique s'avère être un concept central dans la recherche sur les processus thérapeutiques, et un corpus important d'études montre que sa qualité est un des meilleurs prédicteurs d'efficacité thérapeutique. Elle mobilise un ensemble de compétences et de qualités relationnelles qui favorisent l'engagement et l'investissement de tous les protagonistes de la relation dans le traitement. Cet engagement favorise à son tour le succès thérapeutique. Cependant, la gestion de l'alliance représente un phénomène complexe, dynamique, fluctuant et continu tout au long du processus thérapeutique. Des fluctuations sont non seulement inévitables, mais peuvent être le signe d'un mouvement nécessaire dans le processus thérapeutique pour qu'un changement se produise. Les thérapeutes efficaces savent ainsi fournir les conditions permettant la création d'une alliance thérapeutique dynamique, sont capables de tolérer des fluctuations et des ruptures plus ou moins intenses et variables dans la régulation de la relation.

La littérature spécialisée sur les ruptures d'alliance met l'accent sur le développement de certaines compétences métacommunicationnelles du thérapeute pour résoudre les ruptures d'alliance, particulièrement la capacité de conscience réflexive et de négociation en interaction et la capacité de communiquer de manière collaborative. Ces compétences de métacommunication permettent de résoudre des enjeux fondamentaux qui demandent d'être maîtrisés par le thérapeute pour traiter efficacement une rupture d'alliance particulièrement dans les cas de clients souffrant de pathologies relationnelles. Ces enjeux, que nous dégagerons en première instance, sont les suivants : mieux détecter les ruptures d'alliance (enjeu perceptif attentionnel), mieux explorer et traiter les contenus émergents (enjeu cognitif) et mieux négocier ces contenus avec le patient de manière collaborative (enjeu interactionnel). Nous verrons que bien que cette littérature soit bien étoffée quant à la description des

compétences nécessaires à la maîtrise de ces enjeux, les théorisations qu'elle propose quant à une autre série cruciale d'enjeux à maîtriser, perceptifs-affectifs identificatoires, semblent insuffisantes. Nous montrerons la pertinence de compléter cette littérature avec certains concepts d'une approche québécoise, la *Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet* (PGRO). L'intégration des concepts de la PGRO avec les stratégies de résolution de rupture d'alliance nous semble faire émerger des questionnements, descriptions et compréhensions alternatives, qui souhaitons-le, contribueront à enrichir le corpus de la clinique de la résolution des ruptures d'alliance.

Nous tâcherons d'exposer notre démarche en suivant un plan de travail précis. D'abord en exposant notre problématique, soit la première partie de l'ouvrage, le premier chapitre exposant notre cadre conceptuel, cadre débouchant sur un questionnement et sur des objectifs de travail. Ces objectifs appellent à leur tour une méthode, la métasynthèse, méthode que nous avons ajusté à notre analyse de littératures théoriques établies et qui nous aidera à orienter notre travail d'intégration et de compréhension du déploiement des ruptures d'alliance et des stratégies pour les résoudre. Nous verrons que la métasynthèse est un cadre de travail adapté et suffisamment flexible pour atteindre nos objectifs, combinant collecte et synthèse systématique d'informations, avec le travail plus créatif de recadrage herméneutique de ces informations. Cette méthode, nous le verrons, répond à notre objectif général de théorisation de la complexité de ce qui a déjà été observé et ressenti dans notre propre clinique des ruptures d'alliance, tout en cherchant à y ajouter une nouvelle dimension contextuelle.

Dans la seconde partie de notre travail (chapitre 2 et 3), nous entamons la phase de collecte et d'intégration systématique des éléments d'analyse de la métasynthèse, nos éléments étant des concepts issus de littératures divergentes. Cette collecte intégrative

des corpus choisis vise à faire émerger une vision claire, systématique et administrable de la clinique des ruptures tout en nous rendant compte de ses limites.

Le chapitre 2 est consacré au travail de présentation de la littérature spécialisée sur les ruptures d'alliance et de leur traitement à partir du programme de recherche et de formation développés par Jeremy Safran, Christopher Muran et leurs collègues depuis les années 90, notamment au *Mount Sinai-Beth Israel Brief Psychotherapy Research Program*. On y présente d'abord les concepts d'alliance et de ruptures d'alliance thérapeutique, pour ensuite continuer en y exposant les stratégies, modèles processuels et compétences de résolution de ruptures développés à ce jour par leur programme depuis plusieurs décennies.

Le chapitre 3 opère le même travail avec la littérature issue des écrits de Gilles Delisle et de son approche, la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objets (PGRO). Dans ce chapitre, nous montrons que la PGRO, de par son expérience du travail des troubles de la personnalité, nous invite à passer par ce que nous appelons la voie longue du traitement des ruptures, requérant du thérapeute, la capacité de laisser se mettre en place un processus particulier et essentiel de reproduction identificatoire (l'identification projective, introjective et leur métabolisation en identification empathique). Nous verrons que la confrontation de cette littérature avec la première laisse émerger un questionnement dans le travail des ruptures, à savoir que Safran & Muran, en cherchant à faire l'économie de l'enchevêtrement identificatoire (que nous appellerons la *voie courte*) nécessaire à la phase de reproduction, risquent d'être conduits à des résolutions de rupture moins intégrées. On y montre en quoi, dès lors, les modèles processuels de Safran, Muran et de leurs collègues gagne à s'enrichir de l'éclairage de la PGRO en considérant la phase de reproduction pour se permettre de voir plus justement et exhaustivement les enjeux se tramant dans un trajet de rupture-résolution d'alliance thérapeutique.

Vient ensuite la troisième et dernière partie du présent essai qui concerne davantage le volet interprétatif et créatif de la métasynthèse. Un seul chapitre, le 4e, la constitue, et ce chapitre est lui-même divisé en deux sections. Une première section dans laquelle nous opérons une classification récapitulative de notre travail antérieur et une seconde dans laquelle nous opérons un travail de recadrage herméneutique des notions clés issues des deux littératures présentées jusque-là, qui nous fait aboutir à notre concept de *rupture de reproduction* et de *voie longue de résolution de rupture*.

PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE

CHAPITRE 1

CADRE CONCEPTUEL, QUESTIONNEMENT, OBJECTIFS ET MÉTHODE DE RECHERCHE

1.1 Cadre conceptuel et questionnement de recherche

Étant donné la nature conceptuelle du présent essai, la présentation du cadre conceptuel a ici une fonction récapitulative des concepts et questionnements qui seront exposés par une démonstration détaillée dans la seconde partie de l'essai. Le cadre conceptuel se limitera donc à exposer brièvement le contexte et les éléments clés de la démonstration menant à notre questionnement, nos objectifs et notre méthode de recherche. Nous procédons ainsi parce que si nous avions d'emblée entamé le travail de synthèse et de recadrage dans son détail, la question de recherche serait apparue trop tard dans l'essai et n'aurait pas permis au lecteur de se situer suffisamment tôt pour comprendre la logique de notre questionnement et de notre choix d'objectifs de recherche. Le cadre conceptuel ainsi présenté permet de donner suffisamment de matériel au lecteur pour qu'il soit apte à suivre le raisonnement sous-tendant le cheminement vers la question, le choix des objectifs et de la méthode de recherche. Ce n'est que suite à la lecture des deuxièmes et troisièmes chapitres qu'il pourra saisir la profondeur du questionnement après une démonstration plus exhaustive des concepts présentés ici. Qu'il ne se surprenne donc pas de rester un peu sur sa faim suite à la présentation préliminaire du cadre et d'être constamment renvoyé aux parties subséquentes de l'essai qui développeront les thèmes de manière approfondie.

1.1.1 L'alliance thérapeutique

Le concept d'alliance s'enracine dans l'histoire de la psychanalyse, d'abord chez Freud, et se développe par la suite dans la psychanalyse américaine des années 1930, puis dans la recherche empirique des années 1970 jusqu'à la recherche actuelle (Despland & al., 2000). Dès les travaux de Freud, la psychanalyse interroge l'importance de l'influence du thérapeute dans le déroulement d'une cure, notamment à travers le concept de transfert. Le transfert est le processus par lequel les relations actuelles du patient sont investies par des modèles relationnels anciens ou des expériences passées, et qui se répètent dans la cure (Kahn, 1997). Ces modèles relationnels transférentiels du patient peuvent être à la fois négatifs et positifs. Dans sa forme négative, le transfert active certaines défenses ou résistances du patient envers son analyste qui font obstacle au traitement, alors que dans sa forme positive, il l'amène plutôt à collaborer avec l'analyste, à s'engager et à persister dans le traitement. Cette dernière forme de transfert permet le dévoilement de problématiques perturbatrices malgré l'angoisse et les défenses. Freud insistait sur la nécessité d'un transfert positif minimal entre l'analyste et le patient pour contrer les symptômes et les résistances de manière à poursuivre l'élaboration de la cure. Dans la perspective freudienne, l'alliance est une forme de transfert positif (Bioy & al., 2012).

Elisabeth Zetzel avancera par la suite qu'il est nécessaire de distinguer dans le transfert une dimension saine et une dimension névrotique (Zetzel, 1956, 1966). L'alliance correspond à la dimension saine du transfert (Langs, 1976c). Cette dimension saine du transfert s'enracine dans la capacité de former une relation réelle, stable et de confiance entre le thérapeute et son patient, similaire à l'expérience de relation entre l'enfant et ses parents (de Mijolla-Mellor, 2009). Cette dimension du transfert permet au patient de prendre du recul et de tirer parti des interprétations du thérapeute de manière à mieux distinguer les vestiges de relations passées et la relation actuelle avec le thérapeute. Dans toute analyse, le patient oscille entre des

périodes où la relation est dominée par l'une ou l'autre de ces dimensions du transfert. Pour Zetzel, cette capacité à former une alliance (dimension saine du transfert), fondée sur la confiance et la stabilité, devait être présente d'emblée, comme condition de possibilité du traitement.

Ralph Greenson offrira une approche légèrement différente de l'alliance en la distinguant complètement du transfert (Gelso & Carter, 1985; Greenson, 1965, 1971). Chez lui, l'alliance s'appuie sur la relation réelle qui est définie comme un rapport non névrotique et rationnel que le patient réussit à développer avec son analyste. Essentiellement, il s'agit d'une alliance entre le moi raisonnable du patient et le moi analytique de l'analyste (Langs, 1976c). La relation réelle renverrait à la réponse réciproque normale et rationnelle entre le patient et le thérapeute, forgée par des perceptions non déformées, un lien authentique et un respect mutuel. Bien que les réactions transférentielles positives peuvent soutenir l'alliance pour Greenson, le noyau de l'alliance est cette relation réelle, consciente et rationnellement constituée entre le patient et le thérapeute. L'alliance est ainsi cette capacité du patient et du thérapeute à travailler ensemble dans le sens d'un objectif de traitement, objectif consciemment et rationnellement élaboré par eux, et ce, dès le départ du processus thérapeutique.

Au cours des années 1970, des efforts ont été faits pour tenter de mieux définir et opérationnaliser le concept d'alliance. La recherche commença à montrer empiriquement ce que la littérature clinique avait discuté depuis Saul Rosenzweig (1936), soit que l'efficacité thérapeutique ne repose pas exclusivement sur des facteurs techniques de traitement, mais aussi sur un ensemble de facteurs relationnels communs à toutes les approches — ce qu'on a appelé le paradigme des *facteurs communs*. On montra plus systématiquement que différents modèles thérapeutiques partageant un bon nombre d'ingrédients relationnels produisaient des succès thérapeutiques similaires (Luborsky & al., 1975; Smith & Glass, 1977; Stiles & al.,

1986). Ce nouvel intérêt pour les facteurs communs a recentré l'attention sur l'alliance en tant que facteur relationnel transthéorique pouvant être responsable d'une proportion importante de cette variance commune.

Par ailleurs, cet intérêt pour les facteurs relationnels a conduit tout naturellement certains chercheurs à approfondir la question de l'intersubjectivité. Dans le paradigme intersubjectif, le thérapeute n'est plus considéré comme un observateur pouvant s'extraire de la relation. Avec le patient, le thérapeute fait inévitablement partie du phénomène relationnel qu'il observe, est engagé d'emblée dans un processus d'explorations avec son patient (Orange, 2008a, 2009, 2010; Safran & Kraus, 2014). Certains auteurs ont parlé par exemple de synchronisation des cerveaux (Koole & Tschacher, 2016; Schore, 2003), d'autres d'*enactments* transféro-contre-transférentiel (Chused, 1991; Jacobs, 1991; Safran & Kraus, 2014) ou de « matrice interactive (Greenberg, 1995) pour décrire l'influence réciproque, consciente et inconsciente, entre le thérapeute et son patient. Le paradigme intersubjectif rend ainsi compte d'une caractéristique fondamentale de l'esprit humain, celle d'être « câblé » pour comprendre et s'affilier à autrui, à l'environnement. La relation thérapeutique présupposerait cette connexion, synchronisation et compréhension mutuelle, laissant ainsi présupposer une contribution importante du thérapeute dans cette relation.

Dans cette perspective, la relation thérapeutique est construite par les caractéristiques personnelles du patient et du thérapeute (Safran & Muran, 2000). L'exploration et l'analyse de cette relation sont venues remplacer l'analyse du transfert traditionnel puisqu'on suppose que la contribution du thérapeute à ce qui se passe dans la relation thérapeutique est tout aussi importante que celle du patient (Safran & Muran, 2006). Bien qu'on suppose que le thérapeute soit plus compétent que le patient dans l'exploration et l'analyse de cette matrice, les deux participants, parce qu'ils sont tous deux imbriqués dans cette relation, doivent développer une conscience de leur participation à la situation thérapeutique. Le travail du thérapeute est ainsi un travail

de « monitoring » qui suit le développement de ce qui se passe dans l'*ici et maintenant* de la relation, construisant sa compréhension en observant les interactions moment par moment. Stern (2005) assimile ainsi davantage le travail du thérapeute à celui d'un musicien d'improvisation, qui demande à la fois de jouer, d'improviser tout en restant à l'écoute, en accord intime avec les autres musiciens, observant, expérimentant et agissant à partir du matériel fourni par le moment présent.

1.1.2 Dynamisme de l'alliance thérapeutique

D'autres chercheurs ont commencé à reconnaître l'importance de la mutualité de l'alliance entre le patient et le thérapeute (Safran & Muran, 2000). Parmi eux, deux auteurs éminents, Lester Luborsky et Edward S. Bordin, ont eu une influence marquante grâce à des définitions précises du concept d'alliance contribuant ainsi à en tirer des instruments de mesure opérationnels. Contrairement aux formulations antérieures qui mettaient l'accent sur les distorsions inconscientes dans le transfert, ces auteurs ont plutôt mis l'accent sur les aspects conscients, actuels et collaboratifs de la relation thérapeutique. Luborsky a proposé un concept d'alliance plus dynamique répondant aux exigences changeantes des différentes phases de la thérapie (Horvath & Luborsky, 1993). Il a proposé une extension du concept de Zetzel en suggérant que l'alliance se compose de deux facteurs. Un premier, plus évident en début de thérapie, est caractérisé par une relation d'attente sécurisée du patient envers son thérapeute et se traduisant par le sentiment qu'il lui apporte l'aide nécessaire. Un deuxième facteur, relationnel, plus typique lors de phases ultérieures du traitement, est axé sur le travail à effectuer en collaboration s'exprimant par l'impression pour les deux partenaires de travailler ensemble vers un même but et l'investissement volontaire du patient dans le processus thérapeutique (Horvath & Luborsky, 1993).

Bordin a quant à lui proposé une formulation s'appuyant sur les idées de Greenson (1967) tout en l'émancipant de son cadre psychodynamique. Sa formulation distingue les aspects contractuels (donc rationnels), tels que les objectifs et les moyens du

traitement, puis les aspects affectifs du lien. Sa formulation réunit trois facteurs : l'entente sur les objectifs de traitement, l'entente sur les tâches à effectuer dans le traitement pour parvenir aux objectifs, puis la qualité du lien affectif entre le thérapeute et le patient (Bordin, 1979; Wampold, 2015). Bordin offre ainsi une définition opérationnelle applicable à plusieurs orientations théoriques, aussi bien humanistes, psychodynamiques que cognitivo-comportementales. Son modèle, grâce à sa transversalité théorique, s'est ainsi imposé dans la recherche en psychothérapie (Horvath, 1994).

De manière plus spécifique, l'accord sur les objectifs concerne l'entente mutuelle sur la direction à prendre dans le traitement et l'explicitation des attentes de chacun par rapport à cette direction et aux objectifs susceptibles d'être atteints (Bordin, 1979; Horvath & Greenberg, 1989). Cet accord peut être plus ou moins explicite selon les approches, mais idéalement, les objectifs et attentes implicites de chacun devraient toujours être, éventuellement, clarifiés et élaborés le plus ouvertement et réciproquement possible. Une entente explicite devrait ainsi être conclue quant à un objectif particulier (Bordin, 1979; Tryon & Winograd, 2011), même s'il ne l'était pas au départ.

Dans un second temps, l'entente sur les tâches ou les moyens constitue le processus de négociation entre un patient et son thérapeute quant à l'adoption des techniques à déployer pour atteindre les objectifs de traitement (Bordin, 1979; Hersoug & al., 2010; Horvath & al., 2011). Il s'agit ici d'un effort de collaboration entre le patient et le thérapeute pour atteindre un même but (Bordin, 1979; Hersoug & al., 2010; Horvath & al., 2011). En ce sens, les tâches proposées par le thérapeute doivent être ajustées aux besoins, aspirations, capacités et à la problématique du patient.

En ce qui concerne le lien affectif, Bordin (1979) parle de la relation de confiance et d'intimité entre un patient et son thérapeute. Et cette relation de confiance est

intimement liée à la difficulté des objectifs et des tâches demandées au patient. Plus la difficulté est grande, plus le lien affectif devra être fort pour compenser. Un attachement fort devra, par exemple, soutenir une exploration d'évènements traumatiques alors qu'il ne sera pas requis dans le traitement de symptômes moins souffrants ou moins envahissants (Hersoug & al., 2010; Horvath & al., 2011). Le lien affectif constitue le socle sur lequel l'intervention peut trouver une certaine efficacité. Sans un tel lien, l'intervention risque de perdre considérablement en efficacité thérapeutique (Corbière & al., 2006; Horvath & Luborsky, 1993).

Pour Bordin, l'entente sur les objectifs et les tâches thérapeutiques est à comprendre comme un processus de négociation entre le thérapeute et le patient. Au sein de ce processus de négociations, la qualité de l'alliance subit nécessairement des fluctuations. Ce caractère fluctuant s'explique par le fait que chacun des facteurs d'alliance interagit de manière continue et dynamique avec l'environnement et les uns avec les autres. L'entente sur les objectifs de traitement demandera l'utilisation de tâches appropriées et l'évaluation par le patient de la pertinence des tâches sera fonction des objectifs (Horvath & Luborsky, 1993). Dans les deux cas, le lien affectif devra être plus intense si les objectifs ou les tâches demandées sont plus exigeants.

Ce qu'il faut surtout comprendre ici, c'est que les négociations en ce qui a trait aux buts et aux tâches n'ont rien d'un simple consensus cognitif superficiel (Drouin, 2014). Elles s'opèrent, du moins potentiellement, sur le terrain du lien affectif entre le thérapeute et le patient dans une lutte pour la reconnaissance mutuelle de leurs subjectivités respectives, lutte impliquant potentiellement (ce n'est pas toujours le cas) des jeux de pouvoir et d'hostilités, d'accommodements et de refus continus et inévitables (Safran & Muran, 2000; Muran & Barber, 2010). Ce faisant, elles mettent en lumière des enjeux existentiels profonds concernant les besoins, les désirs, les croyances, les aspirations, les valeurs et les capacités respectives des deux partenaires impliqués dans le lien thérapeutique (Drouin, 2014; Safran, 1993; Safran & Muran,

2006; Safran & al., 2011). Ces négociations entre le patient et le thérapeute laissent ainsi émerger une tension fondamentale entre le besoin d'affirmation et le besoin d'affiliation (Aron, 1996; Rank, 1945), entre le désir de se connecter aux autres et celui de maintenir un soi autonome (Safran & Muran, 2000). Le thérapeute doit être capable de tolérer de telles tensions. Qui plus est, ce processus de négociation demande de constants réajustements. Les objectifs thérapeutiques peuvent évoluer en cours de traitement et les moyens mis en place par le thérapeute pour répondre à ces objectifs émergents, ainsi que la qualité du lien affectif doivent être réajustés en fonction des demandes ou des besoins actualisés du patient. Ce processus de négociation et de renégociations constant entre deux subjectivités est ainsi au cœur de l'alliance thérapeutique, et plus largement, du processus de changement thérapeutique.

Il est donc impossible pour un thérapeute d'être parfaitement ajusté aux demandes ou besoins fluctuants de son patient en tout temps. Ainsi, passer par des fluctuations d'alliance reste inévitable. Mais ces fluctuations ne constituent pas un problème en soi. Plusieurs études montrent que c'est plutôt la manière dont elles sont travaillées par le thérapeute qui influence la qualité de l'alliance (Barber & al., 2010; Norcross & Lambert, 2011; Safran & Muran, 2000). Une manière de mieux saisir le processus thérapeutique consisterait plutôt à concevoir les fluctuations d'alliance comme des leviers ou des indications sur ce qui devrait être travaillé prioritairement en thérapie (Bevington & al., 2013; Drouin, 2014; Sharp & al., 2011).

En somme, l'alliance thérapeutique s'avère être un concept central dans la recherche sur les processus thérapeutiques, et un corpus important d'études montre que sa qualité est un des meilleurs prédicteurs d'efficacité thérapeutique (Duncan & al., 2010; Horvath & al., 2011; Norcross & Goldfried, 2005; Wampold, 2015). Elle mobilise un ensemble de compétences de communication collaborative et de qualités relationnelles qui favorisent l'engagement et l'investissement de tous les protagonistes de la relation dans le traitement. Cet engagement favorise à son tour le

succès thérapeutique (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Eubanks-Carter & al., 2015; Horvath & al., 2011; Norcross & Goldfried, 2005). Cependant, la gestion de l'alliance représente un phénomène complexe, dynamique, fluctuant et continu tout au long du processus thérapeutique, des fluctuations sont non seulement inévitables, mais peuvent être le signe d'un mouvement nécessaire dans le processus thérapeutique pour qu'un changement se produise. Comme le mentionnent Lecomte & al. (2004) les thérapeutes efficaces peuvent créer une alliance thérapeutique dynamique et sont capables de tolérer des fluctuations plus ou moins intenses et variables dans la régulation de la relation. Le thérapeute devrait être toujours prêt à travailler, dès le début d'un processus thérapeutique, non seulement à favoriser l'alliance, mais aussi à aborder et intégrer les détériorations et ruptures d'alliance dès ses premiers signes d'émergence (Castonguay & al., 2006; Lingardi & al., 2016). Cela suggère au final que l'utilité de l'alliance en tant que prédicteur ne doit pas être seulement liée à la qualité de l'alliance initiale, mais aussi à la capacité du patient et du thérapeute à y travailler et à réparer les moments où l'alliance se détériore ou se rompt.

1.1.3 Ruptures d'alliance thérapeutique : le modèle intersubjectif de Safran & Muran

Depuis le début des années 80, une seconde génération de chercheurs s'est attardé de plus près aux microprocessus menant aux problématiques de liens thérapeutiques, notamment aux ruptures d'alliance et aux stratégies pour les résoudre (Eubanks-Carter & al., 2015; Eubanks-Carter & al., 2015; Safran & al., 2002; Safran & al., 2001, 2014; Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 1996, 2000, 2006). Les travaux de ces chercheurs ont largement montré que les thérapeutes ayant de la difficulté à travailler ces moments de ruptures peuvent avoir d'importantes difficultés dans la

suite à mener à bien leur projet thérapeutique avec leur patient (Safran & Kraus, 2014).

1.1.3.1 Qu'est-ce qu'une rupture d'alliance ?

L'alliance thérapeutique, on l'a vu dans la précédente section, est assimilée à la collaboration contractuelle dans le travail thérapeutique et est vécue sur le plan affectif par le patient et le thérapeute sur le mode de l'engagement ou de l'investissement mutuel. Eubanks-Carter & coll. (2015) définissent la rupture d'alliance à l'inverse comme un manquement ou une détérioration dans cette collaboration, soit comme une tension ou un désengagement dans le lien affectif, une mésentente à propos des tâches et des objectifs, ou encore dans l'une et l'autre de ces dimensions à la fois.

1.1.3.2 Types de ruptures

Les ruptures d'alliance peuvent se manifester de plusieurs manières. Elles peuvent prendre la forme de tensions ouvertes ou non, de distanciations ou de rapprochements exagérés, de désajustements, d'ennuis ou de maladroites, de conflits plus ou moins hostiles entre le patient et le thérapeute. On peut sentir (parfois le constater franchement) que les protagonistes de la relation thérapeutique ne travaillent plus ensemble de manière collaborative et productive, qu'ils peuvent même travailler l'un contre l'autre, chacun tentant de préserver sa posture au détriment d'un espace de collaboration dans l'exploration d'un différent, et ce, sans même s'en rendre compte.

À partir de la définition de base de la notion de rupture d'alliance, comme manquement à la collaboration, Safran et Muran (2000) distinguent deux types de ruptures. Ces deux types de ruptures renvoient à deux types d'attitudes qui traduisent un déséquilibre par le patient dans la négociation de ses besoins dans son rapport au thérapeute devant un problème particulier. Une première attitude de négociation,

indirecte, est l'évitement ou le conformisme. Le patient privilégie ici son besoin d'affiliation au détriment de son besoin d'affirmation, ce qui résulte, dans la relation, en une *rupture d'évitement*. Une seconde attitude, plus directe, est la confrontation. Le patient privilégie ici son besoin d'affirmation sur celui d'affiliation, ce qui conduit, sur le plan relationnel, à une *rupture de confrontation* (Eubanks-Carter, 2015). Dans ces deux cas, nous allons le voir plus en détail au chapitre 2, le patient, réagissant potentiellement à un désajustement sur le plan des objectifs, des tâches ou du lien affectif chez le thérapeute, se désengage ou se coupe du thérapeute, de lui-même ou du travail thérapeutique.

1.1.3.3 Expérience des ruptures d'alliance

Coutinho et ses collègues montrent que l'expérience d'une rupture, que ce soit pour le patient ou le thérapeute, est le plus souvent accablante, vécue de manière défensive pour se protéger de la détresse, de la honte, de la confusion, de l'impuissance ou de l'ambivalence sous-jacente (Coutinho & al., 2011). L'expérience d'une rupture constitue ainsi un risque important de perturbation de la cohésion du soi et donc du processus thérapeutique.

1.1.3.3.1 Expérience du patient

Pour le patient, l'expérience des ruptures d'alliance est essentiellement pénible. Les études portant sur leur expérience rétrospective d'une rupture, soit juste avant, pendant et juste après, rapportent par exemple, 1) d'une part, des affects dépressifs tels que du découragement, de l'impuissance, de la tristesse, de la fatigue ou du désespoir; 2) d'autre part, de l'ambivalence ou de la confusion, notamment face à des suggestions nouvelles ou inhabituelles de leur thérapeute.

Dans la forme du retrait et de l'évitement, certains patients interrogés par les auteurs déclarent avoir éprouvé de l'angoisse et du désespoir, s'être sentis perturbés par une

difficulté à identifier leurs attentes quant aux réponses de leur thérapeute, par le fait que rien ne leur apparaissait vraiment utile dans l'intervention de leur thérapeute, ou qu'ils avaient eu peur de perdre le contrôle dans le processus thérapeutique (Coutinho & al., 2011).

Ces mêmes auteurs montrent que les ruptures de confrontation semblent, elles, être déclenchées par le sentiment d'avoir été abandonné, invalidé ou incompris, contrarié ou critiqué par leur thérapeute, notamment dans leur capacité réelle de changement, produisant ainsi une forte détresse (Coutinho & al. 2011). Dans ce genre de ruptures, les patients indiquent qu'ils s'attendent à ce que leur thérapeute change de stratégie, reconnaissent leurs limites étant donné leur difficulté.

1.1.3.3.2 Expérience du thérapeute

Cette même étude rapporte que les thérapeutes expérimentent les ruptures sous les mêmes modalités que leur patient, soit via un ensemble d'affects de retrait, de conformisme ou d'hostilité. Dans tous les types de ruptures, les thérapeutes font état de nombreux types d'expériences désagréables : 1) l'incertitude, ne pas savoir quoi faire à tel moment particulier ; 2) l'ambivalence et la confusion, tendus notamment entre le besoin ou la nécessité de confronter le patient malgré la douleur potentielle et la crainte de rompre l'alliance. Cette expérience de tension interne peut être due aussi à une difficulté de traiter un sujet particulier, soit parce qu'il s'agit d'une défense partagée avec le patient, soit parce qu'ils perçoivent un risque à utiliser une intervention nouvelle ; 3) la culpabilité et le sentiment d'incompétence, avoir le sentiment de ne pas être un bon thérapeute, de ne pas être assez impliqué ou engagé avec le patient ; 4) l'expérience de tout autre type de tensions internes.

Dans la forme du retrait plus spécifiquement, le thérapeute peut réagir à ces expériences en éprouvant de l'ennui, de la froideur ou de la fatigue, peut devenir distant, passif, apathique, indifférent, nonchalant, impassible vis-à-vis de son patient,

souvent même sans s'en rendre compte. Il peut aussi ressentir de la frustration, de la culpabilité, de l'incompétence ou de l'impuissance en lien avec le manque de progrès perçu de son patient, devant le fait qu'il n'adhère pas bien au traitement ou qu'il ne répond pas à ses attentes cliniques. Les thérapeutes peuvent percevoir, dans une rupture d'évitement, que leurs patients ont du mal à se montrer vulnérables ou à parler de sujets douloureux (Coutinho & al., 2011).

Leur confusion devant l'ambiguïté des signaux envoyés par le patient peut les faire tomber eux-mêmes dans l'évitement, dans la peur de rentrer dans l'espace de la confrontation en se sentant devenir impuissant et complaisant. Le thérapeute qui ressent de l'ennui ou de la distance par exemple, peut manipuler ou se dissimuler en devenant artificiellement d'accord avec son patient. Il simule l'alliance, fait semblant de s'enthousiasmer, d'être de bonne humeur, pour préserver l'idéalisation qu'éprouve le patient. Il peut aussi tomber sous le charme d'un patient imaginaire ou créatif, capable d'entretenir des conversations divertissantes ou de raconter des histoires qui sortent du processus thérapeutique et qui donnent l'impression d'une bonne entente. Ces confluences superficielles avec le patient ne sont pas au service du contact, mais constituent plutôt des cas de pseudoalliance.

Dans la forme de la confrontation, le thérapeute peut se sentir moins présent dans l'interaction (Coutinho, 2001), éprouver des affects intenses et assez pénibles comme de l'anxiété, de la frustration envers le patient et envers lui-même, de la honte ou de la culpabilité, souvent sous la forme d'une colère envers lui-même, menaçant hautement son sentiment d'efficacité personnelle et de compétence (Hill & al., 2003). Dans ce genre de ruptures, les thérapeutes se sentent plus frustrés que concernés ou engagés avec leur patient (Hill & al., 2003). Ils perçoivent que leurs patients se sentent en colère parce qu'ils ont été invalidés par quelque chose qu'ils ont dit, fait ou pas fait (Hill & al., 2003; Coutinho & al., 2011). Ces émotions peuvent être suscitées par les ruptures d'évitement également, mais les thérapeutes trouvent en général plus

pénible d'être la cible d'agressivité intense et continue de la part de leur patient (Drouin, 2014).

1.1.3.4 Obstacles et ruptures d'alliance non traitées

Les principaux dangers guettant tout thérapeute en pleine expérience de rupture, qu'elle soit évitante, conformiste ou hostile, relèvent du manque de conscience réflexive et de l'adoption d'une posture défensive. Les travaux de Safran & Muran (2000) montrent que le fait que les thérapeutes ont de la difficulté à travailler les ruptures dans l'une ou l'autre de ces dimensions, a des conséquences importantes pour la thérapie (Safran & Kraus, 2014). Hill montre, par exemple, que plusieurs thérapeutes peuvent être très peu conscients de l'insatisfaction de leurs patients, ne pas même détecter l'hostilité ou le mécontentement de leur patient face au traitement, ou ne pas se sentir concernés par une rupture, même en état de confrontation (Hill, 2009, cité par Drouin, 2014). Safran et ses collègues montrent aussi que plusieurs thérapeutes peuvent surestimer leur capacité à détecter les ruptures (Safran & al., 2001; Safran & Kraus, 2014). Ces difficultés peuvent conduire à l'impossibilité d'explorer plus avant les causes de la rupture (Hill, 2009; Hill & al., 1996), ou bien à une réponse inadéquate aux besoins du patient. Le thérapeute risque donc de participer à la détérioration de l'alliance en se désengageant du lien à son insu, ce qui peut conduire à l'abandon précipité de la thérapie par le patient sans que le thérapeute n'ait pu comprendre pourquoi (Eubanks-Carter & al., 2015; Eubanks-Carter & al., 2010).

En plus de l'incapacité à détecter les ruptures, les thérapeutes peuvent aussi réagir défensivement ou ne pas suffisamment tolérer les affects pénibles qu'ils éprouvent face à leur patient. Ils risquent dès lors de réagir, de rester concentré ou de vouloir clore trop rapidement une intervention, et par le fait même, d'ignorer, en introjectant sans symboliser, les réactions du patient ou les enjeux de la rupture, et d'agir eux-mêmes une rupture en devenant évitant, conformiste ou hostile avec le patient. La

contre-attaque du thérapeute est d'ailleurs la réaction la plus dommageable pour le processus thérapeutique, plusieurs recherches ayant montré que l'hostilité perçue du thérapeute, par le patient, est la première cause d'abandon de thérapie (Safran & al., 2002; Safran & Muran, 2000).

L'étude de Hill & al., (1996) montre, par ailleurs, qu'une fois conscients d'être en présence de ruptures, les thérapeutes n'arrivent pas toujours bien à en identifier, évaluer, attribuer, comprendre, interpréter les tenants et aboutissants. Selon Drouin, beaucoup de thérapeutes détectent bien les ruptures, mais ne détectent pas qu'elles s'adressent à eux (Drouin, 2014). Soygüt & Gülüm (2016) montrent que certains thérapeutes confèrent plus de responsabilités aux patients, à une pathologie ou un transfert par exemple, dans les moments de ruptures. Ces données corroborent celles de Hill (2003) qui montrent que les thérapeutes peuvent sous-estimer leurs erreurs cliniques. En effet, selon elle, certains thérapeutes perçoivent que les ruptures de confrontation sont souvent disproportionnées par rapport à leur erreur clinique et attribuent plutôt les problèmes à la relation thérapeutique ou à la personnalité du patient. Ils peuvent aussi attribuer les causes de ruptures à des luttes de pouvoir (Hill, 2009; Hill & al., 1996; 2003; Safran & al., 2014) sans prendre conscience que ces luttes peuvent résulter de leur trop grande insistance sur une tâche, un objectif ou bien de la nature conflictuelle, confuse, inconsistante, inexacte de leurs stratégies ou diagnostics. Quoi qu'il en soit, il semble que les thérapeutes aient parfois des difficultés à évaluer l'impact de leurs attitudes ou de leurs interventions, et comprendre en quoi elles jouent un rôle dans le déploiement d'une rupture.

Safran & Kraus (2014), recommandent, nous le verrons en détail dans les stratégies de résolution, pour se hisser hors d'une rupture de communiquer avec le patient sur la communication elle-même en train de se dérouler entre eux. Mais bien que les thérapeutes essaient de discuter des ruptures avec leurs patients, c'est souvent trop

peu ou trop tard, sans s'excuser ou accepter la responsabilité, ou en devenant plus rigides ou en intellectualisant le lien en devenant désincarnés (Hill et al., 1996).

En somme, les expériences de ruptures d'alliance non reconnues et non travaillées compromettent sérieusement le déroulement d'une thérapie (Safran & Muran, 1996; Sharf & al., 2010). Ces événements ont un impact négatif pour le patient et peuvent entraîner une perte définitive de confiance, d'intérêt ou de motivation envers le thérapeute ou le processus thérapeutique (Coutinho & al., 2011), et constituer une source importante d'abandon prématuré des thérapies (Safran & Muran, 1996; Sharf & al., 2010). Il est dès lors essentiel pour le thérapeute d'accueillir le patient, de ne pas adopter, en réponse à l'évitement ou la confrontation de son patient, une attitude défensive.

1.1.4 Résolution de ruptures d'alliance : typologie d'interventions et modèles processuels de Safran & Muran

Un élément central de la pensée de Safran & Muran consiste à postuler que la manière dont les ruptures sont régulées interactionnellement, c'est-à-dire reconnues, tolérées et négociées par le thérapeute et le patient, influence fondamentalement la qualité ultérieure de la relation thérapeutique (Barber & al., 2010 ; Norcross & Lambert, 2011 ; Safran & Muran, 1996, 2000), et donc, potentiellement les résultats de la thérapie. Le processus par lequel une rupture est reconnue, travaillée et réparée est appelé résolution (Eubanks-Carter & al., 2015). Nous verrons plus loin (chapitre 2) diverses stratégies de résolution développées par le programme de recherche de Safran & Muran et les bénéfices à mettre en place des stratégies ciblées à l'aide d'interventions particulières.

Retenons pour le moment que selon Safran & Muran (2000), les thérapeutes compétents devraient avoir développé des types d'interventions particulières en fonction du type de rupture, ce qui en améliorerait la négociation. S'appuyant sur les perspectives de Bordin présentées plus haut, ils proposent une typologie de stratégies de résolution de ruptures en deux catégories d'interventions à laquelle nous reviendrons en détail dans le second chapitre.

Ajoutons à cette typologie d'interventions, deux modèles processuels de résolution de rupture d'alliance développés par Safran & Muran (2000), un premier, ayant trait aux ruptures d'évitement et un second concernant les ruptures de confrontation. Ces deux modèles agissent comme des points de repère et suggèrent une série d'interventions séquentielles pour faciliter la résolution des ruptures d'alliance. Elles ne doivent pas être pensés, comme c'est le cas de tous les modèles présentés dans le présent essai, comme des modalités rigides d'interventions. Quoiqu'il en soit, ils sont importants dans le cadre du présent essai, faisant office de socle de notre analyse de par leur fonction récapitulative de la pensée de Safran & Muran en ce qui a trait à leur représentation d'un bon processus de résolution. Ils offrent un aperçu schématique simplifié facilitant l'analyse, c'est pourquoi il est utile au lecteur de se familiariser avec ces modèles. Pour le moment, les voici très brièvement présentés, respectivement dans les Figures 1.1 et 1.2 :

Figure 1.1 Modèle processuel de résolution de rupture d'évitement

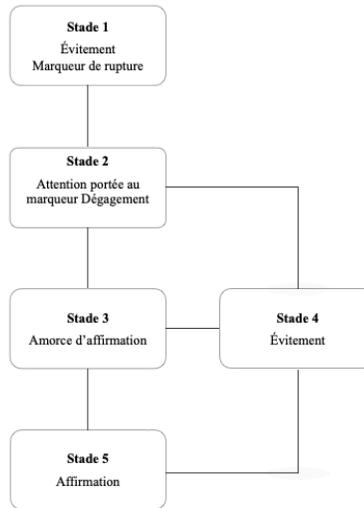
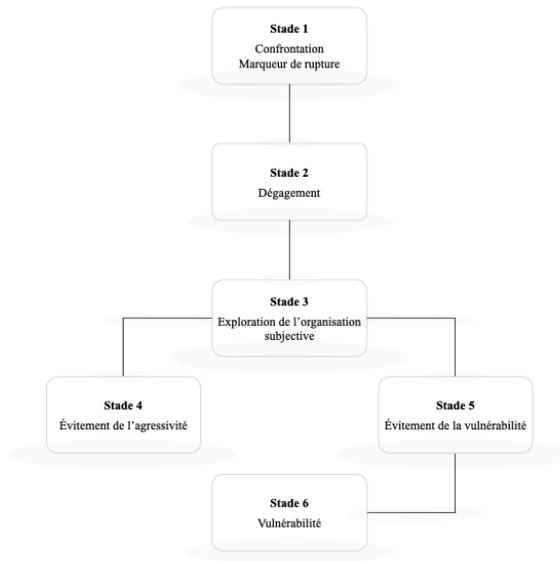


Figure 1.2 Modèle processuel de résolution de ruptures de confrontation



Nous reviendrons et élaborerons sur ces deux modèles au second chapitre, et verrons notamment que chaque étape est caractérisée par des interventions et des compétences spécifiques du thérapeute et de tâches particulières pour le patient.

Notons pour l'instant que ce qui importe de saisir pour le traitement de notre problématique est l'importance accordée dans ces deux modèles au dégagement ou désenchevêtrement affectif (stade 2 dans les deux modèles). Étant donné que tous les protagonistes de la relation thérapeutique sont réputés enchevêtrés affectivement l'un l'autre au moment d'une rupture, il importe selon Safran & Muran, assez tôt dans le processus (stade 2), pour le thérapeute de se dégager de cet enchevêtrement pour pouvoir libérer de l'espace interne et pouvoir commencer à identifier des affects moins facilement accessibles. Cet espace est aussi crucial pour pouvoir commencer à articuler une pensée et assumer une action. Safran & Muran invite donc nous y reviendrons, très tôt dans leur modèle, à un geste d'extirpation affective.

1.1.4.1 Mieux détecter, tolérer et négocier une rupture : la métacommunication

Pour augmenter l'efficacité des processus de résolution mis en forme dans ces deux modèles processuels, Safran & Muran ont développé un programme de recherche et de formation des thérapeutes, l'*Alliance-Focused Training* (AFT), axé sur le développement des compétences dans le traitement des ruptures d'alliance. Ce programme vise à cerner trois enjeux principaux, soit la détection, la tolérance et la négociation des ruptures d'alliance. Ces trois enjeux appellent le développement de trois compétences de base, soit la capacité de conscience de soi (self-awareness), la régulation affective et la sensibilité/réactivité interpersonnelle (Eubanks-Carter & al., 2015; Perlman & al., 2020). Nous reviendrons en détail sur l'analyse et l'articulation de ces trois enjeux/compétences dans le second chapitre.

Retenons ici pour le moment que l'AFT a surtout misé jusqu'à maintenant dans son programme sur le développement d'une métacompétence, en amont des trois que l'on vient de mentionner, la métacommunication. La métacommunication est définie essentiellement par Safran & Muran comme une capacité d'attention, d'observation et

de communication sur le processus même de communication dans l'ici-maintenant (Safran & Muran, 2000). Cette métacompétence est conçue comme un type de conscience de soi collaborative via laquelle le thérapeute peut mettre en relief des marqueurs de ruptures (détection), mettre en action des processus de dégagement affectif (régulation affective) et de négociation interactive de besoins mutuels (sensibilité/réactivité interpersonnelle). Si cette métacompétence est au cœur du programme de l'AFT, c'est qu'elle agirait comme une sorte de facilitateur des trois autres compétences, donc un peu à tous les niveaux du trajet de résolution de ruptures, elle aiderait à mieux détecter, tolérer et communiquer avec le patient en présence d'une rupture.

Sur le plan de la détection, elle améliorerait l'attention dirigée vers les processus thérapeutiques; sur le plan de la régulation émotionnelle, elle permettrait d'allouer de l'espace interne pour accepter l'expérience émotionnelle et aider à s'en désenchevêtrer; et sur le plan de la capacité de négociation des ruptures, elle permettrait de développer l'empathie et maintenir la collaboration en créant une expérience commune (Safran & Muran, 2000). Encore une fois, nous reviendrons en détail sur la présentation de ces compétences dans le second chapitre. Il suffit ici de constater l'importance accordée à la métacommunication, à l'importance du principe attentionnel en son cœur et au rôle modulateur que ce principe entraîne dans chacune des compétences, plus particulièrement en ce qui nous concerne ici, de régulation affective dans sa modalité de dégagement affectif.

1.1.4.2 Quelques réflexions critiques sur l'utilisation de la métacommunication

Ici s'entame la problématique du présent essai que nous développerons dans les sections ultérieures. Disons pour le moment que c'est l'utilisation extensive, peut-être même exclusive de la métacommunication qui constitue, de l'aveu même des auteurs,

l'une des principales limites du programme développé par Safran, Muran et leurs collègues (Safran & Muran, 2000; Muran, 2017). Plusieurs commentateurs l'ont souligné. D'abord, en affirmant que l'excès de confrontation immédiate et de spontanéité intersubjective ou d'autodévoilement du thérapeute en mode métacommunicationnel peut comporter le danger pour le patient, de ne pas développer suffisamment son propre espace d'exploration (Greenberg, 2001). Ensuite, parce que certains thérapeutes pourraient ne pas assez apercevoir ou s'interroger sur la nature et les motifs de leur utilisation de la métacommunication, par exemple en raison de l'urgence ou de l'intensité des difficultés à tolérer l'anxiété ou l'inconfort en lien avec la rupture (Safran & Muran 2000).

Aussi parce que Safran, Muran et leurs collègues, dans les faits, semblent surtout pointer vers des stratégies métacognitives et attentionnelles (conscience de soi, awareness...) dans leur utilisation de la métacommunication, stratégies qui finissent par viser quasi exclusivement des enjeux perceptifs attentionnels comme la détection, enjeux cognitifs de haut niveau de résolution de problème et d'exploration narrative, puis de communication explicite, n'accordant que des descriptions relativement superficielles des aspects de régulation et de métabolisation affectives. Déjà en 2000, Safran & Muran admettaient que trop peu de leur attention avait été consacrée au traitement affectif et aux étapes du processus même d'explicitation par lesquels les thérapeutes (Safran & Muran, 2000) doivent passer avant de rendre une compréhension assimilable au patient, donc métabolisé, des affects en jeu lors de ruptures. Plus récemment, Muran invite à relancer la piste des sciences de l'émotion pour continuer à progresser dans la compréhension des processus de régulation et de négociation affective des thérapeutes dans les processus de résolution de ruptures (Muran & Barber, 2010; Muran, 2017). Mais ce travail est resté quant à nous minimal et limité à « survivre à la rupture » (Safran & Muran 2000) surtout via le processus du dégageant affectif propre au mode métacommunicationnel, et aux problèmes que ce mode peut engendrer.

Le problème avec l'utilisation extensive de la métacommunication comme mode prédominant de résolution de rupture se pose, nous le verrons au troisième chapitre, de manière plus évidente avec certaines reproductions dans l'espace thérapeutique, à cause des difficultés d'intégration affective rendant les charges identificatoires intenses pour le thérapeute, particulièrement à travers certains mécanismes primaires d'identification projective (Delisle, 1993; Schore, 2003; Drouin, 2014).

Bref, ces constats critiques indiquent selon nous la nécessité de recadrer, en l'élargissant, la problématique de la trajectoire de résolution de ruptures d'alliance, mise en modèles par Safran & Muran (les modèles processuels mentionnés ci-haut, que nous représenterons au chapitre 2) et d'y inclure quelques étapes de résolution supplémentaires de traitement identificatoire affectif.

1.1.5 La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objets (PGRO) de Gilles Delisle

Ce recadrage, nous l'opérons à l'aide d'un éclairage conceptuel complémentaire capable de mieux intégrer le traitement des phénomènes de reproductions identificatoires. Cet éclairage, c'est la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) qui nous l'apporte, approche intégrant à la fois le traitement de la conscience expérientielle immédiate, chère à Safran & Muran, mais aussi les médiations herméneutiques et développementales chères aux théories des Relations d'Objet et le rôle modulateur des synchronisations identificatoires psychophysiologiques étudiées par la neurodynamique du champ intersubjectif de Schore (Delisle, 2004). Nous croyons que cette intégration d'approches constitue un ajout intéressant à l'approche intersubjective de Safran & Muran. Voyons ici brièvement en quoi.

D'abord parce qu'en présence de troubles psychologiques plus sévères le Soi porte d'importantes carences structurelles qui aboutissent à une expérience de soi clivée (Delisle, 2004). Or, plus le Soi porte de ces structures clivées, plus les pressions de celles-ci sur les expériences actuelles tendraient, inconsciemment, à faire retour dans la vie consciente du patient de manières détournées. Le plus clair du temps et de l'énergie psychique d'un tel Soi serait dès lors consacré à reproduire, sans les résoudre, des *situations inachevées* issues du passé développemental du patient. Un Soi fragmenté aux prises avec de telles carences contacte essentiellement son environnement sur un mode transférentiel de reproduction (Delisle, 1998, 2004). Nous décrirons les modalités de la reproduction plus en détail dans le troisième chapitre. Insistons ici sur le caractère opaque, clivé, répétitif, confus, distordu, rigide, fermé et inaccessible du sens de l'expérience immédiate de soi dans les relations en phase de reproduction, qui font que les processus métacommunicationnels de Safran & Muran nous semblent ici au mieux difficiles, mais le plus souvent impossibles. Les ruptures en phase de reproduction nous semblent particulièrement intenses et constituent, selon nous, un écueil significatif pour le thérapeute si elles ne sont pas intégrées dans leurs stratégies de résolution de ruptures.

L'élément le plus central que nous observons dans notre propre clinique de la reproduction est sans doute le phénomène de la synchronisation identificatoire (Delisle, 1993). Cette caractéristique est si particulière et concerne si intimement le cycle de la reproduction, qu'elle demande, selon nous, un traitement particulier. Sur ce point spécifique, deux séries de travaux, que nous présenterons au chapitre trois pour en exposer le détail, l'une issue des études sur la *neurodynamique du champ intersubjectif* d'Allan Schore (Schore 2003; 2009; Schore & Schore 2007, 2011) et l'autre, issue de la clinique de la *séquence unitaire de traitement interactionnel* des identifications de Tansey & Burke (1989), nous semble particulièrement utile pour nous aider à appréhender adéquatement la complexité de telles situations.

Disons pour le moment que pour Schore, toutes interactions psychothérapeutiques relèvent nécessairement d'une synchronisation affective subliminale entre le thérapeute et son patient, et que celle-ci précède l'émergence de contenus représentationnels verbaux ou cognitifs. Nous verrons en détail que la première phase de communication entre eux ne s'opère pas tant sur le mode de la communication verbale ou cognitive que sur le mode de l'ajustement ou de la synchronisation psychobiologique nonverbale de cerveau droit à cerveau droit (Schore, 2003). Pour Schore, la tâche thérapeutique consiste à recevoir l'identification projective du patient via une telle synchronisation et de la métaboliser, c'est-à-dire, nous y reviendrons, aider le patient à dévoiler progressivement et à mettre en récit des expériences refoulées maintenues sous forme de relations d'objet affectivement dérégulées.

Même idée chez Tansey & Burke (2009), pour qui toute communication engagée, comme c'est le cas de la relation thérapeutique, s'expérimente d'emblée par le truchement d'identifications. Chez ces auteurs, la tâche thérapeutique par excellence consiste, à l'instar de la métabolisation schorienne, à passer d'un processus identificatoire pathologique, *l'identification projective*, à un processus identificatoire sain, *l'identification empathique* (Tansey & Burke, 2009).

Gardons ici à l'esprit, sans entrer dans des détails que nous développerons au troisième chapitre, que l'identification projective représente un phénomène central de la phase de reproduction. Elle est le moteur de l'interaction entre le thérapeute et le patient. Il suffit de saisir pour le moment que dans un tel type d'identification, le patient, par une influence réelle, suscite inconsciemment chez le thérapeute des pensées, des émotions et des expériences qui sont homologues aux siennes. Delisle parle de *mode transférentiel* pour décrire cette phase de reproduction pour indiquer que le patient, dont le Soi est clivé, transfère inconsciemment un état psychobiologique dans le corps du thérapeute (Schore, 2003). Ce type d'identification se produit lorsque le patient est dans l'incapacité d'utiliser une pensée symbolique,

métaphorique ou langagière pour accéder à un contenu ou à un état perceptif affectif particulier, soit des expériences traumatiques refoulées et d'attachement insécur non symbolisé et engrammé jusque-là dans la mémoire implicite-procédurale (implicit-procedural) sous forme de relations d'objet internes affectivement dérégulées (Schoore, 2003). Autrement dit, le patient éprouvant un affect ou une pulsion inacceptable ou intolérable l'attribue à quelqu'un d'autre, comme si cette personne en était réellement à l'origine et la « dépose » littéralement dans l'autre. Elle est utilisée tout au long du développement dans un effort de promotion d'intégration du soi et son degré de primitivité ou de pathologie varie considérablement selon l'organisation structurelle de la personnalité du projeteur. En gros, sans entrer ici dans les détails du concept, elle permet à l'interlocuteur la mise à distance des états qui lui seraient pénibles, voire intolérable à ressentir. Pour cette raison, il aurait besoin de les projeter sur autrui, tout en pouvant s'identifier à eux.

Tansey & Burke ajoutent que le mécanisme d'identification projective du patient est toujours d'emblée impliqué dans l'établissement d'un contact empathique. Aborder la relation dans une disposition empathique signifierait donc selon eux que le thérapeute recevra nécessairement comme autant d'identifications introjectives les identifications projectives de son patient (Delisle, 1993). Il n'y aurait pas de distinction de nature chez Tansey & Burke entre l'empathie et l'identification projective-introjective, la première étant le résultat du traitement optimal de la seconde.

Cette manière de concevoir a une conséquence importante : il ne s'agit plus d'inhiber et de se dégager nécessairement des affects en lien avec certains types d'identification intense ou négative (pensons ici à des types d'identifications complémentaires, auxquelles nous reviendrons au chapitre trois), comme le suggère Safran & Muran au stade 2 dans leur modèle de résolution de rupture (stade du dégagement), mais plutôt de les laisser vivre et s'exaspérer à travers le corps du thérapeute. Ce n'est qu'une

fois intériorisé et amplifié viscéralement de cette sorte que ces types d'identifications difficiles peuvent être transformées en une réponse assimilable, réponse qui pourra ensuite être communiquée et réintériorisée par le patient opérant toujours en mode identificatoire.

La PGRO invite donc le thérapeute à tenir pour acquis le principe selon lequel le patient tendra inévitablement à re-mettre en place ou re-produire dans sa relation avec lui, comme c'est le cas dans les autres relations significatives de sa vie, des situations analogues rappelant ses enjeux développementaux inachevés (Delisle, 2003). En fait, un des postulats de la PGRO consiste à concevoir le processus thérapeutique comme devant passer par des cycles de reproduction. Ces derniers appartiennent eux-mêmes à des *cycles thérapeutiques* plus vastes (Delisle, 1993). Nous verrons que ces cycles, en trois phases, dont la reproduction ne serait qu'un moment, Delisle les désignent par l'appellation *reproduction-reconnaissance-réparation* (Delisle 1993, 1998, 2004). Pour qu'un processus thérapeutique puisse être considéré comme optimal et complet, il doit d'abord permettre une reproduction suffisante des enjeux développementaux inachevés. Ce n'est qu'à cette condition que ces enjeux pourront être, par la suite, pleinement reconnus. De même, ils doivent être pleinement reconnus pour être ensuite travaillés et achevés, et ce n'est qu'à ces conditions de complétion qu'on pourra parler de réparation.

Bref, si le thérapeute cherche à s'ouvrir empathiquement à son patient, il sera de fait, synchronisé psychobiologiquement, viscéralement avec son patient (Schore, 2003). Cette synchronisation subliminale consacre nécessairement un processus d'identification, et sans ces types de synchronisation ou d'identifications, il n'y a tout simplement pas les conditions pour une relation thérapeutique à visée transformative au niveau de la personnalité. Dans un traitement des personnalités pathologiques ou à forte composante relationnelle, un thérapeute qui ne se permettrait pas d'être activé par son patient, ou qui n'éprouverait pas de fortes réponses émotionnelles envers lui,

sous prétexte d'un préjugé positif ou négatif de son expérience affective envers son patient, devrait suspecter une désidentification relationnelle, et donc avoir fermé les conditions affectives permettant l'avènement d'une métabolisation ou d'une identification saine. Autrement dit, l'identification saine n'est ni évidente ni donnée d'emblée, elle constitue plutôt une trajectoire.

Le corollaire de cette proposition importante selon Tansey & Burke (2009), est que le degré de conscience du thérapeute de son état interne à tout moment de la séquence de traitement dépend en grande partie de sa capacité à tolérer et laisser s'amplifier les affects et l'image de soi suscitée par la communication interactionnelle du patient. Une fois amplifié, elle peut être mise en représentation préliminaire, processus permettant au patient de ressentir, à l'intérieur du contenant que constitue la relation thérapeutique et la mise en représentation de ce qu'il n'a pu, jusque-là, que confusément communiquer sous une forme identificatoire plus ou moins consciente, violente et projective. Dans ce contexte de reproduction où la synchronisation identificatoire peut être exacerbée et devenir intense, une part du rôle du thérapeute peut consister à devoir traiter plus longuement les identifications (voie longue) en lien avec certains types d'impasses relationnelles reproduites par le patient. Cette voie longue du traitement identificatoire, nous le verrons en détail au troisième chapitre, est une trajectoire comportant plusieurs étapes.

1.2 Question de recherche

Par souci de clarté, résumons le cadre conceptuel présenté jusqu'ici. Pour Safran, Muran et leurs collègues, la complétion d'un trajet de rupture-résolution d'alliance requiert le développement de certaines compétences du thérapeute : l'importance de détecter une rupture (enjeu perceptif attentionnel), d'y « survivre » en s'en dégageant (enjeu affectif), pour en explorer et en tirer le sens (enjeu cognitif) et d'en

communiquer le traitement au patient de manière collaborative (enjeu interactionnel). On a vu que cet ensemble d'enjeux et de compétences est modulé par une compétence-maîtresse, la métacommunication qui est une manière de communiquer sur la communication elle-même en train de se dérouler dans l'ici maintenant. Il apparaît néanmoins que bien que le corpus de Safran, Muran et leurs collaborateurs soit déjà bien étoffé quant à ces compétences dans un très large ensemble de cas de figure, elles semblent rester limitées dans le contexte de reproductions et de processus identificatoires, notamment lorsqu'il devient essentiel pour le thérapeute de porter viscéralement l'intolérable et l'indicible d'une reproduction communiquée implicitement et inconsciemment par son patient. On peut voir que selon Delisle, qui rejoint ici la position de certains critiques évoqués plus haut, la nature identificatoire de certains troubles peut rendre la métacommunication contre-productive en voulant chercher à résoudre trop rapidement des enjeux relationnels inaccessibles au traitement explicite. Delisle nous invite, de par son champ d'expertise avec les troubles de la personnalité, à saisir et discriminer plus finement les phénomènes identificatoires. Dans la phase de reproduction, c'est la capacité du thérapeute à intégrer l'intensité du contact et à métaboliser l'identification qui détermine en grande partie les progrès ultérieurs de la trajectoire thérapeutique (Tansey & Burke, 2009). Autrement dit, en phase de reproduction, le processus métacommunicationnel, de par son accent sur les processus attentionnels et l'incitatif au détachement affectif qu'il commande, pourrait être susceptible de moins bien saisir le sens profond d'une rupture par tentative d'en explorer trop rapidement et légèrement les contenus. Elle viendrait ainsi interférer avec la nécessité de laisser certaines ruptures s'exprimer et s'exacerber suffisamment.

À la lumière de ces observations, on pourrait penser que Safran & Muran, en cherchant à mettre au cœur de leurs stratégies de résolution un dispositif métacommunicationnel, pourraient risquer de faire l'impasse sur l'enchevêtrement identificatoire nécessaire à la phase de reproduction et d'en sortir trop tôt. On pourrait

aussi penser, en tenant compte des phases de traitement selon Delisle, que ces stratégies de résolution peuvent aboutir à des résolutions partielles ou superficielles. Notre intuition est qu'il est possible, dans le traitement des ruptures, de greffer au mode métacommunicationnel de Safran & Muran, celui, préalable, du mode transférentiel de la phase de reproduction, soit la *voie longue* du traitement des ruptures. En conséquence, une clinique des ruptures qui tiendrait compte des enjeux de reproduction, ou de ce que nous appellerons des *ruptures de reproduction*, se trouveraient devant deux voies d'intervention. L'une plus courte, prescrivant le dégagement affectif et cherchant à se mettre directement en mode métacommunicationnel, et l'autre, plus longue, prescrivant d'abord, via le mode transférentiel, l'enchevêtrement identificatoire stratégique puis sa métabolisation avant d'en arriver finalement à la métacommunication. Ainsi, tout thérapeute devant une rupture d'alliance serait dès lors placé devant un dilemme : d'un côté, avec Safran, Muran et leurs collègues, il serait amené à décider s'il emprunte, par le truchement du mode métacommunicationnel, la *voie courte* du traitement de la rupture, soit celle du désenchevêtrement affectif et de l'exploration collaborative explicite; de l'autre, avec Delisle, Schore et Tansey & Burke, il serait amené à décider s'il emprunte, par le truchement du mode transférentiel, la voie plus longue du traitement interne des ruptures de reproduction, en laissant s'exprimer un certain enchevêtrement affectif stratégique de manière à permettre une métabolisation plus profonde du processus identificatoire. Notre propre expérience clinique des ruptures nous montre que ce dilemme est omniprésent : voie courte du passage immédiat à l'exploration collaborative ou voie longue du traitement interne de la reproduction identificatoire? Comment dès lors aider le clinicien souhaitant intégrer la voie longue du traitement des ruptures de reproduction, à prendre une décision efficace face à ce dilemme et quels éléments d'orientation peut-on lui fournir pour l'aider à résoudre un tel type de rupture?

1.3 Objectifs de recherche

C'est à ce questionnement théorico-clinique que nous voudrions répondre de manière plus exhaustive dans la suite. Notre travail a deux grandes visées globales. Une première est de tenter de théoriser la complexité de ce que nous observons et ressentons dans notre propre clinique des ruptures d'alliance, et une seconde, est de contribuer, par le détour de la créativité herméneutique, au dépassement de notre propre phénoménologie empirique. Il s'agit pour nous ici de travailler en continuité avec l'héritage conceptuel existant tout en cherchant à en élargir la portée herméneutique, à travers la spécificité de certains contextes de reproductions d'enjeux développementaux, difficiles à travailler dans notre propre clinique. Nous souhaitons dès lors, en plus de contribuer à mieux systématiser et enrichir la réflexion concernant l'expérience identificatoire en période de reproduction dans le processus de résolution des ruptures d'alliance thérapeutique, ajouter notre propre créativité à la dimension conceptuelle existante.

Derrière ce travail de restitution de la complexité se profile une visée théorique synthétique, celle du choix de rendre compte systématiquement de cette complexité à travers des littératures existantes. Ce choix de travailler avec de la littérature théorique établie plutôt que primaire se justifie selon nous par le fait que l'expérience cumulée mise en savoir par ces programmes et littératures constitue déjà une base de connaissance qu'il nous serait impossible à rassembler simplement par notre propre travail empirique ou par celui d'une collecte de données. Cet héritage nous apparaît dès lors une base la plus solide pour entamer le travail d'organisation de notre propre savoir-faire clinique des ruptures-résolution d'alliance et de théorisation de la complexité de notre propre expérience clinique.

Au cœur de ces visées larges et globales, nous avons trois objectifs spécifiques auxquels nous souhaiterions répondre plus concrètement dans le cadre de cet essai. Un premier objectif consiste, en continuité avec le contenu déjà exposé dans notre

cadre conceptuel, 1) à approfondir et systématiser notre synthèse de la littérature spécialisée sur les ruptures d'alliance et de leurs stratégies de résolution.

Un second objectif consiste, toujours en continuité avec le contenu exposé plus haut, à 2) approfondir et systématiser notre synthèse de la littérature spécialisée sur le travail des reproductions d'enjeux développementaux dans l'espace thérapeutique, en l'occurrence la PGRO. Un premier sous-objectif ici consiste, à partir de l'éclairage complémentaire de la PGRO, a) à détailler notre description des limites dans les modèles de résolution de rupture d'alliance proposés par Safran, Muran et leurs collègues et b) à détailler la vision particulière de la PGRO du traitement expérientiel et tridimensionnel de l'espace thérapeutique, notamment en ce qui trait au trajet qu'implique le traitement identificatoire en mode transférentiel dans la phase de reproduction.

Un dernier et troisième objectif consiste à 3) recadrer le concept de rupture d'alliance dans le contexte d'une reproduction identificatoire, donc intégrant les savoirs provenant des deux littératures mises en exposition dans les parties précédentes du travail fait jusque-là. Nous voudrions caractériser deux concepts particuliers, celui de *rupture de reproduction*, réfléchir à des marqueurs de sa présence et aider le clinicien à manœuvrer au mieux pour sa résolution à travers, et c'est là notre deuxième concept, une *voie longue de résolution de rupture*. Dans l'esprit de théorisation de la complexité de l'espace thérapeutique, ce concept devrait pouvoir compléter, raffiner, préciser le travail de résolution de ruptures déjà opéré dans la littérature et être au plus proche possible de l'expérience clinique.

1.4 Méthode de recherche : la métasynthèse

1.4.1 Qu'est-ce que la métasynthèse?

Dans leur article de mise au point sur les méthodes d'analyse en recherches qualitatives, Beaucher & Jutras, citant Finfgeld (2003), définissent essentiellement la métasynthèse comme une «synthèse des résultats de plusieurs recherches qualitatives pour en créer une nouvelle interprétation» (Beaucher & Jutras, 2007, p. 62). Il s'agit dès lors de l'examen et de l'interprétation rigoureuse de résultats de recherche provenant d'un certain nombre d'études de recherche qualitative (Jensen et Allen, 1996). Finfgeld, citant Schreiber & al. (1997) précise que lorsque nous opérons avec cette méthodologie, «il s'agit de mettre ensemble [...] des résultats, les examiner, découvrir les éléments fondamentaux et, en quelque sorte, combiner divers phénomènes dans un tout transformé.» (Schreiber et al., 1997, p. 314)» (Finfgeld, 2003, *traduction libre*). Précisons donc d'entrée de jeu qu'il ne s'agit pas ici de travailler des données brutes, mais plutôt des littératures théoriques établies.

Selon Finfgeld (2003), on trouve trois types de métasynthèses. Le premier type vise à la construction d'une nouvelle théorie (*theory building*) sur un phénomène particulier, le second type cherche à expliquer une théorie (*theory explication*), alors que le troisième chercherait plus à offrir une analyse compréhensive dudit phénomène (*descriptive metasynthesis*). En réalité selon Finfgeld, ces types sont complémentaires et se chevauchent dans de nombreux cas (Schreiber et al., 1997), rendant parfois impossible de codifier les études individuelles dans un seule de ces types (Finfgeld, 2003).

Laissons de côté le détail de chacune de ces modalités de métasynthèse qui sortirait du cadre du présent essai. Étant donné que ces modalités ne sont pas exclusives et ne reflètent pas nécessairement toutes les possibilités de métasynthèse, il suffit de dire

que parmi ces modalités, certaines composantes méthodologiques cruciales nous semblent plus pertinentes.

De la modalité descriptive (*descriptive metasynthesis*) nous retenons que la métasynthèse implique la synthèse et l'analyse la plus complète possible d'un phénomène en question avec pour visée de faire ressortir les éléments pertinents, adaptés et porteurs de sens pour la recherche effectuée (Finfgeld, 2003; Schreiber et al., 1997). Les concepts rattachés au phénomène en question ne sont généralement pas déconstruits, leur présentation visant surtout à fournir des données primaires déjà organisées et systématisées. Le chercheur, dans cette modalité, expose ses trouvailles liées aux grands thèmes de sa métasynthèse pour ensuite, essentiellement, proposer des pistes d'approfondissement ou de réflexion sur certains constats. Bref, la métasynthèse est d'abord un effort d'intégration d'éléments à propos d'un phénomène particulier (Jensen & Allen, 1996).

Cependant, il ne s'agit pas uniquement de mettre des résultats ensemble et d'en présenter une grande quantité pour qu'ils soient représentatifs des cas examinés. La métasynthèse ne se réduit ni à une accumulation de données, ni à une revue systématique des écrits, ni à un réarrangement de résultats de recherche, ni une addition de constats d'études ou d'analyses conceptuelles (Beaucher & Jutras, 2007; Schreiber & al., 1997; Sherwood, 1999; Thorne & al., 2004). Cela rejoint Sandelowski (2004) pour qui la métasynthèse ne signifie pas ultimement d'arriver à synthétiser ou à regrouper les résultats d'études, les méthodes de recherche et d'analyse ou les cadres de référence utilisés, mais plutôt de tendre vers le fait d'inventorier, de décrire, de comparer ou même de critiquer ces éléments.

Sandelowski (2004) explique que la métasynthèse, tout en étant une technique d'intégration de résultats qualitatifs, interprète ces résultats pour en arriver à des conclusions nouvelles. La métasynthèse peut exiger donc une certaine déconstruction

des études sur le phénomène étudié dans le but d'en arriver à une reconstruction plus précise, plus complexe, voire plus complète du dit phénomène. De la même manière, Finfgeld (2003) explique que le but de la métasynthèse consiste à produire une interprétation nouvelle et intégrée des résultats des recherches analysées qui soit plus précise, plus substantielle que l'ensemble de ces résultats pris séparément.

Il s'agit ici des modalités *theory construction* et *theory explication* de la métasynthèse que nous retenons, à savoir un travail de reconceptualisation. Nous opérons ce travail lorsque certains concepts issus d'un corpus B sont utilisés pour « pousser le niveau de la théorie » sur un phénomène particulier au-delà de ce qui est possible à partir du seul corpus A (Schreiber et al., 1997, p. 315). Toujours selon Finfgeld, il s'agit de réunir et d'utiliser ces résultats pour dépasser les limites théoriques actuelles, ce qui serait plutôt difficile avec une seule étude (Finfgeld, 2003). Les concepts sont ainsi « étoffés », et peuvent aboutir à une reconceptualisation du phénomène en question (Schreiber et al., 1997, p. 315). On peut le faire notamment en déconstruisant, reconstruisant et synthétisant certains concepts issus des corpus primaires, ou en intégrant une plus grande variabilité de processus et d'éléments contextuels (Finfgeld, 2003). On cherche ici à développer un modèle plus complet et complexe du phénomène étudié (Kearney, 1998a).

Quant aux prétentions théoriques de la métasynthèse, elles se restreignent à affirmer que le résultat ne devrait pas être l'émergence d'une nouvelle théorie prédictive. La généralisation n'est pas le but ultime de la métasynthèse, même si elle est possible. Pour Thorne & al. (2004), et McCormick & al. (2003), il ne s'agit pas de chercher à atteindre un consensus final ou d'en arriver à une « vérité », mais plutôt d'arriver à une nouvelle compréhension ou interprétation qui tienne compte des différences qui émanent des études analysées à propos du phénomène. Sandelowski & Barroso (2003) expliquent que la métasynthèse devrait donner des résultats interprétatifs touchant la globalité des études primaires analysées, toujours en cherchant à demeurer fidèle aux

résultats interprétatifs de ces mêmes études primaires. Ainsi, pour Paterson & al. (2001), la métasynthèse permet de clarifier des concepts et des modèles, solidifier l'état actuel des connaissances de même que les modèles et théories qui sont en émergence en tirant avantage de tous les points de vue, qu'ils soient largement répandus ou non.

1.4.2 Utilisation de la métasynthèse dans le présent essai

Notons d'entrée de jeu qu'il s'agit ici d'une interprétation libre de métasynthèse, car malgré une gestuelle métasynthétique, le présent essai n'opère pas, nous allons le voir en détail, une synthèse de données empiriques mais plutôt de modèles théoriques. En fait, pour être précis, nous nous sommes inspiré de la méthode de la métasynthèse pour opérer une intégration de modèles théoriques.

Notre version de la métasynthèse opère selon deux principes d'actions, soit d'une part, par les gestes descriptifs de la collecte et de la synthèse systématiques de concepts issus de corpus divers, et d'autre part, par le travail de reconceptualisation — qui ici, pour être plus spécifique, est un recadrage conceptuel — que la mise en relation ou en confrontation des corpus aura laissé émerger. Nous restons donc près de l'esprit méthodologique de Jensen & Allen (1996) pour qui la métasynthèse comporte un aspect herméneutique et un autre, dialectique, le premier visant une représentation fidèle des corpus, alors que le second visant une comparaison et une différenciation de ces construits. Au final, il devrait en résulter l'émergence d'un nouveau construit, représentatif d'un plus grand ensemble de cas étudiés (Jensen & Allen, 1996).

En tant qu'opérant sur ces deux modes d'activités, le processus de la métasynthèse nous semble répondre adéquatement à l'exigence générale que nous nous sommes donnée de produire une conceptualisation capable de rendre compte de la complexité

clinique des ruptures d'alliance. Elle le fera à partir de la modalité de la synthèse et de la confrontation de corpus divers, celui d'abord de la littérature sur les ruptures et résolutions d'alliance thérapeutique et celui ensuite, du traitement des dimensions identificatoires en phase de reproduction en PGRO. Par la suite, dans un deuxième geste méthodologique, il s'agira d'établir des relations d'opposition et de complémentarité entre les deux corpus afin d'offrir un recadrage conceptuel à la clinique des ruptures-résolution d'alliance. Le volet synthétique et intégratif des corpus constitue l'essence de la seconde partie, alors que le travail de reconceptualisation constitue l'essence de la troisième partie.

Si on en revient à notre essai à proprement parlé, pour répondre à l'objectif d'approfondir et systématiser notre synthèse de la littérature spécialisée sur les ruptures d'alliance et de leurs stratégies de résolution, nous tâcherons de présenter les écrits principaux de Safran, Muran et de leurs principaux collaborateurs, qui sont les auteurs centraux dans l'étude du domaine. Nos critères d'inclusion concernant les textes sont les suivants : les ouvrages considérés doivent être des ouvrages de référence ou des articles de synthèse dans le domaine. Ils doivent avoir été écrits par Safran & Muran ou référer à leur théorie des ruptures. Deux ouvrages de bases ont été ici présélectionnés, soit *Negotiating the therapeutic alliance — a relational treatment guide* de Safran & Muran (2000) et *The therapeutic alliance — an evidence-based guide to practice* de Muran & Barber (2010), toujours à ce jour des ouvrages de référence. Dans le cas d'articles de synthèse, nous avons surtout choisi de nous concentrer sur les écrits de collaborateurs proches de Safran & Muran, faisant partie du *Center for Alliance-focused Training* ou du *Mount Sinai-Beth Israel Brief Psychotherapy Research Program*, notamment Catherine F. Eubanks, Ph. D. et Lisa Wallner Samstag, Ph. D., proches collaboratrices de Muran dans la direction des activités de ces centres. L'article synthèse de Eubanks-Carter & al. (2015), *Rupture Resolution Rating System (3RS)—Manual*, et quelques articles à saveur synthétique comme *Clinical consensus strategies to repair ruptures in the therapeutic alliance*

(Eubanks & al., 2017) et *Alliance-Focused Training* (Eubanks-Carter & al. 2015), ainsi que ceux d'autres collaboratrices importantes comme Joana Coutinho et Clara Hill dans le volet plus qualitatif de l'expérience des ruptures chez les thérapeutes sont venus compléter la base textuelle déjà imposante.

Notons ici que la qualité des études ne constitue pas d'emblée un critère d'exclusion. Étant donné qu'il s'agit surtout de saisir et dégager un consensus autour du traitement des ruptures d'alliance, nous ne voulons pas d'emblée risquer d'éliminer des concepts pertinents à notre recherche synthétique. Quoiqu'il en soit, leur qualité scientifique s'est toujours vérifiée puisque les ouvrages retenus proviennent de revues évaluées par les pairs ou font consensus parmi les pairs la communauté scientifique (indice de référencement élevé), assurant donc minimalement des recherches reconnues et rigoureuses.

Au final, nous entrevoyons que la présentation de ce premier corpus, dans l'esprit de la modalité descriptive, permettra de mieux identifier et faire ressortir les concepts clés de la clinique des ruptures d'alliance, puis de commencer à nous faire entrevoir des pistes d'approfondissement sur la résolution des ruptures en contexte de reproduction identificatoire.

Pour répondre à notre second objectif d'approfondir et systématiser notre synthèse de la littérature spécialisée sur le travail des reproductions en PGRO, nous tâcherons de présenter les écrits principaux de Gilles Delisle, de ses collaborateurs et de leurs principales influences théoriques.

Encore une fois, nos critères d'inclusion relèvent de la même logique que pour nos choix dans le corpus sur les ruptures-résolution d'alliance. Il s'agit essentiellement d'ouvrages de référence ou d'articles de synthèse portant sur le traitement identificatoire et de la reproduction en PGRO. Nos critères de sélection des ouvrages

ici sont multiples, mais restreints : ils doivent soit avoir été écrits par Gilles Delisle lui-même, fondateur de l'approche, soit être une influence théorique majeure du corpus de la PGRO, ou encore référer à la théorie de la reproduction et du traitement identificatoire de Delisle en PGRO. Trois ouvrages de bases écrits par Delisle ont été ici présélectionnés, soit *La relation d'objet en Gestalt Thérapie* (1998), thèse doctorale et fondement théorique de la PGRO, *Les pathologies de la personnalité. Perspectives développementales* (2004) et *Les troubles de la personnalité* (2018), toujours à ce jour des ouvrages de référence de l'approche.

Pour ce qui est des influences majeures de l'approche, nous avons pré-sélectionnés deux ouvrages incontournables. D'une part, l'ouvrage de 1989 de Tansey & Burke, *Understanding Countertransference. From Projective Identification to Empathy*, au sein duquel nous avons choisi les chapitres traitant spécifiquement du concept de traitement identificatoire en psychothérapie à l'aide du concept de *séquence unitaire pour le traitement interactionnel de communication*. D'autre part, un ouvrage de référence de Allan Schore de 2003, *Affect regulation and the repair of the self*, au sein duquel nous avons choisi les chapitres traitant spécifiquement des implications cliniques de l'identification projective et de la métabolisation de l'identification projective dans le cadre d'un modèle psychoneurobiologique intersubjectif.

Dans le cas d'articles de synthèse, nous avons choisi celui de 1993 de Delisle, *La relation thérapeutique tri-dimensionnelle et l'identification projective*, dans lequel Delisle développe son modèle de compréhension du traitement de l'identification projective dans la phase de reproduction. D'autres auteurs viennent graviter autour de ces textes majeurs, dont plusieurs collaborateurs de Delisle, notamment de son institut de formation professionnelle à la psychothérapie, le *Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG)*, à la base de programmes de formation et de stage clinique de base et de 3e cycle à la PGRO. Parmi ces collaborateurs, chez qui nous irons puiser des synthèses conceptuelles de la pensée de Delisle, notons les articles de Ouellet &

Drouin (2012), *Analyse de l'expérience contre-transférentielle et production d'une grille d'analyse du contretransfert*, de Drouin (2014), *L'alliance, ses ruptures et leurs réparations dans le processus thérapeutique* et de Drault & Gravouil (2005), *Le processus de réparation dans la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet*, qui viendront soutenir et compléter, encore une fois, un corpus déjà imposant.

Ici encore la qualité des études ne constitue pas d'emblée un critère d'exclusion, et de la même manière que pour le corpus sur les ruptures-résolution d'alliance, il s'agit surtout de saisir et dégager la pensée de Delisle et de ses influences autour du traitement identificatoire en période de reproduction sans risquer d'éliminer les concepts pertinents à notre recherche synthétique. Soulignons néanmoins que les ouvrages sélectionnés sont à la base des programmes de formation et de stage clinique de base et de 3^e cycle à la PGRO donnée par le CIG, et sont reconnus par l'*Ordre des psychologues du Québec* aux fins de la formation continue en psychothérapie.

La présentation de ce deuxième corpus permettra de mieux identifier et faire ressortir les concepts clés de la clinique des phénomènes identificatoires et de reproduction. Il nous permettra de commencer à nous faire une tête sur les limites du corpus sur les ruptures-résolution d'alliance, puis d'entrevoir l'importance de l'apport d'un cadre intégrant le traitement identificatoire de la reproduction dans la théorisation de la complexité clinique des ruptures d'alliance.

Suite à la phase de travail de synthèse préliminaire des deux littératures, nous chercherons à répondre à notre troisième et dernier objectif (Partie 3), qui consiste à offrir un recadrage conceptuel susceptible de relier les savoirs provenant des deux littératures mises en exposition. Notre travail se déroule en trois phases.

D'abord, une phase de classification récapitulative des concepts centraux pertinents qui ressortent dans chacun des corpus à travers la présentation de tableaux exposant les notions en condensé. Ces tableaux auront une fonction d'organisation de la réflexion et de clarté, à la fois pour l'auteur et le lecteur afin qu'ils puissent se faire une idée claire et rapide des constats effectués dans la seconde partie.

Ils auront aussi pour fonction de faciliter la mise en relation des concepts pertinents. En juxtaposant de cette manière les concepts et leurs éléments clés, côte à côte, l'ensemble des concepts ressortis devraient laisser apercevoir plus facilement les complémentarités et tendances théoriques. Il devrait être plus facile ainsi d'opérer une recontextualisation du premier corpus à la lumière du second.

Suite à ce travail de classification synthétique, de mise en relation et de recontextualisation préliminaire, nous devrions être en mesure d'opérer notre travail de recadrage conceptuel. Sans vraiment déconstruire les modèles de résolution proposés par Safran & Muran, il s'agit plutôt de proposer une greffe à certaines étapes de leurs modèles (les stades 2 spécifiquement, concernant le dégagement/désenchevêtrement), ce que nous appelons la *voie longue de résolution de rupture*, à l'aide de la séquence de traitement interactionnel des identifications de Tansey & Burke dans le contexte de la reproduction de Delisle. À partir de ce qui émergera de ce travail de recadrage, nous pourrions entamer une caractérisation de nos notions de *rupture de reproduction* et de *voie longue de résolution de rupture*.

**DEUXIÈME PARTIE : SYNTHÈSES DES CORPUS
SUR LES STRATÉGIES DE RÉOLUTION DE
RUPTURES D'ALLIANCE ET SUR LE TRAVAIL DES
REPRODUCTIONS IDENTIFICATOIRES DANS LE
LIEN THÉRAPEUTIQUE**

CHAPITRE 2

SYNTHÈSE DU CORPUS SUR LES STRATÉGIES DE RÉOLUTION DE RUPTURES D'ALLIANCE. LE PROGRAMME LANCÉ PAR JEREMY SAFRAN, CHRISTOPHER MURAN ET LEUR COLLABORATEURS

2.1 Ruptures d'alliance thérapeutique et types de ruptures

2.1.1 Rupture d'alliance : rappel de définition

Il nous semble utile de rappeler brièvement ici quelques définitions présentées plus haut avant d'aborder de manière plus approfondie le programme de recherche et de formation lancé par Safran, Muran et leurs collègues. Comme nous l'exposons dans notre cadre conceptuel, l'alliance thérapeutique est assimilée à la collaboration contractuelle dans le travail thérapeutique et est vécue sur le plan affectif par le patient et le thérapeute sur le mode de l'engagement ou de l'investissement mutuel. Rappelons aussi que selon Eubanks-Carter & al. (2015) une rupture d'alliance est conçue comme un manquement ou une détérioration dans cette collaboration, soit comme une tension ou un désengagement dans le lien affectif, une mésentente à propos des tâches et des objectifs, ou encore dans l'une et l'autre de ces dimensions à la fois.

L'accent mis sur le manque de collaboration plutôt que sur les désaccords à propos du travail thérapeutique a son importance selon ces auteurs. En mettant l'accent sur le manque de collaboration, on rend compte en effet du fait que tous les désaccords ne sont pas des ruptures. On peut très bien exprimer un désaccord de manière appropriée et légitime, tout en restant dans un rapport de collaboration. Inversement, un accord superficiel peut traduire un désinvestissement, chez le patient, de son monde émotionnel, ou une tentative d'évitement de conflit avec son thérapeute (Safran &

Kraus, 2014; Eubanks-Carter, 2015). Bref, un patient peut très bien exprimer un désaccord tout en étant très investi dans son processus thérapeutique et inversement, exprimer un accord tout en y étant totalement désinvesti.

Rappelons aussi que les ruptures peuvent se manifester de plusieurs manières. Elles peuvent prendre la forme de tensions ouvertes ou non, de distanciations ou de rapprochements exagérés, de désajustements, d'ennuis ou de maladresses, de conflits plus ou moins hostiles entre le patient et le thérapeute (Safran & Muran, 2000). On peut sentir (parfois le constater franchement) que les protagonistes de la relation thérapeutique ne travaillent plus ensemble de manière collaborative et productive, qu'ils peuvent même travailler l'un contre l'autre pour préserver la cohésion de leur self respectif, et ce, sans même s'en rendre compte. Bref, nous allons le voir, le concept de rupture ne se résume en rien à la notion de conflit ouvert, il peut renvoyer aussi bien à des tensions/désaccords subtiles et indirectes qu'à des tensions/désaccords évidents et directs dans la relation thérapeutique.

2.1.2 Types de ruptures

Rappelons enfin que Safran et Muran (2000) systématisent ces nuances en distinguant deux types de ruptures, types renvoyant à deux types d'attitudes dans la négociation des besoins de chacun dans leur relation et devant des problèmes particuliers. Une première attitude de négociation, indirecte, est l'évitement ou le conformisme. Nous disions plus haut que le patient privilégie ici son besoin d'affiliation au détriment de son besoin d'affirmation, ce qui résulte, dans la relation, en une *rupture d'évitement*. Une seconde attitude, plus directe, est la confrontation. Nous disions que le patient privilégie ici son besoin d'affirmation sur celui d'affiliation, ce qui conduit, sur le plan relationnel, à une *rupture de confrontation* (Eubanks-Carter, 2015). Dans ces deux cas, avons-nous affirmé, le patient se désengage ou se coupe du thérapeute, de lui-même ou du travail thérapeutique. Voyons chacun de ces types en détail.

2.1.2.1 Rupture d'évitement

Dans les ruptures d'évitement, le patient a de la difficulté à exprimer directement ses préoccupations ou ses besoins dans la relation. Il peut alors s'en défendre en devenant passif, apathique, indifférent, nonchalant, impassible, silencieux, conformiste, détaché ou distant, voire dissocié (Safran & Muran, 2000; Eubanks-Carter, 2015). Il expérimente son inconfort en s'éloignant du thérapeute, en se désengageant partiellement de ses propres émotions ou de certains aspects du processus thérapeutique. Ces ruptures peuvent être subtiles et le thérapeute peut avoir de la difficulté à les reconnaître. C'est pourquoi plusieurs auteurs ont cherché à systématiser leur réflexion autour des ruptures d'évitement en identifiant des marqueurs spécifiques signalant leur présence (Eubanks-Carter & al., 2015; Rice & Greenberg, 1984; Safran & Muran, 2000). En voici des exemples :

Tableau 2.1 Marqueurs de ruptures d'évitement

Déni	Nier un état, une émotion ou un sentiment pourtant manifeste
Réponse minimale	Se taire ou répondre trop brièvement pour éviter l'exploration
Communication abstraite	Utilisation d'un langage vague ou abstrait pour rester à distance des affects, préoccupations ou problèmes
Clivage contenu/affect	Affect non concordant avec le discours
Histoires anecdotiques/changement de sujets	Raconter des histoires, anecdotes ou changer de sujet pour éviter un enjeu important
Pseudoalliance/conformisme	Connivence trompeuse ou complaisance visant l'apaisement pour éviter un enjeu potentiellement conflictuel
Fatalisme/catastrophisme	Abîme affectif autocritique, exagérément désespéré et autodénigrant pour s'exclure de tout engagement

Contenu tiré partiellement de Eubanks-Carter & al. (2015) et Drouin (2014)

Un premier marqueur de rupture d'évitement est le *déni*. Le patient peut nier un état, une émotion ou un sentiment (colère importante, deuil ou sentiment d'abandon) pourtant manifeste. Il peut aussi nier l'importance de relations interpersonnelles ou d'événements importants et pertinents pour le travail thérapeutique. Avec le déni, le patient cherche, consciemment ou inconsciemment, à fermer toute possibilité d'exploration ou à s'éloigner du sujet ou de la tâche thérapeutique en cours.

Un deuxième marqueur est la *réponse minimale*. Le patient peut par exemple se taire ou répondre trop brièvement à des questions ouvertes posées par le thérapeute visant à poursuivre ou explorer plus avant le travail thérapeutique.

Un troisième marqueur est une *communication abstraite*. Dans ce cas, le patient peut chercher à utiliser un langage vague ou abstrait lui permettant de rester à distance de ses véritables affects, préoccupations ou problèmes. Il peut par exemple discuter d'une expérience douloureuse en l'intellectualisant, en se concentrant sur l'aspect conceptuel de la situation, ou en utilisant des concepts rationnels et une terminologie complexe. L'expérience du patient se vit de manière détachée, et il n'y a plus de lien émotionnel entre le patient et le thérapeute. Le patient peut faire des déclarations générales ou globales sans objet précis ou sans pertinence directe pour la bonne continuation du traitement plutôt que d'exprimer directement ses pensées ou ses sentiments. Il peut appuyer la description de son expérience sur un langage tellement abstrait et/ou vague que le thérapeute peut devenir confus et avoir de la difficulté à suivre ce que le patient raconte.

Un autre marqueur est le *clivage entre le contenu et l'affect*. Le patient semble vivre un affect qui ne correspond pas au contenu de son récit. Par exemple, le patient décrit un événement bouleversant, mais son affect est positif (sourire, rire). On peut dès lors sentir un clivage entre le contenu de la discussion et les affects en jeu dans l'interaction, le patient évitant présentant un affect qui ne correspond pas au contenu de son récit.

Le cinquième marqueur de rupture d'évitement consiste à *raconter* des histoires, des anecdotes ou à changer de sujet pour éviter un enjeu thérapeutique important, ou se mettre à parler d'autres personnes, de ce qu'ils font ou de leurs réactions dans le but d'éviter de parler de lui ou à passer d'un sujet « lourd » à un sujet « léger ». Ces histoires peuvent être longues, ennuyantes et tangentielles, mais elles peuvent aussi

être brèves ou même divertissantes et peuvent favoriser le sentiment d'une connivence superficielle ou pseudoalliance.

Ce sentiment de connivence ou pseudoalliance peut être très trompeur d'ailleurs, à cause, notamment, de la subtilité de sa teneur. Il s'agit du sixième marqueur de rupture d'évitement selon Eubanks-Carter & al. (2015), la *complaisance* ou *l'apaisement*. En effet, le patient peut donner l'impression inconsistante d'être en accord avec le thérapeute, alors qu'au fond, il cherche à éviter un conflit avec lui ou à éviter une émotion douloureuse. Dans ce cas, les réponses du patient pourront sembler exagérément déférentes vis-à-vis des propos ou des agissements du thérapeute, alors qu'elles traduisent au fond un engagement superficiel ou un désaccord.

À l'inverse, le patient peut tomber dans une forme de *fatalisme* ou de *catastrophisme*, mécanisme par lequel il se laisse tomber dans un abîme affectif dépressif et autocritique, exagérément désespéré et autodénigrant. C'est le dernier marqueur, soit *l'autocritique* ou le *désespoir*. Bien entendu, le désespoir peut faire partie d'un processus thérapeutique normal, mais on y reconnaît une rupture d'évitement lorsqu'on sent que le désespoir exclut tout engagement, tout processus thérapeutique, qu'il retourne une agressivité contre soi pour éviter une tension relationnelle ou un conflit, une douleur, ou bien qu'il ferme toute possibilité d'aide.

Bref, pour Eubanks-Carter & al. (2015), dans les ruptures d'évitement, le patient va avoir tendance à désinvestir le processus thérapeutique en se retirant de manière plus ou moins explicite et indirecte. Ce genre de ruptures peut passer inaperçu, et parfois même, donner l'impression d'un accord, et ce, malgré des inquiétudes réelles du patient à propos d'une tâche ou d'un but. Le thérapeute et le patient peuvent ainsi former une pseudoalliance, c'est-à-dire un accord superficiel quant aux objectifs ou aux tâches qui dissimule un état ou une expérience négative du patient. Dans de tels

cas, le lien n'est dès lors plus au service du processus thérapeutique et surgit un risque d'abandon ou d'échec thérapeutique (Eubanks-Carter & al., 2015).

2.1.2.2 Ruptures de confrontation

Dans les ruptures de confrontation, le patient se plaint ou confronte ouvertement et directement le thérapeute. Il peut le faire en exprimant de l'hostilité ou de l'insatisfaction, en critiquant, en rejetant, en s'attaquant ou en essayant de contrôler le thérapeute ou le travail thérapeutique (Coutinho et al., 2011; Eubanks et al., 2015; Gersh et al., 2016; Safran & Muran, 1996, 2000; Safran et al., 2011). Il peut le faire aussi sous le couvert d'un humour ou d'une politesse plus ou moins passive-agressive (ironie, sarcasme, jeu d'esprit). Les ruptures de confrontation ont aussi leurs marqueurs. En voici des exemples :

Tableau 2.2 Marqueurs de ruptures de confrontation

Se plaindre, de manière plus ou moins hostile et explicite...	
... du thérapeute en tant que personne	Attaquer le thérapeute ou son style interpersonnel, soit trop réservé et passif, soit trop expressif et actif
... de la compétence du thérapeute	Rejeter ou remettre en question la vision, les habiletés ou le travail du thérapeute
... de la pertinence des interventions du thérapeute	Manifester de l'irritation/doute à propos de l'efficacité des tâches spécifiques proposées
... des paramètres de la thérapie	Se plaindre du calendrier, de l'endroit, de la fréquence ou de l'heure des rendez-vous...
... de la progression de la thérapie	Exprimer des doutes quant aux gains ou bénéfices ayant été réalisés jusqu'ici...
... pour se défendre contre une critique perçue du thérapeute	Devenir défensif sans raison apparente ou évidente
... pour contrôler ou faire pression sur le thérapeute	Pousser ou provoquer en indiquant quoi faire ou ne pas faire pour régler rapidement les problèmes

Contenu tiré partiellement de Eubanks-Carter & al. (2015) et Drouin (2014)

Un premier marqueur est l'expression de sentiments négatifs (plainte) à propos de *la personne du thérapeute* lui-même. Par exemple, le patient peut attaquer le style interpersonnel, les manières trop réservées, trop passives ou trop actives du thérapeute, lui dire qu'il ne le soutient pas, ne le comprend pas, ne l'encourage pas ou ne le respecte pas, ou qu'il n'est carrément pas efficace. La plainte concernant le thérapeute est souvent exprimée de manière hostile, mais l'hostilité n'est pas nécessaire pour être considérée comme une rupture de confrontation. Elle peut

également être exprimée de manière polie, apparaît en conjonction (ou suite) à une rupture d'évitement (par exemple, une préoccupation exprimée avec un sourire, de sorte qu'il s'agit à la fois d'une plainte et d'un clivage du contenu/affect).

Un second marqueur est le *rejet de l'intervention du thérapeute*. Le patient peut rejeter la vision ou l'interprétation du thérapeute, ou encore ses efforts d'intervention. Mais ce rejet n'est pas simplement un désaccord, qui lui, peut permettre de maintenir le lien. Le rejet de l'intervention porte ici une rupture dans la collaboration entre le patient et le thérapeute. Il peut affirmer par exemple, que les commentaires ou les questions du thérapeute sont inutiles, impertinentes ou inappropriées. Il peut aussi remettre en question ses habiletés de manière générale, ou encore attaquer et neutraliser un propos que le thérapeute tente d'apporter.

Un troisième marqueur est une *plainte ou un désaccord à propos de certaines tâches spécifiques*, telles que des devoirs ou des tâches en séance (technique de la chaise vide ou de l'exposition par exemple). Le patient peut aussi montrer de l'irritation face à certaines questions du thérapeute concernant l'état de ses sentiments. Il peut le faire plus directement en s'interrogeant à voix haute ou d'une manière plus subtile en exprimant des doutes quant à l'efficacité de la tâche en question ou en tournant la tâche en ridicule.

Un quatrième marqueur relève d'une *plainte concernant les paramètres de la thérapie*. Le patient se plaint par exemple du calendrier, l'endroit, la fréquence des rendez-vous, de l'heure, de la durée des séances ou encore du contrat dans un cadre de recherche (remplir des questionnaires, être filmé, etc.).

Un cinquième marqueur est une *plainte du patient à propos des progrès dans la thérapie*. Il peut, par exemple, exprimer des doutes quant à ce qui peut être réalisé ou

encore quant à l'absence de gains ou de bénéfices ayant été réalisés jusqu'ici. Il peut ainsi émettre des doutes quant à la poursuite de la thérapie.

Un sixième marqueur est lorsque le patient *défend la cohésion de son self contre le thérapeute*. Le patient défend ses pensées, ses sentiments ou son comportement contre ce qu'il perçoit comme une critique ou un jugement de la part du thérapeute. Il peut ainsi chercher à justifier, valider ou défendre son comportement, ses croyances, ses sentiments, ses décisions, etc. Le thérapeute ici n'a pas été nécessairement critique dans les faits pour que le patient anticipe ou perçoive une critique et devienne défensif.

Un septième marqueur est lorsque le patient tente de *contrôler ou de faire pression sur le thérapeute*. Le patient essaie de pousser ou de provoquer le thérapeute, en lui indiquant quoi faire ou ne pas faire, ou en faisant pression pour qu'il règle rapidement ses problèmes.

Bref, dans les ruptures de confrontation, il est plutôt clair que le lien collaboratif ne fonctionne pas bien entre le patient et le thérapeute. Le patient peut être hostile, montrer de l'insatisfaction, être critique, agressif, provocant, opposant, dominant ou contestataire. Ces attitudes peuvent aussi être passive-agressive, l'hostilité pouvant prendre parfois un visage poli, exprimé avec un sourire ironique. Quoiqu'il en soit, bien que ces attitudes puissent, dans certains cas, être considérées comme des manifestations d'affirmation saines, ici, elles constituent plutôt une manifestation malsaine de désaccord étant donné qu'elles ne cherchent pas à collaborer au processus thérapeutique.

En somme, pour Safran & Muran (2000), les ruptures d'évitement et de confrontation reflètent différentes stratégies utilisées par les patients dans la tension dialectique des négociations entre leurs besoins d'affirmation et d'affiliation avec le thérapeute. Dans

les ruptures d'évitement, les patients priorisent davantage l'affiliation au détriment de leur besoin d'affirmation alors qu'à l'inverse, ils négocient le conflit en privilégiant leur besoin d'affirmation sur celui d'affiliation dans les ruptures de confrontation (Safran & Muran, 2000). Bien que certains patients soient susceptibles de présenter une prédominance de l'un ou l'autre type de rupture en fonction de ses caractéristiques personnelles ou de leurs adaptations passées, les deux types de ruptures peuvent se côtoyer chez un même patient, parfois très rapidement en séance. Safran & Muran invitent donc à rester constamment éveillés et sensibles aux types de ruptures qui émergent dans l'ici-maintenant de la relation et à leur marqueur respectif.

Avant d'aborder la prochaine section sur les stratégies de résolution, insistons encore sur l'importance de bien saisir les obstacles selon Safran, Muran et leurs collaborateurs, au traitement des ruptures chez les thérapeutes. Qu'elles soient d'évitement ou de confrontation, rappelons qu'elles peuvent grandement compromettre le déroulement des processus thérapeutiques et constituer une source majeure d'abandon prématuré des thérapies (Safran & Muran, 1996; Sharf & al., 2010).

Nous avons souligné d'une part, la difficulté à reconnaître ou détecter les ruptures, certains travaux montrant que les thérapeutes peuvent être peu conscients de l'insatisfaction de leurs patients, ne détectant souvent pas l'hostilité ou le mécontentement de leur patient face au traitement, ou ne se sentant pas concernés par une rupture, même en état de confrontation (Safran & Muran, 2000; Hill, 2009; Drouin, 2014; Safran & Kraus, 2014). Nous avons souligné d'autre part que certains peuvent avoir de la difficulté à tolérer les affects pénibles qu'ils éprouvent, se laissant aller plus facilement à une réaction défensive ou en ne réagissant pas suffisamment (Safran & al., 2002; Safran & Muran, 2000). Et enfin, même une fois conscients d'être en présence de ruptures, certains thérapeutes n'arriveraient pas toujours bien à en évaluer, attribuer, comprendre, interpréter les tenants et aboutissants, ce qui

interférerait avec la capacité du thérapeute à bien négocier avec la rupture, se traduisant par des problématiques sur le plan de la communication (Drouin, 2014; Hill, 2009; Hill & al., 1996; 2003; Safran & Muran, 2000; Safran & al., 2014).

2.2 Stratégies de résolution des ruptures d'alliance

Ces constats nous amènent à nous questionner sur le traitement de ruptures. Bien que les ruptures soient associées, comme nous l'avons déjà évoqué, à l'activation de relations interpersonnelles dysfonctionnelles, à la détérioration de l'alliance ou au décrochage de la thérapie (Ackerman & al., 2001 ; Safran & al., 2005), la manière dont elles sont régulées interactionnellement, c'est-à-dire reconnues et travaillées par le thérapeute et le patient, influence fondamentalement la qualité ultérieure de la relation thérapeutique (Barber & al., 2010 ; Norcross & Lambert, 2011 ; Safran & Muran, 1996, 2000).

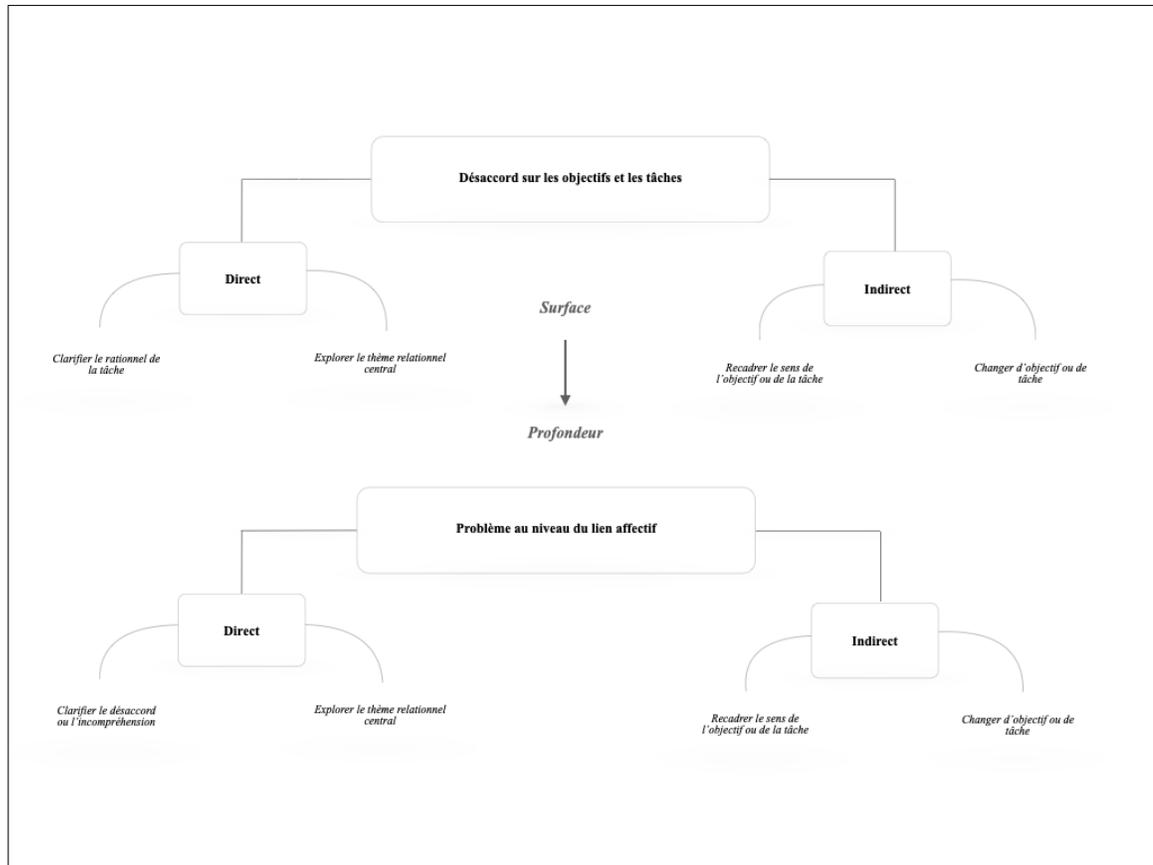
Pour Eubanks-Carter & al. (2015), le processus par lequel une rupture est reconnue, travaillée et réparée est appelé résolution. Un processus de résolution permet au patient et au thérapeute de renouveler ou renforcer leur lien affectif et reprendre leur collaboration quant aux tâches et aux objectifs thérapeutiques après une rupture. En abordant la rupture, le thérapeute peut ainsi sensibiliser le patient à ses profils relationnels problématiques (Eubanks-Carter & al., 2012) et accroître sa capacité réflexive quant à ces profils (Safran & Muran, 2000). Le processus de résolution peut également fonctionner comme une expérience émotionnelle correctrice (Castonguay & Hill, 2012) en donnant l'occasion au patient de prendre conscience de la possibilité d'une réconciliation, au sein d'une relation intersubjective significative, après un désaccord ou un moment de déconnexion (Mitchell, 2014 ; Safran, 1993 ; Stolorow & Atwood, 1992). Nous présentons dans cette section, la typologie d'intervention

développée par Safran & Muran (2000) pour travailler les ruptures ainsi que leurs modèles processuels de résolution pour chacun des types de ruptures.

2.2.1 Une typologie d'intervention pour travailler les ruptures

Selon Safran & Muran (2000), les thérapeutes compétents ont à leur disposition un large éventail d'interventions différentes pour construire et négocier les ruptures d'alliance thérapeutique. S'appuyant sur les perspectives de Bordin présentées plus haut, ils proposent une typologie de stratégies de résolution de ruptures en deux catégories d'interventions : un premier type de stratégies, en surface, concernent surtout l'aspect explicite des ruptures, soit les désaccords sur les objectifs et les tâches thérapeutiques, et un second type de stratégies, en profondeur, concernent les problématiques au niveau du lien affectif dans la relation thérapeutique. Pour chacune de ces catégories, l'une contractuelle et rationnelle, l'autre relationnelle et affective, Safran & Muran ajoutent un répertoire d'interventions directes et indirectes. Attardons-nous à chacune de ces catégories de manière à entamer un travail d'organisation des interventions possibles pour mieux négocier les ruptures.

Figure 2.1 Typologies de ruptures d'alliance et de stratégies de résolution



Contenu tiré de Safran & Muran (2000)

2.2.1.1 Désaccord sur les objectifs et les tâches

2.2.1.1.1 Interventions directes sur le désaccord

2.2.1.1.1.1 Clarifier le rationnel des tâches et objectifs

Une des interventions les plus fondamentales de résolution de ruptures consiste, selon Safran & Muran, à clarifier ou re-présenter au patient le rationnel des tâches et des objectifs à la base du traitement. En principe selon eux, il serait judicieux d'explorer en début de processus les préconceptions et les attentes des patients quant au

fonctionnement et au processus thérapeutique. Lorsque, pour une raison ou une autre, il détecte une tension dans l'alliance, le thérapeute peut vérifier ou re-vérifier si le patient comprend bien le sens de s'adonner à telle(s) ou telle(s) tâche(s), ou à suivre tel(s) ou tel(s) objectif(s). S'il observe une incompréhension apparente sur des tâches ou des objectifs, une tentative peut être faite pour clarifier explicitement les perspectives de chacun sur les attentes de la thérapie. Certains objectifs ou tâches peuvent être spontanément présentés par le patient de manière explicite alors que d'autres lui seront moins facilement accessibles, pouvant entraîner des désaccords implicites. Il appartient ici au thérapeute de clarifier ce genre de désaccord implicite, par exemple, en amenant le patient à être plus spécifique sur ce qu'il ne comprend pas. Ils pourraient ainsi découvrir que l'incompréhension du patient pourrait être, en fait, un désaccord (Drouin, 2014). Et si enfin, persiste une incompréhension, on peut s'adonner à des micro-tâches (microprocessing task), qui consistent en de petits exercices accompagnés (par ex., focusing, entraînement à la régulation des émotions...), et qui peuvent aider le patient à développer une compréhension plus concrète du rationnel en jeu dans le changement thérapeutique. Dans le cas où une telle tentative s'avère infructueuse, il peut être conseillé de diriger le patient vers un autre thérapeute.

2.2.1.1.1.2 Explorer le thème relationnel qui émerge du désaccord

Dans certaines situations, un désaccord sur une tâche ou un objectif peut traduire une problématique relationnelle plus centrale chez le patient. Le patient peut par exemple ressentir un objectif ou une tâche comme intrusive. Par exemple, une personne ayant vécu un abus sexuel pourrait vivre la tâche de parler de sa sexualité comme de l'exploitation ; une personne paranoïaque comme un non-respect de sa vie privée ; un autre pourrait avoir de la difficulté à percevoir une tâche comme utile et la ramener à un schéma général de se sentir incomprise ou abandonnée. Dans ce genre de situation, la question de savoir s'il faut (et comment) poursuivre une tâche ou un objectif se

pose selon les auteurs. Safran & Muran nous invite ici à rester ajustés au plus près de l'expérience immédiate du patient, c'est-à-dire explorer les thématiques émergentes en lien avec l'objectif ou la tâche thérapeutique en question.

2.2.1.1.2 Interventions indirectes sur le désaccord

2.2.1.1.2.1 *Recadrer le sens des objectifs et des tâches*

De manière complémentaire, si, pour une raison ou une autre, la négociation directe des objectifs et des tâches laisse perdurer un désaccord, il peut être utile de les recadrer dans des termes qui soient davantage accessibles ou acceptables pour le patient. On pourrait donner l'exemple d'un patient anxieux socialement, trouvant trop intenses certains exercices d'exposition sociale ; un recadrage de la signification de la tâche d'exposition du type « peut-on concevoir cet exercice comme un jeu ou une pièce dans lesquels vous seriez l'acteur et le metteur en scène et où vous observeriez et décririez ce qui se passe lorsqu'apparaît l'anxiété ? » pourrait aider le patient à accepter et se dégager de la peur, puis à continuer la tâche d'exploration. Gardons ici à l'esprit que le recadrage ne doit jamais être opéré de manière manipulatrice ou mensongère. L'idée ici selon Drouin, n'est pas de jouer abusivement avec le patient, mais plutôt d'offrir une formulation d'objectifs et de tâches qui soit congruentes avec le schème de référence du patient tout en lui rappelant ce qu'implique un travail et un processus thérapeutique (Drouin, 2014).

2.2.1.1.2.2 *Changer les objectifs et les tâches*

Dans ce type d'intervention, le thérapeute travaille à trouver d'autres tâches ou objectifs plus appropriés ou assimilables pour le patient plutôt que d'explorer directement les facteurs de désaccords. Ici, l'aptitude et la volonté du thérapeute à s'ajuster aux besoins et capacités d'assimilation du patient jouent un rôle crucial. Selon Safran & Muran, le fait de s'adapter au patient et d'aller vers une tâche plus significative pour lui peut conduire à un meilleur engagement par la suite dans

d'autres tâches initialement considérées comme significatives par le thérapeute. Par exemple, un traitement ciblé sur les symptômes phobiques peut aider un patient à développer une confiance suffisante pour s'engager dans la tâche plus complexe d'exploration de l'évitement d'affects sous-jacents.

2.2.1.2 Problème au niveau du lien affectif

2.2.1.2.1 Interventions directes sur le lien

2.2.1.2.1.1 Clarifier les mésententes

Certaines ruptures peuvent laisser émerger une mésentente prenant la forme d'une méfiance, d'une perte de confiance de la part du patient envers le thérapeute, car, pour une raison ou une autre, il ne se serait pas senti respecté dans le lien avec lui. Le thérapeute devrait ici, selon Safran & Muran, tenter de clarifier la mésentente en essayant de résoudre les éventuelles frictions. Comme nous l'avons évoqué plus haut, il n'est pas, dans un premier temps, approprié de faire des liens avec les thèmes relationnels centraux du patient. Safran & Muran suggère plutôt que le thérapeute commence une exploration de l'expérience immédiate qu'a le patient de la relation thérapeutique. Cette exploration pourrait mener à la reconnaissance, par le patient, de s'être senti blessé par une intervention du thérapeute, ce qui pourrait ouvrir sur l'exploration plus spécifique de la nature de la mésentente. Dans ce type d'exploration, il peut être essentiel que le thérapeute reconnaisse sa contribution à la mésentente, c'est-à-dire qu'il reconnaisse que sa façon de faire peut avoir été frustrante, déroutante ou bouleversante pour le patient et qu'elle a pu nuire au lien ou entraver le travail. Ce genre d'intervention peut requérir un autodévoilement modéré qui vise le retour de la collaboration. Un bon thérapeute serait même en mesure de prédire, sur la base de ruptures passées, à quel point ses prochaines réponses contribueraient à de nouvelles ruptures (Eubanks-Carter & al., 2015). Quoiqu'il en soit selon Safran & Muran, le seul fait de pouvoir exprimer une mésentente ou un désaccord et de

recevoir une réponse empathique non défensive de la part du thérapeute peut constituer en soi une expérience émotionnelle nouvelle et réparatrice pour le patient.

2.2.1.2.1.2 Explorer le thème relationnel central

Tout comme les désaccords sur les tâches et objectifs peuvent nécessiter l'exploration de thèmes relationnels sous-jacents importants, un problème au niveau du lien thérapeutique immédiat peut traduire un problème relationnel plus central et nécessiter son exploration. Par exemple, un patient ayant l'impression d'être mal compris ici maintenant peut être ramené à une expérience relationnelle caractéristique d'être abandonné ; un patient ayant l'impression d'être dominé ici maintenant peut être ramené à un thème caractéristique de difficultés à poser ses limites. Dans ce type de ruptures, l'exploration directe du lien devrait être selon Safran & Muran non seulement la condition pour un objectif ou une tâche subséquente, mais devenir le cœur du travail thérapeutique. Cela est particulièrement vrai pour les patients ambivalents, méfiants ou sceptiques quant au processus thérapeutique. Notons ici que dans les ruptures impliquant de la méfiance, du scepticisme ou du désespoir quant au lien thérapeutique, il importe que le thérapeute cherche à rester en contact et à dynamiser les parties confiantes et aspirantes du patient dans le processus de changement (Safran & Muran, 2000).

Dans certains cas, il pourrait s'avérer utile de passer par le détour d'une rupture référant à d'autres schémas interpersonnels du patient et du thérapeute, et de noter la similarité de la rupture actuelle avec une autre survenue dans le passé entre eux. On pourrait aussi tenter d'intégrer la rupture à des schémas interpersonnels du patient dans ses relations à l'extérieur de l'espace thérapeutique : selon le degré d'alliance et de capacité à surmonter les ruptures, on pourrait noter avec prudence et de manière descriptive, des parallèles entre la rupture actuelle et des ruptures dans les relations extérieures du patient (Eubanks-Carter & al., 2015).

2.2.1.2.2 Interventions indirectes sur le lien

2.2.1.2.2.1 *Faire alliance avec la résistance*

Un type d'interventions indirectes consiste à faire alliance avec la résistance. Selon Safran & Muran (idem), ce travail peut s'accomplir en redéfinissant la rupture comme un nécessaire mécanisme d'adaptation dans le contexte plus large de l'histoire développementale du patient. Un patient proche, par exemple, de contenus affectifs pénibles pourrait soudainement rompre le travail et la collaboration thérapeutique. Le thérapeute pourrait dès lors poursuivre son exploration en accueillant empathiquement cette rupture et en validant le fait qu'elle a pu possiblement être nécessaire au maintien de son équilibre mental jusque-là, ce qui augmenterait les chances de pousser un peu plus loin l'exploration émotionnelle (Drouin, 2014). Une autre manière de s'allier à la résistance consiste à valider des aspects plus difficiles à transformer du self du patient dans ses relations, comme sa méfiance, son scepticisme ou sa tendance au désespoir pour reprendre ces exemples. En accompagnant et en validant cette méfiance, ce scepticisme ou ce désespoir, le thérapeute permet au patient d'ouvrir l'exploration à d'autres aspects plus constructifs, porteurs et transformateurs de la relation, et ainsi progressivement d'intégrer à son rythme les aspects niés jusque-là dans son expérience. Ils peuvent donc travailler sur l'établissement, ou le rétablissement, graduel de l'alliance.

2.2.1.2.2.2 *Nouvelle expérience relationnelle*

Un dernier type d'interventions pour travailler les ruptures d'alliance provoquées au niveau du lien thérapeutique consiste à travailler via l'action plutôt que par l'exploration directe. Le travail direct dans l'ici maintenant peut souvent, on le verra ci-bas, être freiné par certaines caractéristiques du patient, notamment des difficultés à explorer ou élaborer sur son expérience immédiate. Le thérapeute peut dès lors manifester sa compréhension à travers des actions plutôt qu'à travers la discursivité. Safran & Muran évoque ici le concept d'*action interprétative* ogdennienne (Ogden,

1994), chez qui le thérapeute peut parfois devoir communiquer sa compréhension par des actions signifiantes pour le patient. Par exemple, il pourrait être nécessaire de répondre à un patient narcissique éprouvant le lien thérapeutique comme une domination, en lui fournissant plutôt un environnement bienveillant, porteur ou contenant. Il pourrait décider par exemple, de donner un avis à un patient parce que ce faisant il se démarquerait de l'image d'un père abandonnant. Il pourrait aussi décider de ne pas baisser ses honoraires en réponse à une demande du patient, car il émet l'hypothèse que ce dernier le percevrait comme une tromperie de sa part.

Peu importe la stratégie employée, le thérapeute dans ce genre de situations, devra vraisemblablement lutter ou traiter avec un ensemble complexe et ambivalent d'affects à l'intérieur de lui. Il devra, selon Safran & Muran, rester émotionnellement disponible, « survivre » en quelque sorte à la rupture pour le bien du processus thérapeutique. En agissant une nouvelle interprétation, ou en s'abstenant d'agir de manière à confirmer le schéma relationnel problématique du patient dans l'immédiat, le thérapeute offre une nouvelle expérience relationnelle au patient, ce qui à terme, pourra l'aider à comprendre et modifier ses schémas relationnels centraux. Quoiqu'il en soit, ces décisions devraient toujours être mises au service de la mobilisation du patient et non dans le but de rechercher son affection. Évoquons ici que c'est sur cette difficulté à survivre que porte l'ajout du modèle de Delisle vers une voie longue.

2.2.2 Modèles processuels de résolution de rupture d'alliance

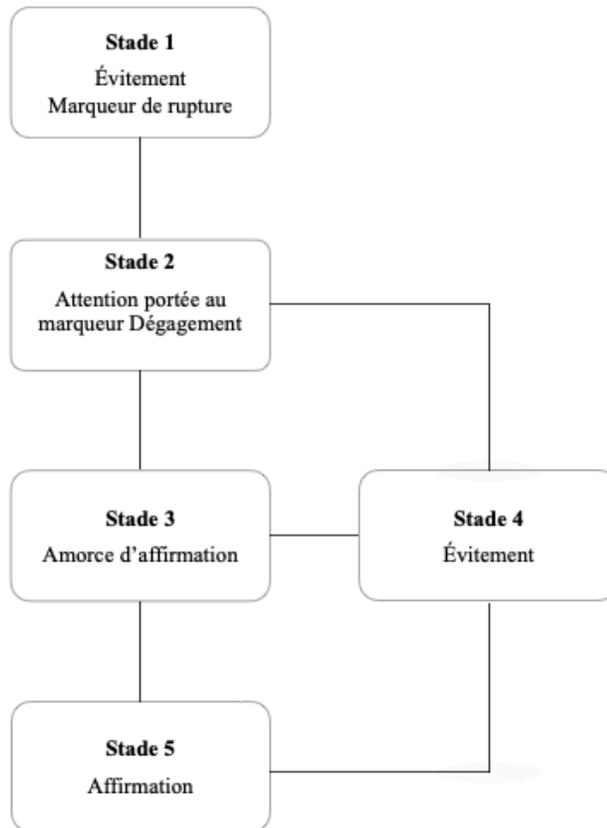
Comme nous l'avons souligné plus haut, il importe que le thérapeute soit sensible aux deux types de ruptures chez les patients plutôt que de restreindre sa vision d'eux dans une forme de manifestation spécifique d'évitement ou de confrontation. Comme annoncé au premier chapitre, nous présentons ici de manière plus détaillée, les deux

modèles processuels de résolution de ruptures de Safran & Muran et de leurs collègues avec leurs stades particuliers.

2.2.2.1 Modèle de résolution de ruptures d'évitement

Le modèle de résolution des ruptures d'évitement est composé de 5 étapes. Chaque étape est caractérisée par des interventions spécifiques du thérapeute et des tâches particulières pour le patient. Aucune étape n'est critique pour Safran & Muran et ne se déroule pas nécessairement dans ces séquences. Néanmoins, ces modèles plus probabilistes qu'exhaustifs tendent à décrire, selon eux, quelque chose de central dans l'évolution des processus de résolution des ruptures d'alliance.

Figure 2.2 Modèle processuel de résolution de ruptures d'évitement



Contenu tiré de Safran & Muran (2000)

2.2.2.1.1 Stade 1 : Manifestation d'un marqueur d'évitement

La première étape est signalée par un marqueur d'évitement (TABLEAU 2.1 pour revoir les principaux marqueurs de ruptures d'évitement). Un patient conformiste en situation de pseudoalliance par exemple pourrait laisser croire au thérapeute que son interprétation est parfaitement satisfaisante. Ce type d'évitement est particulièrement susceptible de se présenter lorsque le thérapeute, se sentant préalablement impuissant ou enlisé face à la passivité de son patient, se mettrait à répondre en se suractivant ou

en devenant plus directif que nécessaire. La réponse acquiescente de son patient pourrait donner l'impression d'une nécessité à continuer à développer l'intervention alors qu'au fond, le patient commence peut-être à anticiper qu'il ne sera pas entendu ni satisfait dans ses besoins (Safran & Muran, 2000).

2.2.2.1.2 Stade 2 : Attention portée au marqueur de rupture et dégageement

En second lieu, le thérapeute porte son attention sur le marqueur de rupture dans l'ici et maintenant de la relation. Étant donné que chacun est enchevêtré dans la matrice relationnelle du patient, chacun doit, selon Safran & Muran, développer une conscience de sa participation à cette situation. Comme le rapporte Drouin citant Safran & Muran, dans certaines circonstances, les marqueurs d'évitement peuvent être subtils, et dans ces cas, la conscientisation par le thérapeute de son propre univers interne ou de ses tendances d'action peut être un meilleur indicateur d'exploration. Le thérapeute peut se rendre compte et porter son attention, par exemple, sur le fait qu'il se suractive, qu'il est plus directif, qu'il se fatigue ou perd de l'intérêt quant à ce qui est en train de se passer avec son patient.

Lorsqu'il prend conscience qu'un tel style d'interaction particulier se met en place, la tâche du thérapeute est de se dégager de cet espace relationnel et de commencer un travail d'exploration des émotions évitées par le patient. L'exploration se caractérise par deux processus parallèles dans l'ici maintenant, l'un expérientiel, où le patient explore ses émotions/pensées en lien avec la rupture, l'autre, de l'évitement, où il explore ce qui bloque ses émotions/pensées en lien avec la rupture.

2.2.2.1.3 Stade 3 : Amorce d'affirmation

Au stade de l'amorce d'affirmation, le patient commence à exprimer des pensées et des émotions associées à l'expérience de rupture. Le patient se rapproche d'une communication authentique et d'une expression plus affirmative, le plus souvent

associé à l'expression de la colère et des limites. Mais bien souvent il s'agit d'une affirmation timide caractérisée par l'ambivalence. De tels contenus affirmatifs peuvent être d'abord vécu comme intensément anxiogène. Par exemple, le patient pourrait dire qu'il se sent un peu irrité, mais dire ensuite que ce n'est pas grave. Il évite finalement la pleine reconnaissance de son expérience affective.

Plusieurs interventions peuvent venir soutenir l'affirmation et la faire progresser au-delà de l'amorce. On les regroupe sous le terme d'*interventions facilitant l'affirmation* (Drouin, 2014; Safran & Muran, 2000).

Un premier type d'intervention implique de *différencier et d'explorer différents états du soi*. En présence d'un conflit ou d'une ambivalence, le thérapeute devrait d'abord la valider. Un exemple serait de faire remarquer au patient, dans une attitude de curiosité empathique, qu'il semble manifester deux points de vue antagonistes sur une question : « Une partie de vous semble estimer que ce n'est pas grave, mais en même temps, une autre semble en colère ». Il pourrait continuer en ajoutant que ces parties ont sans doute leur raison d'être, qu'elles expriment des manières différentes de s'adapter à un environnement qui a probablement fait problème dans le passé. Le thérapeute peut ensuite se concentrer sur l'exploration de la partie du patient qui a du mal à articuler son expérience affective négative. Drouin donne l'exemple suivant : « Si vous le voulez bien, j'aimerais vous suggérer d'aller un peu plus loin. Si c'est possible, je voudrais vous suggérer de laisser de côté la partie qui dit "ce n'est pas très important" pour se concentrer un peu plus sur la partie qui est irritée » (Drouin, 2014).

Une autre intervention consiste à donner de la *rétroaction au patient sur la manière dont il atténue ses affirmations* afin de mieux le conscientiser de son processus. Le thérapeute peut lui faire remarquer par exemple qu'à chaque fois qu'il exprime un affect négatif, il semble en atténuer l'intensité tout de suite après. Après avoir

examiné et confirmé avec le patient qu'il en a bien conscience, il pourrait retourner au processus exploratoire et le soutenir dans l'évaluation des causes, des conséquences et des risques d'une affirmation affective non atténuée.

Une troisième intervention consiste à proposer une expérimentation. L'idée ici consiste à encourager le patient à exprimer directement les émotions qu'on suppose avoir été évité, puis à rester réceptif aux émotions évoquées par cette expérimentation. Drouin (2014) donne l'exemple suivant :

Cl — Je suis un peu frustré de la lenteur à laquelle on avance, mais je sais qu'il n'y a pas de pilule magique.

Th — Je me demande si vous pouviez tenter un exercice, de dire quelque chose comme « je veux plus de vous » et voir ce que ça vous fait.

Cl — Je ne peux pas dire quelque chose comme ça.

Th — Pourquoi pas ? Qu'est-ce qui se passe lorsque vous pensez à le dire ?

Cl — Je me sens très immature.

Selon Safran & Muran, ce genre d'expérimentation est susceptible de mener à de l'exploration de l'attitude autocritique du patient envers ses besoins, à un approfondissement de la conscience d'éviter certaines expériences, et éventuellement, selon le degré d'ouverture du patient, à des manifestations nouvelles d'expressions des besoins.

2.2.2.1.4 Stade 4 : Évitement de l'exploration expérientielle

Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, le processus de résolution de rupture n'est jamais linéaire. Les progressions dans le processus de résolution de ruptures d'évitement sont inévitablement ponctuées de blocages ou de retours en arrière. On peut reconnaître ces blocages ou retours par des stratégies, verbalisations ou actions

défensives que le patient peut mettre en place ou agir de manière à éviter les émotions qui émergent.

Quoi qu'il en soit, ce retour du patient à l'évitement (contrairement au stade 1, il y a plus de conscience ici de la rupture) appelle un retour chez le thérapeute, à un travail d'exploration des croyances, des attentes et autres processus internes du patient pouvant contribuer à entraver le travail de reconnaissance et d'expression expérientielle entamé dans le travail de résolution. Il existerait deux sous-types d'évitement, à ce stade, susceptible de contrecarrer l'exploration expérientielle.

Un premier aurait trait aux croyances et attentes du patient face à la réponse de l'autre. Par exemple, si un patient s'attend à des représailles de l'autre chaque fois qu'il exprime de la colère, il aura nécessairement du mal à exprimer de la colère envers son thérapeute. La manière d'intervenir du thérapeute est ici cruciale, elles demanderaient particulièrement de continuer à soutenir empathiquement l'exploration et seraient plus opérantes au plus proche de l'événement déclencheur de l'évitement. L'empathie tempèrera les réponses trop rapides qui exacerberaient les craintes du patient et lui rendraient inutilement compliqué le travail déjà difficile d'articulation de son expérience de rupture. Sans cette articulation selon Safran & Muran, le patient perd une occasion d'explorer avec un autre « compétent » ses peurs en relation.

Le deuxième obstacle à l'exploration expérientielle renverrait à une autocritique ou doute de soi malsain. Malsains, car elles fonctionnent ici comme des mécanismes d'évitement des besoins fondamentaux du patient. Un patient qui se juge d'emblée en se considérant immature de demander de l'attention ou de l'affection à son thérapeute ou d'être en colère contre lui ne sera pas en mesure d'exprimer ces types de besoins. Le thérapeute devra donc faire attention ici à ne pas confondre ce genre d'autocritique avec une saine réflexivité qui elle aussi enjoint au doute de soi. Ce genre de confusion peut surgir lorsque le thérapeute se sent menacé par les critiques du patient. Il fait

alors alliance avec l'évitement plutôt qu'avec le patient. Il peut être utile ici d'aider le patient à redéfinir son expérience en tant que conflit entre deux instances différentes du soi et d'établir un dialogue entre elles (celle qui s'affirme et celle qui critique) afin de développer une expérience tangible et consciente du conflit qui se joue en lui, et de voir comment ce conflit interfère avec l'expression de ses besoins. Cette redirection permet de ramener le patient vers un processus d'exploration expérientielle.

2.2.2.1.5 Stade 5 : Affirmation

Au stade de l'affirmation, le patient est capable d'accéder et d'exprimer ses besoins sous-jacents. Contrairement à l'amorce d'affirmation (stade 3), le patient assume la responsabilité de ses besoins. Il ne cherche plus à ce que les autres les devinent ou qu'ils se sentent obligés de les satisfaire. Encore ici, lorsque le patient arrive à s'affirmer et à exprimer des besoins réels, il est crucial que le thérapeute le fasse de manière empathique et sans jugement, de manière à permettre au patient de les exprimer différemment et à sa manière.

2.2.2.2 Modèle de résolution de ruptures de confrontation

Le modèle de résolution des ruptures de confrontation est composé des six stades. Ici encore, notons que chaque stade est ponctué d'interventions et de tâches spécifiques pour le thérapeute et le patient. De manière générale dans les ruptures de confrontation, rappelons-le, le patient présume ou anticipe que ses besoins fondamentaux de protection, de reconnaissance et de soutien (nurturing) ne seront pas satisfaits et privilégie un type d'affirmation pour faire face à la détresse. Il croit que le thérapeute lui répondra en l'abandonnant ou en contre-attaquant. Sa seule alternative

pour suppléer à cet état de fait consiste dès lors à se protéger en obligeant coercitivement l'autre à combler ses besoins.

Selon Safran & Muran, ce qui serait crucial ici dans la manière d'intervenir ne résiderait pas tant dans l'aspect technique de l'intervention que dans l'aptitude du thérapeute à survivre à l'agression ou à l'hostilité du patient (Safran & Muran, 2000). Le travail principal consiste donc à démontrer un désir authentique de maintenir le contact et de chercher à comprendre l'enjeu en train de se dérouler dans la relation en dépit des émotions intenses et pénibles qui émergent (Drouin, 2014). Comme nous l'avons souligné plus haut avec Hill, pour y arriver, les thérapeutes doivent être capables de reconnaître et d'identifier les émotions pénibles qui émergent en eux lorsqu'ils sont l'objet de l'hostilité de leurs patients et être constamment prêts à en explorer les tenants et aboutissants, particulièrement de leur propre contribution.

Figure 2.3 Modèle processuel de résolution de ruptures de confrontation

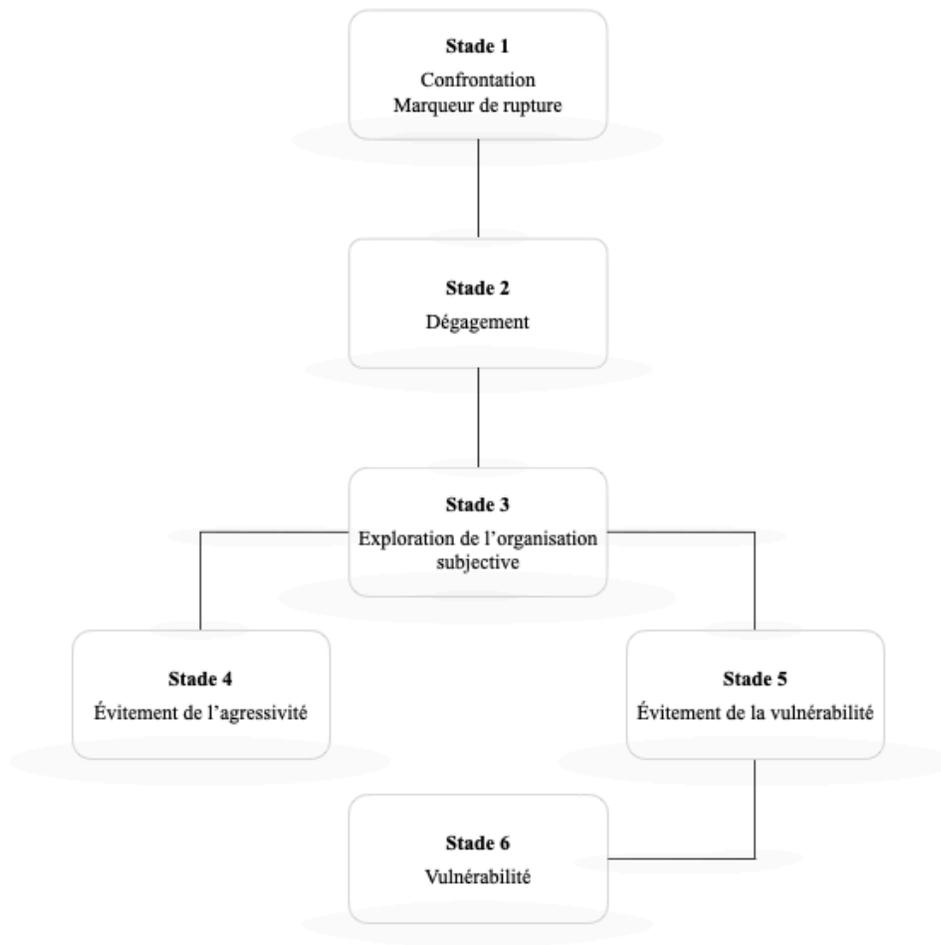


Figure tirée de Safran & Muran, 2000

On trouve des ressemblances entre les modèles de résolution de rupture d'évitement et de confrontation, mais aussi, des différences. Bien qu'il y ait des similarités dans les premiers stades, 1 à 3 notamment (reconnaissance de marqueurs, dégagement, exploration de l'expérience et de l'évitement de l'expérience), le processus de dégagement, au stade 2, serait plus important et l'accent, au stade 3, serait mis plus sur l'exploration que sur l'affirmation. Les besoins et désirs émergents seraient davantage rattachés à la reconnaissance, au contact et au soutien sécuritaire (nurturing). Ainsi, une différence résiderait aussi dans la distinction entre l'évitement de l'agression (stade 4) et l'évitement de la vulnérabilité (stade 5).

La progression habituelle dans la résolution des ruptures de confrontation consisterait à passer, de manière non linéaire, de la colère (stade 1), à des affects sous-jacents de blessure et de déception (stade 3) jusqu'au contact de la vulnérabilité et des besoins de reconnaissance, de protection et de soutien (nurturance) qui y sont associés (stade 6).

2.2.2.2.1 Stade 1 : Marqueurs de confrontation

La première étape est ici aussi signalée par un marqueur (revoir le TABLEAU 2.2 pour les principaux marqueurs de ruptures de confrontation). Comme nous l'avons mentionné plus haut, il est impossible pour le thérapeute d'être parfaitement ajusté aux besoins de son patient en tout temps. Le patient entame souvent une thérapie chargée d'ambivalence, pris entre le désir d'être reconnu et soutenu et un historique de rejets et d'abandons qui se réveilleront à la faveur des inévitables failles du thérapeute. Comme nous l'avons souligné plus haut, il est impossible d'éviter de répondre aux critiques du patient sans involontairement faire écho aux expériences transférentielles abandonniques du patient. Certaines interventions peuvent porter une ambiguïté, volontaire ou non, pouvant être perçues comme aidante et blâmante simultanément.

2.2.2.2.2 Stade 2 : Dégagement

Lorsqu'un marqueur de rupture de confrontation émerge, le processus d'exploration de la relation devrait être la priorité du thérapeute. La première étape pour la surmonter consiste à se dégager du cercle vicieux de l'hostilité et de la contre-hostilité. Ce processus de dégagement s'opère à travers cinq processus : 1) *Par la métacommunication*. Les thérapeutes communiquent avec leur patient sur leur expérience de la relation elle-même, par exemple en commentant sur la lutte de pouvoir en train de se jouer dans l'interaction entre eux plutôt que de réagir en tentant de persuader, de se suractiver ou de contre-attaquer. 2) *Par la reconnaissance de l'impact qu'ont les patients sur eux*. En reconnaissant l'impact que leurs patients ont sur eux, notamment lorsqu'ils provoquent de la honte, de la vulnérabilité, de l'impuissance ou de l'incompétence, les thérapeutes donnent les conditions de désamorçage d'une attaque et ouvrent une voie à l'exploration de l'expérience. 3) *Par le soutien du patient dans son agressivité*. En soutenant leurs patients dans leur expérience de confrontation, notamment en offrant un vocabulaire plus direct et précis, les thérapeutes offrent un espace de conscientisation des affects sous-jacents. 4) *Par l'expression adéquate d'affects négatifs envers le patient*. En exprimant modérément et réflexivement leurs propres sentiments d'agressivité, de colère ou de conflits internes, les thérapeutes offrent une expérience d'apprentissage ou de modeling pour leurs patients, qui observent de nouvelles manières d'utiliser l'agressivité leur permettant d'entrevoir les affects négatifs de manière plus nuancée, moins purement destructrice. 5) *Par la reconnaissance du thérapeute de sa contribution*. La métacommunication implique que le thérapeute soit en mesure de reconnaître minimalement sa propre contribution à la rupture. Les thérapeutes aident ainsi à dédramatiser l'expérience de se sentir agressé et à diminuer le besoin de recourir à des mécanismes de protection agressifs. Ils se sentent dès lors mieux disposés à entamer l'exploration de leurs propres interprétations.

Bref, le travail de dégagement permet de libérer de l'espace interne pour commencer à identifier des affects moins facilement accessibles, articuler une pensée et assumer une action, particulièrement en lien avec l'agressivité tout en demeurant dans le lien.

2.2.2.2.3 Stade 3 : Exploration de l'organisation subjective

La tâche du thérapeute consiste ensuite à soutenir les patients dans l'explicitation progressive des nuances de leur expérience et dans le déploiement de leur interprétation de la rupture de confrontation. Ce processus repose d'abord sur une exploration phénoménologique de l'expérience des patients. Il peut être crucial pour certains patients d'éprouver de la colère, de la douleur ou de la déception. Ces émotions peuvent être parfaitement légitimes et à ce titre, doivent être tolérées, validées et acceptées avant de commencer toute exploration subséquente.

Toute interprétation, par exemple de colère en termes d'affects désavoués, n'est généralement pas utile à ce stade selon Safran & Muran. Si l'interprétation est trop éloignée du vécu actuel du patient, elle risque d'être vécue par le patient comme non empathique, et comme telle, elle peut venir renforcer subtilement le sentiment d'impuissance du patient en lui donnant l'impression qu'on veut lui reprendre le contrôle. La proposition d'une articulation préliminaire devrait donc viser la limite du champ phénoménologique du patient. Le patient se sentant davantage compris et validé, les confrontations diminuent en intensité. Pour cette raison, l'exploration phénoménologique doit être suffisamment avancée avant que le patient puisse comprendre la vulnérabilité derrière son agressivité.

Dans ce processus, il est essentiel que les thérapeutes restent ouverts à en apprendre plus sur eux-mêmes et sur leurs contributions à l'interaction plutôt que de considérer ce processus exclusivement comme une exploration des processus des patients. L'ouverture et la réceptivité du thérapeute peuvent calmer le besoin de défense des patients et permettre la verbalisation des expériences plus subtiles et difficiles à

articuler. Bref, il s'agit d'un moment important de reconnaissance où le thérapeute et le patient peuvent co-construire le sens de l'expérience immédiate de la rupture tout en continuant à être dans une relation significative.

2.2.2.2.4 Stade 4 : Évitement de l'agressivité

Au cours des stades antérieurs, les thérapeutes doivent se concentrer sur les changements subtils d'état affectif de leur patient. Même les patients les plus ouvertement agressifs ou hostiles connaîtront des moments d'anxiété ou de culpabilité à propos de l'expression de leur agressivité. Ils peuvent chercher à réparer le tort qu'ils estiment avoir fait par des justifications de leurs actions ou en dépersonnalisant la situation pour minimiser le danger ressenti. Si les thérapeutes sont trop submergés par leur expérience émotionnelle, ils peuvent avoir du mal à suivre ces modulations, ce qui risque de faire obstacle à l'exploration du mode de fonctionnement du patient. L'alternance agressivité/culpabilité est importante à identifier, car elle peut indiquer une expérience insupportable lorsqu'il cherche à exprimer de l'agressivité. Les thérapeutes doivent donc suivre ces changements subtils et aider leur patient conscientiser les processus internes qui conduisent à ces changements.

2.2.2.2.5 Stade 5 : Évitement de la vulnérabilité

Dans certaines situations, les patients commenceront à entrer en contact avec des affects vulnérables et pourraient, simultanément, chercher à revenir à la familiarité de leur mode habituel de communication, soit par le truchement de l'agression. Il est utile ici encore pour le thérapeute, selon Safran & Muran, de relever ce changement et de le porter à l'attention du patient. Si le patient est capable d'en prendre conscience, il pourra alors explorer plus avant ses processus internes avec le thérapeute. En passant et repassant dans ce cycle agression/vulnérabilité avec un thérapeute empathique à son expérience, le patient pourra acquérir, peu à peu, une

maîtrise des automatismes de ses mécanismes de régulation, graduellement les assouplir et prendre de nouveaux risques (Drouin, 2014).

2.2.2.2.6 Stade 6 : La vulnérabilité

Les besoins et les désirs primaires dissimulés derrière l'agression du patient peuvent mettre du temps à émerger (des semaines, des mois, des années parfois). Lorsque le thérapeute a démontré avec constance son désir et sa capacité de reconnaître, tolérer et co-construire un sens à l'agressivité de son patient, ce dernier pourra avoir accès à sa vulnérabilité. Lorsque le thérapeute comprend le patient à partir de son schème de référence, qu'il accepte de regarder sa propre contribution aux interactions, qu'il démontre qu'il peut survivre à l'agressivité du patient, il pave la voie à l'émergence des sentiments plus vulnérables contre lesquels se défendait le patient. Il importe ici, selon Safran & Muran, de ne pas considérer les émotions vulnérables comme des besoins infantiles archaïques auxquels on devrait renoncer, mais plutôt comme des aspirations et des besoins humains fondamentaux. Nous reviendrons plus loin sur l'importance de la vulnérabilité dans le processus thérapeutique. Disons pour le moment que c'est à travers l'expérience partagée de la vulnérabilité que les patients pourront en venir progressivement à ressentir la présence et la contenance de leur thérapeute. Ce n'est qu'à partir de ces conditions que leur relation pourra évoluer vers une relation plus réelle, moins transféro-contre-transférentielle. Dans la relation réelle, les besoins de base, l'espoir et les aspirations peuvent retrouver une place.

La complétion de ces processus en cinq et en six stades renvoie à ce que nous nommons, dans le cadre du présent travail, la voie courte du traitement des ruptures. Nous verrons un peu plus en détail ci-bas que notre conception de la voie courte gagne à s'enrichir des théorisations PGRistes pour saisir un ensemble de situations particulières impliquant de la reproduction.

Bref, la résolution d'une rupture d'alliance demande, par le truchement des stratégies de Eubanks-Carter & al. (2015), la complétion des stades des modèles processuels, soit détecter une rupture, s'en désenchevêtrer pour l'explorer et la négocier de manière collaborative. La progression typique d'une rupture d'évitement dans sa voie courte progresse d'une expression confuse d'affects négatifs à une expression plus claire et affirmative, alors que celle de confrontation passe de l'agressivité hostile à la reconnaissance de besoins plus vulnérabilisants. La tâche essentielle du thérapeute pour faciliter ce mouvement serait de faire preuve d'empathie, de se montrer non défensif et de prendre ses responsabilités le cas échéant. Tout au long de ces progressions, le thérapeute devrait s'attendre à explorer des décalages et des rechutes, mouvements normaux peuvent refléter l'anxiété du patient en lien avec l'affirmation de soi ou l'expression de la vulnérabilité. Rappelons qu'une telle complétion mène non seulement à la résolution de la rupture initiale, mais qu'elle constitue un processus profond de création où de nouvelles expériences émotionnelles, de sens et de relations peuvent émerger.

2.3 L'Alliance-Focused Training : mieux cibler les enjeux et compétences au cœur des cycles de ruptures-résolution d'alliance

Safran & Muran ont mis au cœur de leur programme de recherche sur la régulation des ruptures d'alliance, un programme de formation des thérapeutes, le *Mount Sinai-Beth Israel Brief Psychotherapy Research Program*, au début des années 2000, axé sur le traitement des ruptures d'alliance (Alliance-Focused Training ou AFT). Ce programme vise à cerner les enjeux et compétences fondamentales permettant la complétion d'un processus de résolution. Il vise le travail de trois enjeux principaux : 1) la reconnaissance, 2) la tolérance et 3) la négociation des ruptures d'alliance. Ces trois enjeux appelleraient le développement de trois compétences de base, 1) la capacité de conscience de soi (self-awareness), 2) la régulation affective et 3) la

sensibilité/réactivité interpersonnelle (Eubanks-Carter & al., 2015 ; Perlman & al., 2020). Ces trois compétences seraient développées via plusieurs méthodes de formation supervisée, notamment l'analyse de vidéos, les jeux de rôle et l'entraînement à la présence attentive (mindfulness). Il n'est pas du ressort de notre essai d'analyser les méthodes de formation comme telles. Il s'agit plutôt pour nous d'examiner les principes et enjeux directeurs, puis les compétences nécessaires à la résolution des ruptures. Nous constaterons que l'AFT a surtout misé jusqu'à maintenant, dans son programme de formation, sur le développement d'une métacompétence, la métacommunication, qu'on a pu déjà entrevoir dans le modèle processuel de Safran & Muran, et qui est censée englober et moduler plus ou moins les trois compétences de base de reconnaissance, tolérance et de négociation. Nous nous attardons dans cette section, d'abord à présenter les enjeux et compétences nécessaires à la complétion d'un trajet de résolution de rupture selon le programme AFT, et verrons ensuite en quoi l'entraînement à la métacommunication peut moduler ces trois enjeux et compétences de base.

2.3.1 Reconnaître les marqueurs de ruptures en développant une meilleure conscience de soi

Comme on l'a vu plus haut, les thérapeutes ne parviennent souvent pas à détecter les ruptures (Coutinho & al., 2011; Hill & al., 1996; Safran & Muran, 2000). Confronté à l'ambiguïté des signaux perceptifs affectifs en psychothérapie, notamment à la subtilité de certaines ruptures d'évitement, le thérapeute ferait face à un premier défi, détecter une rupture d'alliance. La capacité de détection serait un préalable à toute autre opération de traitement des ruptures d'alliance (Gelso & Hayes, 2012; Eubanks-Carter & al., 2015b). La définition de l'alliance en tant que collaboration, engagement, investissement mutuel, impliquent que pour repérer une rupture et la résoudre, le thérapeute doit être aussi bien présent à sa réalité interne qu'aux réalités externes de la relation. Une conscience de soi accrue implique une prise de conscience et une attention accrue à l'expérience interne immédiate. Voilà pourquoi nous parlons ici de

compétences perceptuelles attentionnelles (notre appellation). Cette compétence augmenterait la sensibilité des thérapeutes à leurs émotions et à celles de leur patient, permettant par le fait même de mieux les détecter. La conscience de soi du thérapeute serait dès lors une aptitude centrale selon Eubanks-Carter & al. (2015b) dans l'amélioration de la compétence de reconnaissance des marqueurs de ruptures et agirait un peu comme une boussole dans l'interaction avec les patients, pointant vers ce qui serait saillant dans l'expérience relationnelle immédiate.

2.3.2 Tolérer les ruptures en développant une meilleure capacité de régulation affective

En plus d'être capables de reconnaître les marqueurs de rupture, les thérapeutes devraient aussi être capables de gérer et tolérer (survivre) les émotions pénibles qui se déploient dans un cycle, les leurs et celles de leurs patients (Safran & Muran, 2000; Muran & Barber, 2010). Explorer et proposer des stratégies thérapeutiques (résolution de problèmes, concentration sur les conséquences interpersonnelles, création d'espoir, interprétations...) trop rapidement pourrait être moins efficace, voire dommageable pour la bonne marche du processus de résolution de rupture (Eubanks-Carter & al., 2018). L'étape de la tolérance permettrait une exploration attentive des nuances de l'expérience émotionnelle des thérapeutes avant qu'ils puissent commencer à l'articuler sur le plan relationnel. Pour Safran & Muran, il est essentiel d'aller au-delà de la simple identification somatique des affects et d'articuler la nature de son expérience interne d'une manière plus différenciée. Ce processus d'articulation implique des mouvements d'allers-retours entre les niveaux somatiques et cognitifs de ces vécus émotionnels (Muran & Barber, 2010). Être capable de réguler les émotions difficiles de cette manière est essentiel, on l'a vu dans le modèle processuel de Safran & Muran (2000), pour se désenchevêtrer des ruptures. Ce désenchevêtrement permet de réagir avec ouverture et empathie et de résister à

l'impulsion de répondre à l'hostilité du patient par une contre-hostilité ou par des comportements d'évitement pour réduire le stress et l'anxiété.

2.3.3 Négocier les ruptures en développant une meilleure sensibilité/réactivité interpersonnelle

En plus de reconnaître et de tolérer la rupture, l'AFT recommande que parallèlement au suivi de leur propre expérience perceptuelle et affective, les thérapeutes suivent, explorent et travaillent l'expérience de leur patient. Rappelons que pour Safran & Muran, le processus d'exploration de rupture peut prendre la forme d'une lutte pour la reconnaissance mutuelle des subjectivités en jeu (Safran & Muran, 2000; Muran, 2017). À cet égard, Safran & Muran invite les thérapeutes à équilibrer dialectiquement leur attention sur ce qu'ils ou leurs patients expérimentent. Ils devraient porter une attention sensible à la manière dont les déclarations sont communiquées, à l'impact des expressions et à la nature de leurs interactions avec leurs patients. Ils peuvent le faire en tentant de faire se rencontrer, ou négocier, les besoins d'affirmation et d'affiliation de chacun sans exacerber la rupture. Cette capacité à négocier les besoins de chacun demande de rester empathique et précis dans la communication de ce qui se passe dans l'ici-maintenant de la relation thérapeutique. Les thérapeutes devraient ici s'attendre à passer par des périodes, parfois longues, et sans toujours comprendre pourquoi, d'enchevêtrements émotionnels avec leur patient. Ils devraient accepter d'être ainsi confrontés à l'impuissance qui y est associée, et à la tâche, toujours à reprendre, de travailler le cycle d'enchevêtrement/désenchevêtrement de manière à clarifier les besoins de chacun (Muran & Barber, 2010). En évaluant les contenus et processus en train de se déployer avec leurs patients dans l'ici-maintenant, ils seraient mieux en mesure de déterminer quand une rupture a été suffisamment résolue pour passer à différentes stratégies cliniques d'exploration (Eubanks-Carter & al., 2018). C'est cette capacité

empathique dans la négociation des besoins que Safran & Muran appelle sensibilité ou réactivité interpersonnelle. Elle conduit à un traitement exploratoire de la rupture qui puisse servir à augmenter la conscience de soi du patient à son rythme et à prendre conscience de l'expérience du thérapeute.

2.3.4 Le processus exploratoire dans un trajet de résolution de rupture : métacommunication ou pleine conscience en action

Dans le cadre du programme AFT, l'exploration la plus consciente possible des processus en jeu lors d'un trajet de résolution de rupture s'avère un principe central et souverain de traitement. Ce principe agit, selon les formateurs de l'AFT, nous le verrons sous peu, à tous les niveaux du trajet de la résolution, que ce soit au niveau de la détection, de la tolérance ou de la négociation d'une rupture. L'exploration explicitante s'opère essentiellement par le truchement d'une métacompétence privilégiée, la métacommunication, essentiellement une attention, une observation et une communication sur le processus même de communication dans l'ici-maintenant (Safran & Muran, 2000). Safran & Muran la conçoivent comme un type de « pleine conscience en action » par laquelle le thérapeute peut, dans un processus collaboratif et conscient d'exploration, mettre en relief des marqueurs de ruptures, mettre en action des processus de désenchevêtrement affectif et de négociation interactive de besoins mutuels.

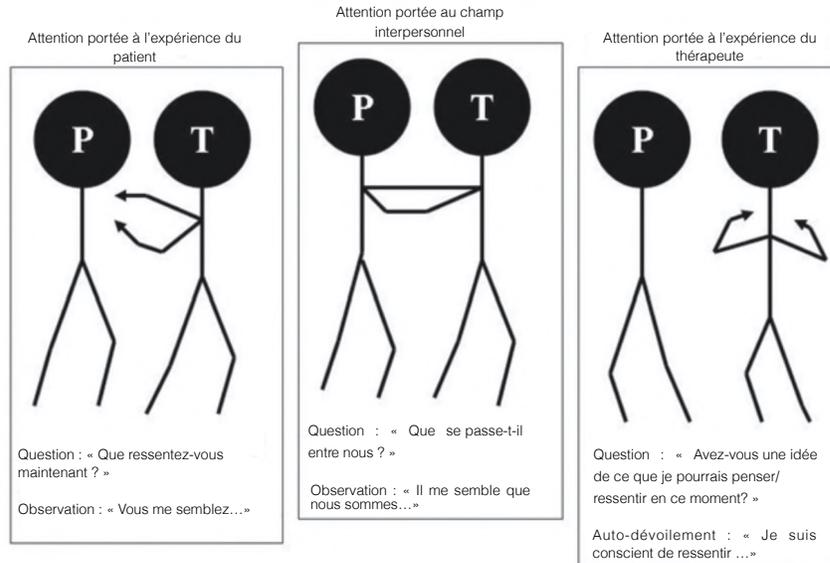
Safran & Muran établissent des principes généraux et spécifiques de métacommunication caractérisant ce type de processus exploratoire. Nous avons vu jusqu'ici quelques-uns de ces principes généraux à l'œuvre, sans les nommer systématiquement, notamment dans les modèles processuels de Safran & Muran. Nous reprenons ici ces principes par souci démonstratif. Safran & Muran parlent ainsi, pour décrire le type d'exploration qu'est la métacommunication, de principes de

«*participation*», «*d'orientation*», «*d'attention*» et «*d'attentes*». Selon le *principe de participation*, l'exploration et la compréhension métacommunicative de la subjectivité et des dilemmes du patient devraient s'établir dans un climat d'invitation, de participation co-construite et d'incarnation émotionnelle. Le *principe d'orientation* invite à explorer et communiquer de manière ouverte, en proposant des hypothèses de sens provisoires, en restant prudent sur tout type de généralisation et en mettant l'accent sur la conscientisation plutôt que sur le changement. Le *principe d'attention* invite à explorer en donnant une direction précise, en concentrant l'attention sur des éléments concrets et spécifiques de l'ici-maintenant, et en favorisant une conscience expérientielle de la relation plutôt que spéculative ou intellectuelle. Enfin, le principe *d'attentes* consiste à ne rien tenir pour acquis du processus d'exploration et de résolution de ruptures, et à reconnaître que cette dernière évolue constamment. Il existe toujours un risque qu'une forme de métacommunication puisse aggraver ou répéter une rupture d'alliance, notamment si elle est inconsciemment motivée ou si elle est reçue par le patient comme un impératif, une forme de pression ou d'invalidation. Il faut donc s'attendre à revoir des ruptures réapparaître plusieurs fois, jusqu'à perdre espoir parfois.

Safran & Muran définissent aussi des principes spécifiques de l'exploration par métacommunication, notamment de *conscientisation (awareness)* et de *communication*. L'exploration métacommunicative cherche à conscientiser des émotions, images ou fantasmes que le patient peut évoquer chez le thérapeute. Elle peut aussi chercher à identifier les tendances d'action émergentes, immédiates ou rétrospectives, car dans de nombreuses situations, il serait plus facile pour les thérapeutes d'identifier des actions (les leurs ou celles de leur patient) que des ressentis. Dans le *principe de communication*, l'exploration métacommunicative demande au thérapeute un certain dévoilement de son expérience. Ce dernier est invité à partager explicitement des sentiments, images, fantasmes ou des descriptions de ses actions aux patients, en tentant d'établir avec lui des relations entre ces

expériences et les marqueurs de rupture identifiés. Il s'agit d'explorer l'expérience mutuelle de tout un chacun en lien avec ce qu'on observe dans la relation. Le thérapeute peut par exemple amener d'abord directement un marqueur de rupture à l'attention du patient sans le relier à une émotion ou à une réaction personnelle et ensuite lui fournir de la rétroaction concernant sa perception (surtout de son comportement non verbal) ou son expérience émotionnelle, de manière à clarifier ce qui pourrait être une expérience partagée. À noter que dans ce genre d'opération, les thérapeutes devraient surveiller attentivement l'impact de leur dévoilement et clarifier qu'il s'agit d'hypothèses ouvertes. La figure suivante reprend en condensé, les trois dimensions d'une communication en mode métacommunicationnel :

Figure 2.4 Métacommunication et dimensions parallèles



** (P : patient; T : thérapeute). Le principe de communication s'opère par des questions/observations directes du thérapeute qui concentrent l'attention du patient sur trois dimensions parallèles de la relation : l'expérience du patient, celle de la relation et celle du thérapeute (Muran & Barber, 2010). Notons que dans la troisième approche, il ne s'agit pas de s'autodévoiler gratuitement, mais de voir à ce que le patient explore l'impact de son comportement sur autrui.

2.3.4.1 Métacommunication : encore mieux détecter, tolérer et négocier les ruptures

2.3.4.1.1 Métacommunication : meilleure conscience de soi pour mieux détecter les marqueurs de ruptures

La métacommunication est au cœur du programme pour plusieurs raisons. Sur le plan de la détection, elle améliorerait la conscience de soi et l'attention dirigée vers les processus thérapeutiques. Elle permettrait ainsi d'aider les thérapeutes à affiner leur capacité à observer leur expérience interne ainsi que leurs contributions à l'interaction avec le patient, ce qui rétroactivement, pourrait accroître la conscience de soi et celle de leur patient. Les exercices de pleine conscience proposés par le programme ont

pour objectifs d'éveiller, recentrer ou concentrer l'attention sur l'expérience intra- et interpersonnelle du thérapeute (Eubanks-Carter & al., 2018). Cette présence attentive du thérapeute à son vécu en relation accroîtrait 1) sa conscience des émotions implicites, 2) sa capacité d'exprimer des besoins insatisfaits, et 3) sa compréhension et son acceptation de soi et des autres. En développant l'écoute de leur propre expérience immédiate, les thérapeutes seraient mieux à même de détecter les tensions dans l'alliance.

2.3.4.1.2 Métacommunication : meilleure capacité de régulation affective pour mieux tolérer les ruptures

Sur le plan de la régulation émotionnelle, le fait qu'elle se fonde autant que possible sur un faible degré d'inférence (non-jugement) et sur l'expérience immédiate du thérapeute permettrait d'allouer un espace d'acceptation de son expérience émotionnelle. Cet acte intérieur d'acceptation faciliterait un type de « lâcher prise » et une plus grande harmonisation avec la configuration unique du moment donnant ainsi du temps pour observer et utiliser les nouvelles possibilités se présentant à l'instant. Elle constitue à ce titre une tentative de conscientisation immédiate des processus affectifs interactifs en train de se dérouler dans la relation thérapeutique. Elle diminuerait aussi le stress et l'anxiété, aiderait les thérapeutes à se décentrer, à observer leurs pensées et leurs sentiments comme des événements mentaux temporaires plutôt que comme des vérités inaltérables. Cette position aiderait à se désenchevêtrer du cercle vicieux de l'hostilité/contre-hostilité ou de l'évitement/poursuite en aidant à cibler la cause et en articulant mieux la réaction émotionnelle et ainsi prévenir les agirs automatiques (Safran & Muran, 2000).

2.3.4.1.3 Métacommunication : meilleure sensibilité/réactivité interpersonnelle pour mieux négocier les ruptures

Et sur le plan de la capacité de négociation d'une rupture, elle permettrait de développer l'empathie et la compassion envers les patients et maintenir la

collaboration en créant une expérience commune teintée de curiosité et de reconnaissance mutuelle, puis d'acceptation sans jugement. Il existe par ailleurs, des situations où le processus d'articulation expérientiel du thérapeute peut nécessiter une communication avec le patient de manière à ce que puisse se clarifier son expérience de la relation (Safran & Muran, 2000). En gardant une exploration précise, en concentrant l'attention sur des éléments concrets et spécifiques de l'ici-maintenant, et en favorisant une conscience expérientielle de la relation plutôt que spéculative ou intellectuelle, les thérapeutes peuvent mesurer leur intuition de leur distance/proximité de leur patient de manière continue, puis évaluer et explorer la réactivité et l'expérience de leur patient face à leurs interventions. Quoiqu'il en soit, le simple fait de mettre des émotions en mots (pour soi, mais surtout devant un autre) aurait un effet régulateur sur l'émotion (Shepps & al., 2015 ; Muran, 2017). Les thérapeutes seraient alors encore mieux à même de communiquer sur la rupture de manière non critique et non défensive. Bref, cette métacompétence permet au thérapeute d'explorer à la fois son vécu et celui de ses patients de manière à clarifier collaborativement les besoins de chacun (Muran, 2017).

L'AFT utiliserait plusieurs types d'exercices pour optimiser la capacité de métacommunication et les compétences de reconnaissance, de tolérance et de négociation des ruptures. Ces exercices, tels que les jeux de rôles, l'écoute de bandes vidéos et l'entraînement à la pleine conscience, nous l'avons mentionné ci-haut, sont au cœur du programme AFT, car ils aideraient à développer ces compétences et métacompétence. Par exemple, l'entraînement à la pleine conscience accroîtrait la capacité d'observation de son expérience immédiate, notamment à l'appréhender de manière acceptante et non-jugeante. Elle peut prendre, dans le programme, la forme d'une méditation pleine conscience, exercice qui vise à développer la capacité de positionnement d'observation optimale de son expérience interne. Selon Safran & Muran, plusieurs thérapeutes stagiaires du programme AFT auraient du mal à distinguer leur expérience interne de leur idée de leur expérience interne. Un

entraînement structuré à la pleine conscience permettrait de mieux saisir cette distinction et de développer une plus grande ouverture à leur expérience et au processus thérapeutique. Cette ouverture contribuerait à accroître la conscience de soi, le sentiment d'efficacité personnelle, la compassion et l'empathie. Elle permettait également de mieux réguler le stress, l'anxiété, les émotions et la sensibilité interpersonnelle, puis d'affiner les capacités de rester observateurs/participants dans le lien thérapeutique (Safran & Muran dans Muran & Barber, 2010; Eubanks, 2015 AFT).

L'entraînement à la conscientisation (awareness) à travers l'utilisation de jeux de rôle et de techniques diverses (deux chaises, visionnement de bandes vidéos, alternance rôle patient-thérapeute, jouer une scène difficile...) est un autre type d'exercices utilisé par l'AFT pour l'exploration de l'expérience interne des thérapeutes. Les superviseurs peuvent par exemple intervenir à certains moments critiques pour encourager à se concentrer et articuler l'expérience interne, ou encore explorer des peurs ou des frustrations qui pourraient avoir contribué à une rupture observée. Ce type d'entraînement mettrait l'accent sur la prise de conscience d'émotions implicites, de craintes et d'attentes du thérapeute en lien avec son patient et sur l'acquisition d'une meilleure compréhension et acceptation de soi et de l'autre dans ces circonstances. Il vise aussi à explorer les conflits internes et favoriser l'expression de besoins non satisfaits à mesure qu'ils émergent en relation, à expérimenter différentes alternatives dans la mise en acte de la métacommunication (Muran & Barber, 2010 ; Eubanks, 2015b).

2.4 Questionnements critiques sur l'usage du mode métacommunicationnel chez Safran, Muran & leurs collègues

Comme on vient de le voir, les stratégies de résolution de ruptures d'alliance chez Safran & Muran relèvent censément de trois compétences fondamentales : la conscience de soi, la régulation émotionnelle et la sensibilité interactionnelle, chacune servant respectivement à compléter des enjeux fondamentaux des trajets de résolution de rupture, soit détecter, tolérer et négocier les ruptures d'alliance. Ces enjeux sont tous plus ou moins jugulés par un principe attentionnel d'exploration collaboratif des contenus émergents accessibles dans l'ici-maintenant via la compétence-maîtresse de métacommunication.

À première vue, l'édifice théorique de Safran & Muran semble assez exhaustif et convaincant. Quelques questions surviennent néanmoins. Certains auteurs critiquent, comme nous l'avons déjà souligné au chapitre premier, leur utilisation extensive, peut-être même exclusive de la métacommunication en affirmant que l'excès de confrontation immédiate et de spontanéité intersubjective ou d'autodévoilement du thérapeute comporte le danger implicite pour le patient, de ne pas développer son propre espace d'exploration (Greenberg, 2001). Elle peut ainsi être rapidement éprouvée comme intrusive, écrasante, même comme une forme de menace ou de persécution, ou encore comme une forme d'autoabsorption narcissique (Safran & Muran, 2000).

Safran & Muran reconnaissent aussi que du côté des thérapeutes certains écueils surgissent, notamment que plusieurs thérapeutes pourraient ne pas s'interroger suffisamment sur la nature de leur métacommunication et ses motifs de base. Par exemple, certains pourraient avoir un besoin compulsif de métacommuniquer en raison de leurs propres difficultés à tolérer l'anxiété ou l'inconfort liés à l'incertitude ou aux conflits qui se jouent dans la relation (Safran & Muran 2000). D'autres au contraire, pourraient se sentir mal à l'aise de l'utiliser en raison d'une peur d'être trop

intrusif, ou au contraire, pour compenser un style interpersonnel distant, un besoin de contrôle plus généralisé ou des angoisses liées au rôle d'autorité en mettant trop l'accent sur la réciprocité de la relation thérapeutique (Safran & Muran 2000). Apparaît ici selon nous la pertinence du questionnement classique du traitement différencié ou séquentiel du transfert et du contre-transfert dans la métacommunication, procédé que Safran & Muran critique par ailleurs dans leur ouvrage de 2000. Nous reviendrons sur cette question dans la prochaine section. Il suffit de dire pour le moment qu'il nous semble que ce questionnement sur la nature et les motifs de la métacommunication peut avoir une pertinence dans le cadre d'une analyse intersubjective des vécus complexes dans un trajet de résolution.

Si on revient aux typologies d'interventions de résolution de rupture, les écrits pédagogiques de Safran, Muran et de leurs collègues, ainsi que leurs applications dans le programme de l'AFT, semblent surtout pointer vers des stratégies directes et explicites de résolution et axés sur les enjeux perceptuels-attentionnels de détection et d'exploration collaborative (Muran & Barber, 2010). Ces stratégies fondées sur des compétences de conscience de soi et de métacommunication relèvent pour la plus grande part de principes métacognitifs, attentionnels, évaluatifs et décisionnels. Il apparaît que les auteurs de l'AFT limitent leur programme de formation de deux manières. D'une part, ils ne semblent pas prendre toute la mesure des enjeux affectifs, perceptuels-affectifs et cognitifs-affectifs pour être plus précis, dans le déploiement et l'issue d'un trajet de résolution de rupture alors qu'ils insistent sur leur importance (Safran & Muran, 2000). Et d'autre part, ils ne répondent pas tout à fait adéquatement, à partir de leurs principes stratégiques explicites, à la variabilité de cas clinique rencontré. Notre remarque s'inscrit d'ailleurs dans un commentaire de Muran lui-même qui, dans un écrit fondamental de son corpus théorique (Muran & Barber, 2010), affirme que la formation AFT ne semble pas conduire systématiquement à de meilleurs résultats thérapeutiques (Smith-Hansen et al., 2011). Ajoutons que déjà en 2000, de l'aveu même de Safran & Muran, trop peu de leur attention avait été

consacrée à la contenance ou à la régulation affective et aux étapes du processus mêmes d'explicitation par lesquels les thérapeutes doivent travailler dans un trajet de résolution pour évoluer d'une position affective pénible, difficile à mettre en mots ou disjonctive (Safran et Muran 2000), à une position empathique, propice à la métacommunication.

Dans un écrit plus récent, Muran invite à se lancer sur la piste des sciences de l'émotion pour continuer à progresser dans la compréhension des processus de régulation et de négociation affective des thérapeutes dans les processus de résolution de ruptures, particulièrement en lien avec les vécus négatifs d'anxiété, de panique, de colère, de tristesse, de désespoir ou de honte et d'humiliation (Muran, 2017). Mais ce travail est resté quant à nous minimal et limité à « survivre à la rupture » (Safran & Muran 2000) sans précision sur la nature des processus internes en amont susceptible d'aider à contenir et métaboliser les affects pénibles ou dérégulés lors d'un trajet de résolution de rupture.

Enfin, et c'est ici la plus importante remarque à notre sens, certains auteurs soulignent que beaucoup d'enjeux, lors d'une rupture d'alliance, peuvent être beaucoup moins facilement accessibles, clairement identifiables, et donc explicitables par le thérapeute ou par le patient lui-même, particulièrement dans le registre microcyclique de l'ici-maintenant. Ce serait le cas, selon Norcross (2011) avec certains portraits cliniques présentant une difficulté à entrer en contact avec l'expérience émotionnelle, avec un haut niveau d'anxiété interpersonnelle ou encore un trouble de la personnalité. Les troubles de la personnalité représentent un défi particulier, notamment à cause de l'aspect syntone au moi des problématiques relationnelles des patients, qui déplorent surtout, en thérapie, les conséquences de leur trouble sans capacité de remise en question de leur fonctionnement ni de reconnaissance de l'origine de leur souffrance (Hanna, 2002; Drouin, 2014). Ajoutons des difficultés importante d'intégration

affective qui rendent les charges identificatoires très intenses pour le thérapeute, notamment à travers certains mécanismes primaires d'identification projective.

Nous le verrons ci-bas avec Delisle, cette nature égocentrique et identificatoire des troubles de personnalité peut rendre la métacommunication contre-productive en voulant chercher à métaboliser trop rapidement des enjeux relationnels inaccessibles au traitement explicite. Elle peut intensifier la rupture par tentative d'en explorer trop rapidement ou intensément les contenus, venant ainsi interférer avec l'enjeu de régulation et de tolérance affective. Safran & Muran soulignent d'ailleurs, citant Slochower (2014), l'importance de la tolérance et de la contenance thérapeutique au moment d'une rupture, notamment lors d'une grande charge affective identificatoire, le plus souvent inaccessible, invisible et donc indicible pour le patient, et parfois pour le thérapeute lui-même. Ces difficultés rendent d'emblée tout processus d'exploration métacommunicationnel délicat et demande un rythme et des questionnements particuliers de la part du thérapeute sur sa contribution à une rupture (Hamel, 2012; Drouin, 2014). Le thérapeute peut dès lors avoir besoin de prendre le recul d'une attitude plus disciplinée et retenue, surtout devant des sentiments contradictoires ou inavouables. Bref, dans ces situations, la métacommunication n'est peut-être pas l'intervention de choix. Il nous semble dès lors difficile d'examiner un trajet de résolution de rupture à l'aune de la métacommunication sans tenir compte au préalable de la médiation de ces enjeux affectifs identificatoires, médiation qui, en soit, constitue pour nous un processus à décrire et à comprendre. Ce constat indique selon nous la nécessité d'identifier des stratégies de résolution de rupture d'alliance supplémentaires (Muran, 2017).

CHAPITRE 3
SYNTHÈSE DU CORPUS SUR LE TRAVAIL DES REPRODUCTIONS
IDENTIFICATOIRES. LE PROGRAMME LANCÉ PAR GILLES DELISLE
ET LA PSYCHOTHÉRAPIE GESTALTISTE DES RELATIONS D’OBJET
(PGRO)

3.1 Reproduction et traitement des impasses relationnelles : l’éclairage complémentaire de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d’Objets (PGRO)

Dans ce chapitre, nous cherchons à inscrire les ruptures d’alliance dans le contexte du modèle tridimensionnel Reproduction-Reconnaissance-Réparation de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d’Objet (PGRO), plus particulièrement dans la phase de reproduction. Nous verrons que cette phase peut être particulièrement intense en présence de certains troubles psychiques, notamment de trouble de la personnalité et constituer un contexte (champ) dans lequel le thérapeute peut contribuer significativement aux ruptures. Nous verrons aussi qu’elle invite à tenir compte de conditions spécifiques, de synchronisation identificatoire notamment, nécessitant des compétences préalables à l’exploration métacommunicationnelle. Nous voyons, dans l’éclairage complémentaire de la PGRO, une littérature capable à la fois de saisir et discriminer finement ces conditions de synchronisation identificatoire et pouvant rendre compte de la nécessité de mettre en oeuvre une dialectique d’enchèvement-désenchèvement affective préalable au travail métacommunicationnel.

Étant donné que la PGRO a son langage propre, nous avons intégré un GLOSSAIRE en fin d’ouvrage auquel le lecteur pourra se référer au besoin pour suivre plus clairement la démonstration.

3.2 Quelques concepts de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objets (PGRO)

La PGRO est d'abord une approche intégrative puisant ses racines dans trois modèles d'intervention, la Gestalt-thérapie humaniste, l'école britannique des Relations d'Objet et la Neurodynamique Intersubjective de Allan Schore. Elle a été développée par Gilles Delisle (1998) avec pour visée de profiter des forces complémentaires de ces approches, notamment du soin à faire croître la capacité de conscience expérientielle immédiate, chère à la Gestalt-thérapie, sans renoncer aux richesses des médiations herméneutiques et développementales chères aux théories des Relations d'Objet ni aux modulations des synchronisations identificatoires psychophysiologiques étudiées par la neurodynamique du champ intersubjectif de Schore (Delisle, 2004). Ce système formaliserait, selon Delisle, une pratique psychothérapeutique de fond, applicable aux troubles de la personnalité, et, croyons-nous, serait mieux adapté pour comprendre certaines trajectoires de ruptures dans des contextes de reproduction, là où l'accès aux éléments discursifs et métacommunicationnels nous semble plus difficile.

3.2.1 Personnalité saine et trouble de personnalité

La PGRO estime que la santé psychologique se caractérise à la fois par une bonne capacité d'ajustement créateur (voir GLOSSAIRE) dans l'immédiat de l'expérience ressentie (critère cher à la Gestalt-thérapie), par une propension de la conscience à embrasser sa propre continuité diachronique et son enracinement dans l'altérité (cher aux théoriciens des Relations d'Objet). L'organisme sain, entité psychophysiologique, est dès lors conçu comme une structure processuelle de contact, de métabolisation de l'expérience, de création de figures et de sens, et se développe en intériorisant progressivement le champ (GLOSSAIRE) (Delisle, 2004).

Selon Delisle, dans la santé, la personnalité saine se construit par une série d'intériorisations assimilées demeurant en principe accessibles à la conscience. Ces éléments du champ intériorisé servent alors de repères et de protections flexibles dans le contact avec l'environnement. Cet ensemble de repères finit par s'organiser en structure de la psyché de l'organisme, qui l'aide ainsi à sélectionner les «nourritures» psychiques, à les absorber, les digérer, les métaboliser, à en tirer les «nutriments» et à en éliminer les «toxines» (Delisle, 2004). C'est cette structure de repères qui constitue la personnalité en PGRO. Cette dernière peut donc être vue comme le système «immuno-métabolique» de la psyché selon Delisle, moyen fondamental d'adaptation à l'environnement par assimilation/intériorisation. La personnalité se construit et se développe au fil d'un long parcours (probablement toute la vie d'ailleurs) exigeant de traverser, négocier et de métaboliser suffisamment et adéquatement un certain nombre d'enjeux développementaux. Elle est dite saine lorsqu'elle est habilitée à assimiler les éléments sains de l'environnement, à en conserver les éléments nutritifs pour sa croissance et à en rejeter les éléments toxiques. Elle est constituée d'apprentissages adaptatifs, d'expériences et de relations précoces sécurisantes qui protègent l'estime de soi contre les menaces du champ et qui accroissent la capacité à entrer en relation de manière productive (Delisle, 2004).

À l'inverse, la personnalité malsaine ou trouble de personnalité découlerait d'une suite d'expériences développementales précoces n'ayant pu être assimilées. Delisle propose un genre de situations très particulières qu'il nomme dilemmes de contact (GLOSSAIRE) pour référer à ces genres d'expériences mal assimilées (Delisle, 1998, 2004). Nous venons de voir qu'en situation de développement normal, le Soi entre en contact avec le champ dans lequel il évolue (champ familial avant tout) sur le mode de l'assimilation (intériorisation des contenus nutritifs du champ et rejet de ses contenus toxiques). Un dilemme de contact se produit lorsque le champ n'est pas en mesure d'offrir les conditions nécessaires à l'assimilation, par exemple, lorsque le parent est humiliant ou abusif. Dans ce genre de situations, certains éléments cruciaux

de l'environnement précoce pour le développement du Soi sont vécus comme à la fois indispensable à la survie de l'enfant (la relation, l'expérience, l'attachement avec le parent, etc.), mais aussi intolérable (l'anéantissement de soi, l'humiliation, etc.). Il lui est alors impossible de construire une représentation claire de son expérience du contact et d'en dégager un sens, autrement dit, de la métaboliser (nous reviendrons sur une définition plus détaillée de ce terme un peu plus loin). Delisle dira que la seule solution consiste à introjecter (GLOSSAIRE) les expériences dans le champ. L'introjection est définie ici comme un mode d'intériorisation primaire en vertu duquel le soi prend à l'intérieur tous les éléments du champ sans en éliminer les parties toxiques ou non assimilables (Delisle, 2004).

Ainsi pour la PGRO, ces expériences développementales précoces, qui auraient normalement dû aboutir à une assimilation et à une métabolisation, sont alors interrompues. Selon Delisle, ces expériences incomplètes constituent ce que la Gestalt-thérapie avait déjà appelé des *situations inachevées* pathogènes (GLOSSAIRE) (Delisle, 2004). On parle d'inachèvement, car ces expériences ne complètent pas un cycle de contact normal (GLOSSAIRE), elles ne franchissent souvent même pas le stade de la conscience. Plusieurs situations inachevées peuvent marquer notre développement. Selon Delisle, elles peuvent être désagréables, voire pénibles, mais, dans la mesure où nous pouvons nous en souvenir et retrouver les affects qui leur sont associés, elles restent tolérables et n'agissent donc pas de manière inconsciente sur nos expériences actuelles (Delisle, 2004).

Il en va autrement des situations inachevées pathogènes. Ces situations relèvent d'un compromis fondamental, car bien que l'expérience introjectée puisse permettre d'intérioriser l'indispensable, elle l'opère au prix d'une perte de conscience de la part d'intolérable qu'elle comporte. C'est ce qui fait dire à Delisle que le soi en formation, en régime de trouble de personnalité peut avoir l'indispensable sans pourtant savoir l'intolérable (Delisle, 2004).

Ce qui caractérise la situation inachevée dans le trouble de la personnalité, c'est qu'elle se conclut, à travers un dilemme de contact, en une perte d'unité du Soi. Les expériences relationnelles précoces durablement introjectées, véritables microcosmes du champ, prises en bloc à l'intérieur du Soi, se mettent littéralement à « vivre » et à se maintenir hors de la conscience (Delisle, 1998, 2004). Elles forment dès lors une masse vivante, clivée, dynamique et inconsciente. Ces microcosmes ou relations d'objets intériorisés sur le mode pathogène de l'introjection primaire (GLOSSAIRE), Delisle les désigne sous le terme de *Microchamps Introjectés* (MI) (GLOSSAIRE) (Delisle, 1998, 2004). Ces MI sont, comme nous venons de le dire, logés et maintenus dans un arrière-fond expérientiel qui n'accède pas à la conscience, car la conscience du dilemme à la base de leur création, serait intolérable (Delisle, 2004). C'est cet arrière-fond inconscient dynamique et quasi autonome qui «pousse», «anime» ou «contamine» ensuite, de manière indirecte et déguisée, les expériences du Soi, particulièrement dans son processus de formation de figures. Cette contamination fait confondre, dans les registres limites et psychotiques particulièrement, la dynamique interne (transférentiel) du Soi avec le champ dans lequel il se trouve dans l'ici-maintenant (réel) (Delisle, 1998, 2004). Dans les états psychotiques, les figures peuvent même s'y substituer, la personne croyant, selon Delisle, véritablement vivre « au-dehors » un drame qui se joue en fait « en dedans » (Delisle, 2004).

Le Soi aux prises avec un trouble de la personnalité a deux problèmes. D'une part, il porte d'importantes carences structurelles. Au lieu d'être une structure de repères expérientiels permettant d'affronter et de s'adapter aux défis normaux de l'existence, il devient un agrégat de chantiers développementaux inachevés, le rendant, par la même occasion plus vulnérable aux éléments non nutritifs de son environnement (Delisle, 2004). D'autre part, son expérience émergente est dominée par des MI, ce qui fait que ce sont surtout les situations inachevées qui opèrent, qui «réclament» dira Delisle, des champs particuliers en arrière-fond et qui lui fournissent son énergie

(Delisle, 2004). Or, plus le Soi porte de ces structures clivées (MI) selon Delisle, plus les pressions de celles-ci sur les expériences actuelles se font sur un mode inconscient, et plus le Soi tend à chercher, à son insu et dans l'environnement, les expériences pathogènes que les MI réclament. Autrement dit, non seulement les MI sont-ils maintenus inconsciemment, mais ils cherchent constamment à faire retour dans la vie consciente de toute sorte de manières détournées, comme un appel erratique à la résolution, mais qui reste toujours sans réponses, car au dehors de la sphère de la conscience. L'environnement devient ainsi la toile de projection des MI, ne servant plus qu'à fournir, soutenir et à maintenir hors de la conscience ces microcosmes introjetés par le patient dans son histoire personnelle, provoquant ainsi toute sorte de vulnérabilités excessives aux stressseurs et une propension aux syndromes clinique.

Ce mode usuel de fonctionnement est toujours selon Delisle, nous y reviendrons, «étriqué, inflexible, chronicisé et caractérisé davantage par l'ajustement conservateur que par l'ajustement créateur» (GLOSSAIRE) (Delisle, 1998; 2004). Le plus clair du temps et de l'énergie psychique d'un tel Soi est dès lors consacré, condamné pourrait-on dire, à reproduire, sans les résoudre, les situations inachevées, véritables impasses relationnelles. Voilà pourquoi, selon Delisle, un Soi aux prises avec un trouble de la personnalité, contacte essentiellement son environnement sur un mode conservateur de reproduction, ses processus de contact dans l'ici-maintenant se trouvant constamment clivés ou détournés, entraînant une perte de contact et d'unité du Soi (Delisle, 1998, 2004). Un tel Soi reste incapable de rencontrer son environnement pour ce qu'il est, dans sa spontanéité créatrice, y compris, surtout même, les personnes ayant de l'importance. Une grande partie des possibilités qu'offre l'environnement, dira Delisle, lui demeurent donc plus ou moins perdues (Delisle, 1998).

En bref, le trouble de la personnalité est une constellation de comportements et d'attitudes qui maintiennent dans son lien avec les divers champs expérientiels, des

configurations de contact dominées par les situations inachevées du passé développemental (Delisle 1998, 2004). Ce maintien fait en sorte que le Soi reproduit, dans une tentative de résolution erratique et contre-productive, ces mêmes situations inachevées dans ses relations avec les autres.

3.3 Processus thérapeutique en PGRO

Une part du rôle du thérapeute consiste à dénouer les impasses relationnelles reproduites par le patient. Il le fait en restaurant la fluidité de ses cycles de contact et la cohésion expérientielle, c'est-à-dire en tentant de restaurer la pleine utilisation et le plein contact de toutes les parties de l'expérience du patient dans ses divers champs relationnels (Delisle, 1993; 2004). La PGRO conçoit que c'est par la primauté du dialogue, qu'elle nomme *herméneutique*, qu'elle peut opérer un tel travail. Comme chez Safran & Muran, le thérapeute PGRiste doit d'abord centrer son intervention sur la création d'une bonne alliance de départ, soit la part de transfert positif nécessaire au déploiement du processus thérapeutique. L'intervention devrait donc reposer d'emblée sur la constitution d'un lien immédiat, fort, contenant et cocréateur de sens et ce, de manière explicite en début de processus (Delisle, 1998). C'est au cœur de ce dialogue engagé et engageant que le thérapeute se verra incarner cet « Autre » du patient et qu'il devra être capable de recevoir, absorber et traiter la reproduction et son impact. Sachant que la personne souffrant d'un trouble de la personnalité tend à reproduire fortement et inconsciemment dans ses relations significatives des configurations relationnelles liées à ses enjeux développementaux inachevés, il doit s'attendre d'emblée à faire partie du problème du patient (Delisle, 2004).

La PGRO invite donc le thérapeute à tenir pour acquis le principe selon lequel le patient tendra inévitablement à re-mettre en place ou re-produire dans sa relation avec lui, comme c'est le cas dans les autres relations significatives de sa vie, des situations

analogues rappelant ses enjeux développementaux inachevés (Delisle, 2003). En fait, un des postulats de la PGRO consiste à concevoir le processus thérapeutique comme devant passer par des cycles de reproduction. Ces derniers appartiennent eux-mêmes à des *cycles thérapeutiques* plus vastes (Delisle, 1993). Ces cycles, en trois phases, dont la reproduction ne serait qu'un moment, nous l'avons évoqué plus haut, Delisle les désigne par l'appellation *reproduction-reconnaissance-réparation* (Delisle 1993, 1998, 2004). Pour qu'un processus thérapeutique puisse être considéré comme optimal et complet, il doit d'abord permettre une reproduction suffisante des enjeux développementaux inachevés. Ce n'est qu'à cette condition que ces enjeux pourront être, par la suite, pleinement reconnus. De même, ils doivent être pleinement reconnus pour être ensuite travaillés et achevés, et ce n'est qu'à ces conditions de complétion qu'on pourra parler de réparation. Delisle fournit une représentation éloquente à ce sujet :

«Le jouet brisé, refoulé au grenier, doit d'abord être rappelé, puis retrouvé, dépoussiéré, manié. Souvent, on se rappelle vaguement qu'il était cassé, mais on ne sait plus très bien comment. On essaie de le faire fonctionner et alors, on retrouve la fêlure, le bris. On le descend à l'atelier et, toujours ensemble, on le répare. » (Delisle, 1993, p.6)

Ajoutons qu'à chacune de ces phases correspond un mode relationnel particulier. À la phase de la reproduction correspond le *mode transférentiel*, à celle de la reconnaissance, le *mode herméneutique* et enfin, à celle de la réparation, le *mode réel* (Delisle, 1993, 1998, 2004). Nous reviendrons sur chacun des modes dans les paragraphes qui suivent. Notons pour le moment que chaque fragment ou épisode de relation peut présenter, dans des proportions variables, des propriétés de ces trois modes et que chacun peut être plus ou moins long, s'entremêler dynamiquement et

non linéairement avec les deux autres. On parle de *modes* relationnels pour souligner leur caractère dimensionnel, non séquentiel et non mutuellement exclusif. Chacun de ces modes est potentiellement présent “«en fond» en tout temps” selon Delisle, et n’attendrait que ““d’être nommé pour émerger “en figure”” (Delisle 1993, p.9). Surtout, chacun de ces modes est nécessaire à l’accomplissement de tout le trajet reproduction-reconnaissance-réparation (Delisle, 2004; Drautl & Gravouil, 2005).

3.3.1 Modèle de la reproduction-reconnaissance-réparation : du transfert au réel, en passant par la construction du sens

Dans cette section nous décrivons les trois phases du cycle et les modes relationnels qui leur sont associés. Bien que la trajectoire habituelle d’un cycle reproduction-reconnaissance-réparation complète puisse souvent débiter par la reproduction et le mode transférentiel, nous décidons ici de présenter les deux autres phases d’abord, puis celle de la reproduction en dernier, étant donné que nous voulons y concentrer notre réflexion. Par souci de cohérence de la démonstration, nous présentons donc les phases de reconnaissance et de réparation d’abord, pour approfondir ensuite nos réflexions sur la phase de reproduction.

3.3.1.1 Phase de reconnaissance et mode herméneutique

Laisser réémerger le cycle de reproduction dans la relation thérapeutique, nous en verrons les détails ci-bas, permet, selon Delisle, de mettre en place le cycle de la reconnaissance. Dans cette phase, c’est le mode herméneutique qui prédomine dans lequel il s’agit, à l’instar du processus métacommunicationnel de Safran & Muran, de travailler à éclairer, commenter ou expliciter, comme en surplomb de l’expérience immédiate, par le détour de l’interprétation, les enjeux de la reproduction. Il ne s’agit

pas ici d'expliquer, mais de *com*-prendre (dans son sens étymologique de *prendre avec*, ce qui revient à dire prendre le sens ensemble). La posture thérapeutique du « face à face » peut progressivement faire place au « côte à côte » pour reprendre l'expression de Delisle (Delisle, 1993). La phase de reconnaissance est donc ce moment où, via le mode herméneutique, commence à s'étayer la réflexion du patient quant au sens de son expérience relationnelle immédiate, avec le thérapeute, en *co*-construction avec lui (Delisle, 1993).

Notons d'emblée que si on parle de re-connaissance, c'est que le processus herméneutique renvoie chez Delisle au travail de compréhension de la réalité en tant qu'elle n'est ni évidente (Bouchard & Guérette, 1991) ni saisissable immédiatement, et ce, en vertu non seulement de la nature clivée et dissimulée de situations/enjeux de reproductions, mais aussi à cause de la nature intrinsèquement construite du sens et des vérités humaines, particulièrement dans leurs dimensions relationnelles (Hamel, 2012).

Par contre, le patient qui se raconte, qu'il réfère à son passé développemental ou à son expérience immédiate, ne peut le faire qu'à partir des contenus représentationnels et langagiers accessibles de sa conscience. Ce contenu ne contient forcément, selon Delisle, qu'une partie de sa vérité expérientielle et de celle du champ thérapeutique. Le thérapeute peut dès lors l'aider à étendre son champ expérientiel en injectant du sens inédit dans ce champ, en ouvrant et élargissant les narrations et représentations figées par les MI du patient. Ainsi, la relation herméneutique est celle qui, par l'intermédiaire du dialogue herméneutique, porte l'expérience au-delà de l'immédiateté et de la phénoménologie du patient, à partir de et par l'intermédiaire d'un méta-commentaire (expression qui n'est pas sans rappeler la méta-communication chère à Safran & Muran) sur l'expérience immédiate et les enjeux en train de s'y jouer.

Le thérapeute le fait selon Delisle en émettant des interrogations ou des hypothèses de sens et en les soumettant à l'attention du patient afin qu'il puisse les confronter à son vécu expérientiel de manière à en assurer une forme de validation, d'endossement. Il peut aussi le questionner quant au sens des séquences de reproduction observées en première instance. Au fur et à mesure que s'élaborent ces questionnements s'élabore un véritable dialogue en forme de *méta-commentaire* co-créé de l'expérience de la relation (Delisle, 1993).

Ce dialogue vise à produire une sortie de soi chez le patient en lui permettant de repousser les limites de sa compréhension actuelle et ainsi de se re-découvrir ou se reconnaître au sens de se découvrir ou se connaître à nouveau (d'où le préfix re-). Ensemble, le patient et le thérapeute rescénarisent les histoires et les souvenirs, en modifient la nature et la qualité, par exemple en revisitant les situations inachevées, en intégrant ce qui avait dû être exclu défensivement et en enrichissant la conscience par son apport (Delisle, 2007).

Le patient est ainsi amené, en mode herméneutique, à établir des liens entre son expérience de reproduction immédiate avec le thérapeute et diverses situations de sa vie dont la structure sous-jacente et les déterminants psychoaffectifs seraient similaires. C'est le travail de repérage d'affinités thématiques, travail à travers lequel l'établissement de liens d'affinités entre divers thèmes significatifs et récurrents de la vie du patient est réputé l'aider à articuler son expérience actuelle de reproduction (Delisle, 2004). Ainsi le patient prend progressivement conscience de sa (ou ses) situation(s) de reproduction dans les différents contextes et champs expérientiels de sa vie. Il élabore en parallèle le sens de ces expériences, toujours en les référant à son passé développemental, et prend peu à peu conscience de son implication active à produire ce dont il souffre, donc de sa responsabilité (Drault & Gravouil, 2005). Ce sens de la responsabilité vécue doit néanmoins être articulé de manière assimilable par le patient. En mode herméneutique, puisque le travail de création du sens s'opère

avant tout par le truchement du dialogue, donc du langage, il importe de chercher à cultiver un vocabulaire aussi précis et nuancé que l'expérience vécue du patient le permet :

Le thérapeute doit [...] cultiver l'amour des mots, la passion de la juste nuance. La tristesse n'est pas la mélancolie, qui elle-même n'est pas la nostalgie. Le mot juste fixe en figure, l'instant de la reconnaître et de l'ancrer, l'expérience qui, autrement ne serait que défilement fugitif d'images, de ressentis... (Delisle, 1993, p8).

À travers ce lent et patient travail de précision herméneutique, optimalement conduit, le dialogue devrait permettre au patient d'assimiler le sens, sa responsabilité puis le processus par lequel il lui attribue ce sens, que ce soit le patient ou le thérapeute qui l'énonce (Delisle, 1993). Cette nouvelle assimilation et conscientisation responsabilisante de ce qui est en cause dans la reproduction est une condition de possibilité, selon Delisle de restauration de la capacité de contact du patient. Elle est aussi à la base de nouvelles habiletés d'élaboration de nouvelles manières d'être en relation, d'avoir une meilleure prise sur le réel et sur son expérience (Ouellet & Drouin, 2012).

Il est donc crucial que cette phase prenne bien appui sur l'expérience des reproductions qui la précèdent ou la sous-tendent sans oublier qu'il ne s'agit aucunement d'un procès linéaire. Bref, en supposant que les enjeux de reproduction peuvent avoir un espace d'émergence, ils peuvent être soumis au travail herméneutique dans lequel il s'agit essentiellement de permettre au patient de les conscientiser et de leur attribuer un sens.

La phase de reconnaissance et son mode relationnel privilégié produit son lot d'impasses et de ruptures d'alliances selon Drouin (2014). Les ruptures en mode herméneutique consistent à construire le sens de manière trop rapide, unilatérale ou détachée du vécu archaïque des enjeux de reproduction du patient dans la relation immédiate. C'est le cas lorsqu'un patient dépendant par exemple, qui, introjectant massivement son thérapeute, chercherait à adopter rapidement et complètement sa perspective. C'est aussi le cas d'un thérapeute investissant surtout en mode herméneutique, ayant le souci des belles constructions et précisions théoriques. Dans ces situations, le thérapeute pourrait confondre la position passive et hétéronome de son patient, à l'instar de la rupture d'évitement conformiste de Safran & Muran avec les aspects collaboratifs de la relation, ou encore rester loin de la complexité du vécu de la reproduction réelle et intime. Coincé dans ces positions, le thérapeute risque de renforcer la tendance du patient à extérioriser les causes de ses problèmes et celui-ci ne serait jamais amené à reconnaître sa contribution aux problématiques de sa vie ce qui risquerait de réduire le travail thérapeutique à un évitement de type conformiste (Drouin, 2014). S'en remettant quasi entièrement à son thérapeute pour créer le sens de son expérience, il risquerait de passer trop rapidement et superficiellement en mode réel, se privant d'informations cruciales d'ordre somato-affectives et cognitives à propos de ses MI, situations inachevées ou dilemmes de contact archaïques (Drouin, 2014 ; Delisle, 1993). L'ajustement collaboratif à propos des objectifs et des tâches risquerait de devenir superficiel, confus ou irréaliste, puis le lien thérapeutique, vécu de manière détachée ou conformiste.

Pour pallier ce genre de difficulté et compléter la phase de reconnaissance, le thérapeute a, selon Delisle, deux options : soit il revient en mode transférentiel pour permettre aux enjeux de reproduction de reprendre encore plus de place, soit il demeure en mode herméneutique en faisant le compromis de renoncer provisoirement à la co-création du sens et en s'en tenant à un rôle d'incitation à la recherche de sens (Delisle, 1993). Ce choix dépend du type de patient ou de la nature du trouble et de la

phase de son développement. Dans l'exemple cité ici, puisque les processus de prises et de co-création du sens ne semblent pas toujours possibles pour le patient, le thérapeute peut avoir à retourner souvent en mode transférentiel pour rendre encore plus manifeste les enjeux de reproduction. Quoiqu'il en soit, retenons que pour compléter la phase de reconnaissance, il importe de garder une flexibilité de la modalité relationnelle de manière à pouvoir s'ajuster au patient et retourner dans le mode transférentiel au besoin.

3.3.1.2 Réparation et mode réel

Plus les phases de reproduction et de reconnaissance se déploient, plus peut s'ouvrir et s'approfondir la phase de réparation. La complétion du cycle de Delisle demande que le patient soit non seulement amené à faire l'expérience d'autrui en tant qu'il peut tolérer sa charge transférentielle, qu'il peut la commenter et la co-métaboliser à travers un travail sur le sens, mais aussi, et en dernière instance, à la transformer concrètement dans la relation avec lui en énergie de contact (Delisle, 1993; Fillion, 2012). Ici le thérapeute n'est plus seulement support de projections transférentielles et d'élaborations/compréhensions herméneutiques, il doit se montrer et être perçu en tant que personne réelle, authentique et autre : «pas question de jouir de l'abri transférentiel autorisant la réserve, ni de se mettre à la recherche du sens et de se conforter dans l'étendue de ses connaissances !» (Delisle, 1993, p.9). L'expérience de reproduction, qui fait progressivement sens dans l'expérience du dialogue herméneutique, peut être transformée, dans le cycle de réparation, non plus tant à partir d'un principe transférentiel ou herméneutique, mais plutôt de mutualité.

Dans cette phase, c'est le mode réel qui prédomine, mode dans lequel le thérapeute prend progressivement plus de place. Il commence à exister ici en tant qu'« Autre ». C'est par la démonstration d'une intégrité manifeste et par une certaine place au

dévoilement personnel, affectif ou cognitif que la psychothérapie devient relation réelle et que cette réalité peut devenir réparation (Delisle, 1993). Pour Delisle, le thérapeute dans ce mode doit être capable d'oser le geste intime et vulnérabilisant de s'exposer immédiatement à l'intimité du lien thérapeutique. Ce faisant, le thérapeute « honore le courage de son patient en risquant lui-même l'intimité nécessaire à l'acte réparateur » (Delisle, 1993, p.9). Ce n'est qu'à partir de cette expérience intègre, authentique et vulnérabilisante de la reconnaissance et de la monstration mutuelle de soi, que la psychothérapie arrive à passer, selon Delisle, « de l'archéologie à l'architecture, de la compréhension de ce qui a été à l'édification de ce qui devient », ici l'acte réparateur (Delisle, 1993, p.9). Autrement dit, l'exposition intègre et vulnérable du thérapeute, inhérente au dévoilement de sa subjectivité immédiate, est l'acte crucial par lequel le processus thérapeutique passe du *dégagement* — *se dégager* du transfert et *dégager* du sens — à *l'engagement* dans le mouvement incertain du réel immédiat et à venir. Ils peuvent dès lors se rencontrer, dialoguer véritablement, sortir de soi et se parler l'un l'autre à travers un ensemble plus intégré de fonctions de contact (Delisle, 1993).

Ce travail d'établissement plus complet de la mutualité en accordant une place plus importante à l'expérience subjective du thérapeute finalise la complétion des situations inachevées du patient. Ce contact conscient, mutuel crée un contexte où l'intolérable et l'indispensable du dilemme initial peuvent être contactés et tolérés consciemment, d'où peut naître une certaine cohérence, continuité et altérité dans la capacité relationnelle du patient (Drault & Gravouil, 2005). Le patient peut dès lors recevoir l'indispensable sans avoir à subir l'intolérable et réinterroger aujourd'hui ce que constitue l'indispensable et l'intolérable. Le thérapeute apporte ainsi à son patient une réponse nouvelle lui permettant d'être reconnu et rejoint dans la souffrance attachée aux situations de dilemme de contact originelles. Ce faisant, il peut reprendre son processus de développement là où il a été interrompu et permettre au patient d'établir un contact réel, comme suite à une série de comportements adéquats quant

au cycle de contact (Drault & Gravouil, 2005). Il contribue ainsi à l'établissement de conditions pour une véritable rencontre, configuration du champ où deux individualités peuvent se contacter dans la modalité d'un dialogue incarné, intègre et authentique, affirmé et engagé. Tout thérapeute qui ne travaille pas la relation réelle et qui ne s'en tient qu'aux modes transférentiel et herméneutique risque, selon Delisle, de ne pas provoquer de changements ou de réparations réels, concrets dans la vie du patient et risque de réduire la relation thérapeutique à un ensemble de «commentaire[s] blasé[s] sur un scénario usé» (Delisle, 1993, p.9).

Bien que la relation puisse être momentanément vécue en mode réel, donc mutuel, le thérapeute ne se déleste pas pour autant de sa responsabilité professionnelle, soit demeurer attentif à l'impact produit par cet échange authentique. S'assurer que le thérapeute dise vrai n'implique pas pour autant, selon Delisle, que tout le vrai doit être dit (Delisle, 1993). Bien que le dialogue présuppose une égalité de principe, il n'y a pas d'emblée, dans le rapport thérapeutique, d'égalité de moyens ni de statut. La mutualité est ici processuelle, elle apparaît de manière progressive. Elle est donc avant tout du ressort du thérapeute, qui seul, peut offrir la réponse «autre», susceptible de rejoindre son patient dans une expérience similaire à celle des situations inachevées, mais pour leur offrir cette fois, une réponse et un dénouement plus adaptés, ouverts, incarnés et personnels (Gravouil & Drault, 2005).

Pour cela, il se doit de rester attentif, à l'instar du mode herméneutique, à l'état affectif et cognitif du patient de manière à continuer de rester ajusté à ses capacités d'assimilation. À la différence que dans ce mode-ci, le dévoilement de sa subjectivité,

vulnérabilisant par nature, devra prendre en compte l'état des besoins fondamentaux du soi de son patient, idéalisants particulièrement¹.

Notons pour le moment qu'en mode réel, l'inadéquation avec certains besoins résurgents du patient pourrait aussi produire des impasses à la source de ruptures d'alliance (Drouin, 2014). Dans la même logique que dans la phase de reconnaissance, un type de rupture possible consisterait, par exemple, à vouloir « tirer » trop rapidement un patient vers le mode réel en souhaitant qu'il puisse profiter immédiatement de l'« authenticité réparatrice » du thérapeute alors que celui-ci n'y est pas prêt (Delisle, 1993). Si on reprend le cas du patient dépendant, un cas de figure pourrait être par exemple, qu'ayant commencé à évoluer vers plus d'autonomie, et donc multipliant les situations l'exposant aux risques affectifs associés à l'autonomie et à la responsabilisation, il se retrouverait soudainement devant trop de déclencheurs anxiogènes. Un besoin de raffermissement de transfert idéalisant pourrait devoir dès lors se remettre en place. Si le thérapeute se révèle incapable de soutenir provisoirement un retour au mode transférentiel ou herméneutique en voulant maintenir à tout prix l'authenticité d'une communication réelle, il risquerait d'empêcher son patient de se remettre en présence de son besoin sous-jacent d'apaisement et de le reconnaître comme tel et d'en travailler pleinement le sens dans le cadre nouveau de la relation thérapeutique. Cette difficulté à rejouer et reconnaître un transfert idéalisant risque ainsi de laisser passer sous le radar un besoin fondamental provoquant une rupture dans la qualité du lien affectif. Delisle ajoute que la seule possibilité de reproduire et de reconnaître à nouveau une situation inachevée suffisent parfois à faire éclore l'expérience de réparation. Quoiqu'il en soit, la complétion de la phase de réparation est fortement corrélée à la capacité du

¹ Sur la pertinence et la place de l'autodévoilement dans la relation thérapeutique, particulièrement de son utilisation comme support de contact pour la restauration du patient, nous renvoyons le lecteur à l'article de Carle & al.

thérapeute à se mouvoir d'un mode relationnel à l'autre en fonction du type de personnalité, de la capacité d'assimilation et de la nature du trouble du patient. Cette capacité à se mouvoir d'un mode à l'autre en fonction des caractéristiques du patient, la PGRO la conçoit comme une ouverture multimodale, c'est-à-dire la capacité de puiser dans un répertoire de savoirs le plus large possible. La réalité des clients étant à ce point complexe, elle demande d'être cernée par plusieurs théories développementales. Dans la mesure où une théorie a à dire quelque chose sur telle rupture avec tel patient, elle est considérée comme un outil conceptuel utile dans la mesure où elle permet au thérapeute de rester mobilisé et de cultiver un savoir adapté à un patient particulier (Delisle, 1998). Nous reviendrons sur cet aspect dans la section sur la contenance au chapitre 4.

3.3.1.3 Reproduction et mode transférentiel

Remarquons dans la démonstration faite jusqu'ici des approches de Safran & Muran, puis de celle de Delisle, certains rapprochements dans la manière de concevoir le processus thérapeutique général, notamment dans le passage d'un mode herméneutique à un mode plus collé sur le réel. La part centrale accordée à la conscience réflexive, l'exploration et l'explicitation co-construite du sens des difficultés, à travers les compétences réflexives et interactives du thérapeute n'est certainement pas sans rappeler le mode métacommunicationnel utilisé dans les stratégies de résolution de ruptures de Safran & Muran. À première vue, le mode métacommunicationnel semble même décrire et englober assez bien les modes herméneutique et réel chez Delisle, puis le processus du passage entre les deux. Delisle aurait tout simplement détaillé le processus, en y ajoutant le cycle de la reproduction. Voyons de plus près ce qu'on peut tirer de cet ajout pour le développement de la notion de rupture d'alliance.

Le cycle de reproduction porte plusieurs caractéristiques complémentaires, que nous avons déjà commencé à exposer. D'abord les expériences du patient dans le cycle de reproduction sont vécues sur le mode transférentiel, c'est-à-dire conçues en tant que le monde interne du patient *se projette* ou *se transfère* sur le monde externe, qui lui, est réputé réel. Comme le disent Drault et Gravouil, le monde interne et le monde externe se confondent à l'interface du microchamp introjecté et de la réalité (Drault & Gravouil, 2005). Il opère ce transfert à cause d'une autre caractéristique essentielle de la reproduction, celle de l'opacité herméneutique des enjeux de reproduction. Étant donné que la gestion de l'indispensable et de l'intolérable s'est d'abord opérée par clivage ou par introjection, les dilemmes de contact et les MI se sont forgés hors de la conscience. Non seulement se sont-ils formés hors de la conscience, mais ils se maintiennent hors de la conscience, tout au long de l'histoire développementale à travers la mémoire implicite, jusque dans l'ici maintenant.

Ainsi clivé, le patient n'a qu'un accès tronqué à la signification de son expérience, y compris à celle d'autrui, notamment dans ce qui est en train de se jouer dans la relation avec lui, n'ayant que peu ou pas accès à la représentation, à la symbolisation ou à la mentalisation. Il a encore moins accès à l'identification des causes de son expérience. Ainsi en déficit de mentalisation, le patient ne peut réguler ses affects, souvent intenses, et, submergé par son expérience interne, doit utiliser des défenses primitives, soit en déchargeant (passages à l'acte) ou en dissociant (clivage, déni ou identification projective).

On pourrait dire que ce maintien des MI fait en sorte que le patient est à la fois *agi par* et qu'il *agit* constamment ses MI. *Agit par* au sens où le MI *contamine* ou *pousse* constamment ses émergences, et qu'il les *agit* au sens où ces émergences lui font *initier* une expérience, *sélectionner* et *susciter activement* certains éléments du champ en lien avec ses MI. C'est là un autre caractère du mode transférentiel, celui d'une efficience active des MI, parce que restés inconscients, de l'expérience du passé dans

le présent. S'ensuit que le sens de la situation de reproduction en train de se produire dans l'espace thérapeutique actuel, contaminé par les MI, se trouve nécessairement « déformé ».

Rappelons aussi que le sens de la reproduction, la charge d'intolérable qui lui est associée, ne peut s'opérer que sur le mode du « déguisement » (Delisle, 1993). Ces deux dernières caractéristiques de la reproduction, distorsion et déguisement, introduisent des déformations parfois massives dans l'environnement relationnel du patient, et ce dernier n'a plus les moyens d'en identifier les tenants et aboutissants.

La déformation et le déguisement du sens participent et renforcent, en phase de reproduction, l'opacité du sens, qui à son tour, participe et renforce la déformation et le déguisement du sens. Voilà pourquoi en mode transférentiel, l'opacité, l'inconscience, la chronicité, la distorsion et la dérégulation émotionnelle ne peuvent qu'entraîner la fermeture, l'inflexibilité et la rigidité de l'expérience. Bien que le patient cherche simultanément à résoudre, en les dépassant, ses situations inachevées et dilemmes de contact, ces derniers, à cause de l'impossibilité de toucher aux bonnes cibles, ne font que se perpétuer en confirmant l'échec initial de métabolisation de la situation. Le patient reste, malgré son espoir, dans l'incapacité de voir autre chose, de voir autrement.

Il résulte de ces caractéristiques selon Delisle que la phase de reproduction est fondamentalement répétitive. Delisle affirme que le patient *(re)construit et (re)organise* activement le champ de telle sorte que ses impasses de contacts habituelles finissent par *s'actualiser*, ou plutôt, se *ré-actualiser* de manière répétée. C'est ainsi que le cycle de reproduction tend à recréer l'expérience fondatrice des dilemmes de contact et des situations inachevées. La répétition des impasses de contact inscrit une vision de lui-même et du monde du patient qui favorise et rend de plus en plus probables les reproductions ultérieures, cristallisant une vision de lui et

du monde. Bref, la boucle se ferme et le cycle de reproduction tend à recréer l'expérience fondatrice des dilemmes de contact et des situations inachevées.

Ce sont ces caractéristiques, soit les caractères opaque, répétitif, confus, distordu, rigide, fermé et inaccessible du sens de l'expérience immédiate de soi et de la relation, qui font que le processus herméneutique et de réparation chez les PGRistes, ou métacommunicationnel chez Safran & Muran, est au mieux, difficile, mais le plus souvent relève de l'impossible au stade de la reproduction.

3.3.2 Traitement identificatoire : la voie longue de l'empathie.

À ces caractéristiques du cycle de la reproduction, Delisle en ajoute une autre, inhérente à toute relation et donc cruciale à tout processus thérapeutique, le phénomène de l'identification (Delisle, 1993). Cette caractéristique est si particulière et concerne si intimement le cycle de la reproduction, qu'elle demande un traitement particulier. Delisle appuie une grande part de sa conception de la relation thérapeutique sur une tradition théorique concevant l'identification en tant que cœur, voire en tant qu'unité de base de communication (Adler & Rhine, 1992; Alvarez, 1997; Grotstein, 1994, 2005; Joseph, 1997; Kernberg, 1965, 1975a, 1975b, 1989; Klein, 1996; Langs, 1976a, 1981; Malin & Grotstein, 1981; Mason, 2000; Tansey & Burke, 2009). Nous présentons ici deux séries de travaux pour en exposer le détail, qui servent de fondement à l'approche du processus psychothérapeutique en PGRO, l'une issue des études sur la *neurodynamique du champ intersubjectif* d'Allan Schore (Schore 2003; 2009; Schore & Schore 2007, 2011) et l'autre, issue de la clinique de la *séquence unitaire de traitement interactionnel* des identifications de Tansey & Burke (1989).

3.3.2.1 Identification et métabolisation dans le processus psychothérapeutique

Chez Schore, les interactions en thérapie relèvent nécessairement d'une synchronisation affective subliminale, précédant toute émergence de contenus représentationnels verbaux ou cognitifs. Selon lui, la première phase de réceptivité thérapeutique ne s'opère pas tant sur le mode de la communication verbale et cognitive que sur le mode de l'ajustement ou de la synchronisation psychobiologique nonverbale de cerveau droit à cerveau droit (Schore, 2003). Cette synchronisation se vérifie d'ailleurs cliniquement par la synchronisation des sensations (Havens, 1979) ou des sentiments kinesthésiques spécifiques (Larson, 1987) entre le patient et le thérapeute.

On a une idée similaire chez Tansey & Burke (2009), pour qui toute communication engagée, comme c'est le cas de l'interaction synchronisée qu'est la relation thérapeutique, se vit, sur le plan de la phénoménologie des interlocuteurs, d'emblée comme une identification. Le processus identificatoire se décline chez eux, en plusieurs types : *l'identification projective*, *l'identification introjective*, *l'introject relationnel* & *l'identification empathique*. Définissons les trois premiers concepts pour revenir plus loin au dernier.

3.3.2.1.1 L'identification projective

Occupons-nous d'abord de l'identification projective. Chez Delisle, très proche de la neurodynamique intersubjective de Schore, l'identification projective peut être comprise comme le transfert et la manifestation d'un état psychobiologique du patient dans le corps du thérapeute (Schore, 2003). Elle se produit lorsque le patient est dans l'incapacité d'utiliser une pensée symbolique, métaphorique ou langagière pour accéder à un contenu ou à un état perceptif-affectif particulier, soit des expériences traumatiques refoulées et d'attachement insécures non symbolisées et engrammées

jusque-là dans la mémoire implicite-procédurale (implicit-procedural) sous forme de relations d'objet internes affectivement dérégulées (Schore, 2003). Autrement dit, le patient éprouvant un affect ou une pulsion inacceptable ou intolérable l'attribue à quelqu'un d'autre, comme si cette personne en était réellement à l'origine et la «dépose» littéralement dans l'autre.

Bien que présentant des caractéristiques intrapsychiques, l'identification projective pour Delisle, représente un phénomène foncièrement interactionnel dans lequel le projecteur, par une influence réelle, suscite inconsciemment chez un autre individu des pensées, des émotions et des expériences qui sont homologues aux siennes. Elle diffère en cela de la projection en ce qu'elle n'existe que dans le contexte d'une interaction entre deux ou plusieurs individus s'identifiant l'un l'autre, alors que la projection est principalement de nature intrapsychique et peut ou non avoir lieu dans une relation interpersonnelle réelle. Elle est utilisée tout au long du développement dans un effort de promotion d'intégration du soi et son degré de primitivité ou de pathologie varie considérablement selon l'organisation structurale de la personnalité du projecteur. En gros, elle permet à l'interlocuteur la mise à distance des états qui lui seraient pénibles, voire intolérable à ressentir. Pour cette raison, il aurait besoin de les projeter sur autrui, tout en pouvant s'identifier à eux.

3.3.2.1.2 L'identification introjective

Pour qu'une identification projective réussisse, elle doit trouver selon Tansey & Burke, sa contrepartie identificatoire chez l'interlocuteur. Autrement dit, le patient doit pouvoir susciter chez le thérapeute un état d'expérience qui, dans une certaine mesure, correspond ou complète son expérience personnelle immédiate. Dans la neurodynamique de Schore, elle prend la forme de signaux psychosomatiques ou affectifs non verbaux ajustés, vibrants ou résonnants avec ceux du patient (Schore,

2003; Tansey & Burke, 2009). On pourrait dire que la vie d'une identification projective dépend de ce que le thérapeute puisse recevoir ces contenus ou états affectifs et les fasse vivre, résonner en lui. C'est l'identification introjective (Delisle, 1993; Tansey & Burke, 2009). Notons tout de suite que pour Tansey & Burke, tout ce qui se passe au sein du thérapeute dans l'interaction avec le patient n'est pas nécessairement une conséquence de l'identification projective-introjective. Pour qu'on puisse la qualifier de telle, l'expérience du thérapeute doit atteindre une certaine intensité ou qualité. De même, il doit y avoir un degré significatif de pression interactionnelle de la part du patient avant qu'on puisse étiqueter l'identification introjective comme une réponse directe à l'identification projective du patient (Tansey & Burke, 2009). Elle est habituellement perceptible par un ensemble de modulations corporelles extéroceptives et intéroceptives, supra- et sub-liminales, via par exemple, des changements vagues dans le climat, dans la sensation des choses, dans ses propres états affectifs, dans le ton, la prosodie, la gestuelle, etc. (Schore, 2003). Elle peut être vécue temporairement comme l'expérience accrue de soi, qualitativement différente de l'expérience habituelle ou bien, parfois même parallèlement, comme étant plus neutre aussi. Selon les auteurs, plusieurs communications interactionnelles traitées par le thérapeute n'atteignent pas le niveau d'intensité nécessaire pour être considérée comme une identification introjective en réponse à l'identification projective d'un patient (Tansey & Burke, 2009).

3.3.2.1.3 Introject relationnel

À mesure que progresse le jeu identificatoire entre le patient et le thérapeute, chacun nourrit ce que Tansey & Burke appellent *l'introject relationnel*, ensemble des représentations de soi et des représentations d'objet en jeu dans la relation. Ce modèle évolutif (construit et modifié au fil du temps) devient en quelque sorte la réplique interne de la relation avec l'autre. Par exemple, l'introject relationnel du thérapeute

serait composé de deux dimensions : une composante de représentation de soi, soit l'ensemble de ses souvenirs, impressions, expériences, au fil du temps, avec ce patient (son apparence physique, ses affects, ses expériences de vie, ses modes de comportement, ses attitudes, ses défenses, valeurs, fantasmes, etc.). Et d'une composante de représentation d'objet, soit l'ensemble de ses déductions sur l'expérience du patient sur lui-même, ses objets (passés et présents) et de l'interaction avec lui (le thérapeute). L'introject relationnel constitue ainsi le média ou le tiers représentationnel par lequel il devient plus aisé d'observer les microprocessus d'internalisation et de projection de tout un chacun dans le cours de l'interaction pour ensuite les travailler.

3.3.2.1.4 Identification concordante et complémentaire

L'intérêt pour Tansey & Burke de catégoriser l'expérience relationnelle à l'aide de ces concepts réside dans le fait de reconnaître l'existence d'une étape intermédiaire ou transitoire cruciale dans la trajectoire de transformation de l'introject relationnel vers une relation authentiquement et réellement empathique, et donc réparatrice. Nous reviendrons sur ce passage dans les prochains paragraphes. Simplement noter ici que ce travail de transformation des identifications projective-introjective et de l'introject relationnel, peut prendre alternativement deux formes : travail des identifications concordante et/ou complémentaire. Dans sa forme concordante, les représentations de soi émergentes du thérapeute se trouveraient être le reflet de la représentation de soi qu'a le patient. L'expérience du thérapeute serait donc, dans cette forme d'identification, analogue à celle de son patient (Delisle, 1993; Racker, 1981; Tansey & Burke, 2009). Quant à sa forme complémentaire, il s'agit d'une expérience où la représentation de soi du thérapeute se trouve à correspondre (soumise dirons certains) à l'une des représentations d'objet du patient (Racker, 1981). Ici le thérapeute s'identifie temporairement à un aspect de la représentation

intériorisée de soi en relation avec l'objet du patient, tandis que le patient, au moins temporairement, en expérimente la contrepartie. La complémentarité de l'interaction externe, selon Tansey & Burke, reflète la complémentarité de la représentation intériorisée de soi en relation avec de l'objet vécu par le patient (Tansey & Burke, 2009).

Nous reviendrons sous peu sur l'ensemble de ces concepts et surtout, sur leur pertinence clinique. Avant, opérons un détour bref par la neurodynamique de la métabolisation identificatoire pour appuyer solidement nos propositions.

3.3.2.1.5 Métabolisation de l'identification projective

Prenant acte de ces précisions conceptuelles concernant l'identification, le processus thérapeutique consisterait dès lors, s'appuyant sur la neurodynamique de Schore, à métaboliser l'identification projective. Ce processus consiste, non pas en dépit de, mais à partir des expériences traumatiques refoulées et d'attachements insécurs non symbolisés et engrammés jusque-là dans la mémoire implicite-procédurale (implicit-procedural) sous forme de relations d'objet internes affectivement dérégulées (Schore, 2003), à dévoiler et à mettre en récit. Le thérapeute doit d'abord, comme nous l'avons montré avec le concept d'identification introjective, identifier les identifications projectives qui font pression sur lui pour ensuite les symboliser, les mettre en pensée ou en mots, et ainsi, par la synchronisation psychobiologique, aider le patient à faire de même (Robbins, 1996). Comme la mère empathique qui s'ajuste ou se synchronise avec son enfant pour réguler et être régulée par les états internes de son enfant, le corps du thérapeute devient l'instrument primaire de synchronisation psychobiologique et de réception d'affects non conscients, c'est-à-dire d'identifications. Pour bien opérer la métabolisation, l'identification projective doit d'abord vivre dans le corps du thérapeute, être bien ressentie par lui, et dès lors être exaspérée, amplifiée avant d'être ensuite renvoyée psychophysiologiquement, non verbalement, au patient dans la communication avec lui. L'amplification affective

doit d'abord être vécue chez Schore viscéralement, subliminalement par le thérapeute grâce à sa capacité de tolérance affective. Il peut par ailleurs se mettre à aller plus mal que le patient dans ces moments.

Lorsque des « affects non conscients » sont interactivement régulés, amplifiés et maintenus dans la mémoire à court terme du thérapeute assez longtemps pour être ressentis et reconnus, ils peuvent être communiqués à d'autres instances neurobiologiques de l'hémisphère droit impliquées dans la génération d'une « intuition émotionnelle » (Adolphs, 2001), d'« interactions cognitivo-émotionnelles » (Barbas, 1995) au « traitement de l'affect lié à des significations » (Teasdale et al., 1999), ou à la production d'images ou de métaphores, associées aux états internes. Expérientiellement, la capacité du thérapeute de développer un tel espace de travail imaginaire interne permet au moi de toucher à son ressenti et ainsi d'en produire une expression symbolique. Ce système intègre et assigne des significations motivationnelles-émotionnelles aux impressions cognitives, associe des émotions avec des idées et des pensées (Joseph, 1996). La maturation de ce système permet à ce qui est connu, mais néanmoins impensé (*unthought known*) (Bollas, 1987), seulement exprimé jusqu'alors sous forme d'identifications projectives, de se symboliser et potentiellement d'être communiqué en tant qu'états affectifs subjectifs cohérents. Cette étape permet une prise de distance progressive des expériences premières et primaires dans l'interaction jusque-là fusionnelle, et permet la construction d'un attachement personnel et une connexion interpersonnelle plus développée, articulée, et différenciée (Aron, 1998). Cette expression affective-symbolique partielle est selon Schore, essentielle pour le patient dans son apprentissage implicite d'une expérience émotionnelle régulée, adaptée.

Une fois ces processus de changements cognitivo-affectifs mis en jeu, d'autres structures cérébrales, cette fois dans l'hémisphère gauche prennent le relais, particulièrement associé à la récupération d'éléments de mémoire procédurale

implicite et à l'encodage sémantique des états émotionnels. Cette symbolisation primaire entraîne une nouvelle forme de ressenti, un nouveau sentiment implicite de soi-même : les « structures référentielles » du patient peuvent immédiatement lier des domaines de représentation non verbale et verbale (Bucci, 1993). Vanaerschot (1997) soutient qu'après un premier niveau de communication qui s'opère à travers le ressenti corporel implicite, préconceptuel et indifférencié, de l'ensemble d'une situation d'interaction, s'ensuit un deuxième moment, entre ressenti corporel et processus de symbolisation (dont la mise en mot est un cas particulier) dans lequel des significations explicites commence à se former à partir de significations préconceptuelles, implicites, et incomplètes. Selon Bornstein, lorsqu'un souvenir implicite est rendu explicite, l'origine de ce souvenir est également rendue explicite, et le patient peut mieux comprendre la chaîne d'événements qui l'ont mené, à partir de ses expériences passées, à son fonctionnement actuel. L'explicitation des souvenirs implicites permet au patient de comprendre les liens entre ses expériences passées et présentes, ce qui favorise l'autoréflexivité et l'évaluation de la signification des affects en jeu (Schoore 2003).

3.3.2.2 Optimisation du processus de métabolisation : l'empathie comme conquête

Revenons à Tansey & Burke. À la base du travail de métabolisation, un ingrédient central, l'empathie. Selon eux, une grande confusion règne néanmoins autour du concept d'empathie qu'on aurait réduit à son sens rackérien d'identification concordante ou kohutien «d'introspection vicariante» alors qu'on aurait relégué l'identification complémentaire à une modalité non thérapeutique. C'est en incluant le mode complémentaire de l'identification introjective dans le processus général de construction d'une relation empathique que leur travail trouve son originalité et apporte des nuances intéressantes dans le cadre de notre travail de compréhension, nous le verrons au dernier chapitre, des processus de résolution de rupture. S'il est

vrai, selon Tansey & Burke, qu'au moment d'une identification complémentaire le thérapeute n'éprouve pas d'affects concordants avec ceux de son patient, il y a néanmoins une correspondance émotionnelle importante entre les états expérientiels des deux interlocuteurs. L'empathie est plutôt ici conçue comme un processus, un chemin, une quête à la rigueur — et non une identification statique — incluant l'identification complémentaire initiale, qui sert dès lors de véhicule pour une éventuelle identification concordante. Pour Tansey & Burke, les identifications concordantes et complémentaires représentent des «identifications d'essais» inévitables et très informatives sur le plan affectif, qu'un thérapeute peut utiliser dans sa tentative d'engagement empathique avec l'expérience de son patient. Considérant cette perspective, Delisle ne conçoit non seulement pas l'identification introjective complémentaire comme le signe d'un dérapage de la part du thérapeute, mais bien plutôt comme un mode pénétrant et authentique d'engagement, de recherche, de connaissance et de reconnaissance de son patient (Delisle, 1993). Le pari de la PGRO consiste à dire qu'en intégrant et en s'identifiant aux deux pôles du paradigme relationnel du patient, le concordant et le complémentaire, le thérapeute donne les conditions réellement complètes d'ouverture et d'entrée affective dans les parties les plus troublée et désavouée de son univers expérientiel. Autrement dit, en ouvrant sur le mode transférentiel concordant et complémentaire, il pave la voie de l'authenticité et de l'intégrité, condition absolument nécessaire à l'empathie.

En somme, l'idée ici est de dire que le mécanisme d'identification projective du patient et sa contrepartie introjective chez le thérapeute sont toujours d'emblée impliqués dans l'établissement du contact empathique. Aborder la relation dans une disposition empathique signifie que le thérapeute recevra nécessairement comme autant d'identifications introjectives les identifications projectives concordantes ou complémentaires de son patient (Delisle, 1993). Se permettre de s'engager dans l'identification projective-introjective, c'est ainsi ouvrir le potentiel d'atteindre la relation empathique, que ce potentiel soit ou non actualisé. Il n'y aurait pas de

distinction de nature chez Tansey & Burke entre l'empathie et l'identification projective-introjective, la première étant le résultat du traitement optimal de la seconde, qu'elle soit concordante ou complémentaire. Autrement dit, l'empathie est un type d'identification projective.

Cette manière de concevoir a une conséquence importante : il ne s'agit plus d'inhiber les affects en lien avec l'identification complémentaire, mais plutôt de les laisser vivre et s'exaspérer à travers le corps du thérapeute. Ce n'est qu'une fois intériorisé que l'identification concordante ou complémentaire peut être transformée en une réponse adaptative, réponse qui pourra ensuite être communiquée et réintériorisée par le patient opérant à son tour en mode identificatoire introjectif.

Le caractère adaptatif ou défensif de l'identification projective ne concernerait pas tant sa nature même que le fait d'être traitée. Elle devient adaptative lorsque, dans certaines conditions, elle peut être subjectivement et activement explorée et communiquée par le patient, et défensive, au contraire, lorsque, dans d'autres conditions, elle reste bloquée, dissociée de la conscience et projetée, provoquant la cessation de toute communication et de possibilité de développement psychique (Schoore 2003). Le travail de métabolisation consiste dès lors à passer d'une identification projective-introjective à un introject relationnel empathique. Tansey & Burke nous invite à la considérer comme une opération psychologique à la fois défensive, adaptative et communicative.

En somme, si le thérapeute cherche à s'ouvrir empathiquement à son patient, il sera de fait, synchronisé psychobiologiquement, viscéralement avec le « vécu-viscéral » de son patient (Schoore 2003). Cette synchronisation subliminale consacre nécessairement un processus d'identification, dans lequel se met en place une identification projective et introjective et un introject relationnel. Sans ces types de synchronisation ou d'identifications, il n'y a tout simplement pas les conditions pour

une relation empathique. Un thérapeute qui ne se permettrait pas d'être activé par son patient, ou qui n'éprouverait pas de fortes réponses émotionnelles envers lui, sous prétexte d'un préjugé positif ou négatif de son expérience affective envers son patient, devrait suspecter une désidentification relationnelle, et donc avoir fermé les conditions affectives permettant l'avènement de l'empathie, consacrant ainsi une rupture d'alliance au sens de Safran & Muran. Autrement dit, l'empathie n'est ni évidente ni donnée d'emblée, elle constitue plutôt une trajectoire. Pour faire l'expérience authentique de l'empathie, c'est-à-dire être capable d'offrir une réponse non pathologique aux identifications projectives de son patient, le thérapeute ne peut faire l'économie d'identifications d'essais concordantes ou complémentaires, et le processus de métabolisation consiste à passer d'une identification complémentaire informulée, pathologique, à une identification concordante formulée, optimale, empathique (Tansey & Burke, 2009). Le corollaire de cette proposition importante selon Tansey & Burke, est que le degré de conscience du thérapeute de son état interne à tout moment de la séquence de traitement dépend en grande partie de sa capacité à tolérer et laisser s'amplifier les affects et l'image de soi suscitée par la communication interactionnelle du patient. Une fois amplifié, elle peut être mise en représentation préliminaire, processus permettant au patient de mettre en mot ce qu'il n'a pu, jusque-là, que confusément communiquer sous une forme identificatoire plus ou moins consciente, violente et projective. La prochaine section expose plus en détail, les étapes de cette trajectoire.

3.3.2.3 Complétion de la phase de reproduction : optimiser la conquête empathique avec la séquence unitaire de traitement interactionnel de la communication de Tansey & Burke

Tansey et Burke (2009) proposent pour décrire et opérationnaliser ce processus de conquête, une séquence d'élaboration de l'expérience du thérapeute appelée *séquence*

unitaire de traitement interactionnel de communication. Cette séquence se décline en trois phases, une première de *réception*, une seconde de *processus interne* et une troisième de *communication*. Ces phases se déclinent elles-mêmes en sous-phases que nous verrons ci-bas. Notons, particulièrement dans le cycle de la reproduction, que bien qu'il y ait certainement des occasions où un thérapeute doive se désenchevêtrer des affects en jeu dans l'identification, c'est la capacité de les intégrer, d'en être affecté, d'en prendre conscience et d'en tolérer l'intensité qui détermine en grande partie les progrès d'un thérapeute dans cette séquence (Tansey & Burke, 2009).

3.3.2.3.1 Phase de réception

La phase de réception est la première des trois étapes de la séquence. Dans cette phase, le thérapeute se prédispose à l'écoute, il se libère de ses préoccupations, se rend disponible à l'interaction et se laisse influencer par le patient tout en restant attentif à son expérience et ses réactions émotionnelles. Cette phase de réception comprend trois sous-phases hiérarchisées à travers lesquelles le thérapeute doit avancer afin de recevoir et expérimenter le sens particulier de soi suscité par l'identification projective du patient : la *disposition d'ouverture mentale*, la *pression interactionnelle* et l'*affect « identification-signal »* (Tansey & Burke, 2009).

La sous-phase de *disposition d'ouverture mentale* initie le processus d'identification. Il s'agit essentiellement d'une disposition dans laquelle le thérapeute aspire à se débarrasser des préoccupations extérieures afin de bien prendre en compte la présence interactionnelle du patient et d'ouvrir ses dispositions mentales à l'ici-maintenant de la relation thérapeutique. Tansey & Burke précise qu'il ne s'agit pas tant d'un effort délibéré pour se concentrer sur le patient que d'une tentative de se mettre dans une sorte d'attention flottante (Freud) ou d'état d'indifférence créatrice (Delisle, 1993), dispositions à partir desquelles le thérapeute tend à s'ouvrir à l'autre et à se

concentrer sur lui de manière un peu plus neutre sans diriger son attention sur quelque chose en particulier. Il le fait par exemple en permettant à toutes sortes de pensées, d'émotions, de rêveries et d'associations d'entrer dans sa conscience tout en continuant d'écouter et d'observer le patient et ses propres réactions. Dans la mesure où il réussit à se mettre dans une telle disposition, il se prépare optimalement pour être influencé par le patient, par l'interaction avec lui et par ses signaux internes.

Dans la sous-phase de la *pression interactionnelle*, le thérapeute commence à ressentir la pression émotionnelle de l'interaction avec son patient. Dans les limites de sa capacité à tolérer cette pression, il incombe au thérapeute de laisser au patient toute la liberté de développer sa communication à travers les canaux verbaux et non verbaux de son choix. Ce faisant, le thérapeute doit maintenir une ouverture à être influencé émotionnellement par le patient afin d'être disponible et réceptif à l'induction d'une identification. Cette pression interactionnelle peut avoir lieu soit, comme nous l'avons montré plus haut avec la neurodynamique de Schore, dans l'atmosphère affective de la relation, soit à travers des comportements autour des règles et du dispositif thérapeutique de base comme les politiques d'annulation, d'appels téléphoniques, de prise de rendez-vous et de calendrier de paiement, etc. Tansey & Burke souligne ici que le niveau de tolérance personnelle du thérapeute est une considération cruciale et encourage ici à rester flexible sans en venir toutefois à en vouloir au patient. Bref, il devrait tenter de soutenir la réceptivité malgré la pression affective de manière à ce que le patient puisse transmettre une identification projective.

Dans des conditions optimales de la séquence unitaire de traitement de la communication, le thérapeute, ayant laissé la pression interactionnelle se déployer dans des limites du réalisable pour lui, est réputé avoir un vécu identificatoire (enchevêtrement). Autrement dit, le thérapeute a été affecté, perturbé et a potentiellement introjecté une part de sa relation avec son patient exerçant une

influence modificatrice sur son expérience de soi dans le lien (Tansey & Burke, 2009). Cette réaction affective à l'expérience de soi particulière du thérapeute provoqué par l'interaction immédiate est, pour Tansey & Burke un *signal* que l'on doit repérer. Voilà pourquoi Tansey & Burke nomme cette sous-phase, *affect signal-identification*. C'est l'identification introjective en train de se mettre en place. Ici, le travail consiste d'une part, à continuer à rester disponible et réceptif — toujours dans les limites du supportable et du raisonnable — à la modification de son expérience de soi, et d'autre part, à prendre conscience (become aware) de cette modification. Cette dernière partie du travail demande au thérapeute de savoir reconnaître les affects signaux susceptibles de l'alerter sur la possibilité qu'une identification a été faite ou a lieu. La nature et l'intensité de la pression interactionnelle, ainsi que la capacité du thérapeute à tolérer la modification transitoire de son expérience déterminent la capacité de conscientisation du thérapeute de son expérience identificatoire, c'est-à-dire de l'identification introjective. En fait, la capacité de se mettre en présence et de tolérance des affects-signaux permet d'ouvrir ce que j'appelle l'espace des permissions dans le processus thérapeutique, c'est-à-dire d'ouvrir à travers l'intensité et la profondeur de l'identification introjective, l'espace de ce qui sera permis de ressentir ou non, de manière plus ou moins intense et superficielle. En somme, dans la sous-phase de *l'affect identification-signal*, le thérapeute tente de se mettre en présence de sa réponse émotionnelle au patient, non pas comme une « réalité » superficielle, mais comme un effet de signal contenant des significations sous-jacentes potentiellement intéressantes, pouvant l'alerter qu'une expérience d'identification a bien eu lieu.

3.3.2.3.2 Phase de processus interne

La phase de *processus interne* est la seconde des trois étapes de la séquence. Dans cette phase, le thérapeute tolère et contient sa réaction, ses pensées et ses émotions

tout en les observant et en y réfléchissant. Cette phase a aussi 3 sous-phases : sous-phase de *contenance-séparation*, sous-phase du *modèle de travail* et sous-phase de *connexion empathique*.

Dans la sous-phase de *contenance-séparation*, le thérapeute accueille en lui l'identification introjective qui s'est présentée dans la phase de réception. Il est ici appelé dans un premier temps à contenir, tolérer les contenus de son expérience puis, dans un second temps, à conscientiser et à se distancer optimalement de ces contenus. Il s'agit donc ici de prendre le temps de se mettre en présence de son expérience émotionnelle, particulièrement si elle est forte et négative — elle peut prendre la forme d'un sentiment d'inadéquation ou d'insuffisance par exemple — et ne pas l'éviter, la dénier ou la supprimer. Cette étape de contenance requiert d'en supporter pleinement la charge, voire de l'exaspérer. Dans un deuxième temps, en s'appuyant sur son expérience de contenance, le thérapeute peut entamer un processus de séparation de son expérience immédiate (désenchevêtrement) à l'aide de processus de plus haut niveau comme l'observation de soi, la conscientisation de soi et interroger les sources sous-jacentes de cette expérience dans l'interaction. Il y parvient en faisant cohabiter la contenance de son expérience de soi avec une certaine prise de conscience de soi. Ce début de cohabitation entre les processus perceptifs-affectifs mis en évidence dans les sous-phases précédentes et les processus cognitifs est la condition de possibilité d'établissement d'une «distance psychologique» (Greenson, 1960) suffisante, ou d'une «régulation émotionnelle» optimale (Schoore, 2003) pour soutenir un tant soit peu la pression interactionnelle induite par la relation identificatoire immédiate avec le patient et ses affects et impulsions connexes (Tansey & Burke, 2009). Ce passage d'un mode perceptif-affectif à un mode plus cognitif a toutes les chances de conduire à une expérience immédiate plus confortable et spontanée avec le patient et aider à soutenir ou à porter la pression identificatoire. Pour se faire, selon les auteurs, le thérapeute devrait faire attention à trois éléments particuliers : 1) être en mesure de suspendre ses jugements autocritiques de manière à

être capable de rester en présence d'un vécu inconfortable (être le mauvais objet); 2) être conscient que ce vécu inconfortable ne constitue pas une menace ingérable à l'estime de soi et 3), qu'il comprenne et s'enracine dans l'idée que l'identification introjective est temporaire. Autrement dit on injecte du sens dans l'expérience perceptive affective pour en réguler les paramètres et les contours (Schoore, 2003). Selon Tansey & Burke, cette phase du processus empathique équivaut à ce que la littérature sur l'empathie avait déjà conceptualisé par l'idée du passage de l'ego-expérientiel à l'ego-observateur, c'est-à-dire que la disposition mentale prédominante du thérapeute passe d'une attention flottante ou d'indifférence créatrice à un état de recherche plus active de sens. Autrement dit, le processus de séparation ou de désenchevêtrement affectif (Safran & Muran, 2000) est un processus composite, affectif-cognitif.

La dynamique relationnelle entre le patient et le thérapeute, on l'a vu à travers la synchronisation perceptive affective des phases précédentes, finit par forger ou laisser émerger une représentation ou réplique interne dans le monde représentationnel du thérapeute. C'est à partir de ou à travers ce média représentationnel, que Tansey & Burke nomme, rappelons-le, *introject relationnel*, qu'il peut continuer à travailler l'identification. C'est la sous-phase du *modèle de travail*, dans laquelle le thérapeute est appelé à rassembler, sous la forme d'une représentation de la relation, ou *introject relationnel* ou *modèle de travail* (de notre point de vue, il s'agit de synonymes), de l'information à propos de son expérience affective immédiate de sa relation à son patient. Cette représentation est évolutive, unique et originale à chacune des relations thérapeutiques.

Ainsi, lorsque le thérapeute «écoute» son modèle de *travail-thérapeute*, il déplace son attention de son modèle de *travail-patient* pour mettre sa propre expérience de l'interaction au premier plan. Bien que le thérapeute continue à écouter et à recevoir des communications du patient, il consacre une attention première à la conscience la

plus complète possible de ses propres pensées, sentiments et impulsions tout en essayant simultanément de reconnaître ce qui se passe dans l'interaction qui pourrait donner lieu à cette expérience de lui-même. Pour Tansey & Burke, l'intégration de cette réplique interne dans le processus empathique est utile, car elle permet au thérapeute d'explorer tous les volets de l'introject relationnel, notamment sa contribution en tant que thérapeute. En choisissant de déplacer alternativement et dialectiquement son attention tantôt sur telle ou telle partie de l'expérience du patient (modèle de travail-patient) ou sur celle de sa propre expérience de la dynamique relationnelle (modèle de travail-thérapeute), le thérapeute se donne un espace pour approfondir sa compréhension de lui-même et du patient. Il se donne dès lors des conditions pour devenir plus actif dans un processus qu'il n'a jusqu'ici expérimenté que sur le mode de la réception passive.

En gros, dans cette sous-phase, le thérapeute peut commencer à jouer avec les perspectives en se donnant les moyens d'explorer les différentes composantes de l'introject interactionnel et se rendre compte de ce qui se présente au premier plan de sa perspective d'écoute. Il y a toujours selon les auteurs, un va-et-vient entre les deux perspectives lorsque ce processus se déroule bien. Bref ici on a affaire à la constitution d'une représentation composite : l'expérience du patient et celle du thérapeute, modalités de connaissances distinctes et complémentaires qui constituent l'introject relationnel.

Dans la sous-phase de *connexion empathique*, le thérapeute est appelé à explorer si, comment et pourquoi son propre état expérientiel et celui de son patient peuvent s'ajuster. Ici le thérapeute examine à travers l'introject relationnel et les différents modèles de travail qui le compose, dans quelle mesure sa propre expérience de l'interaction est effectivement déterminée de manière projective et de quel type d'ajustement identificatoire il a affaire : s'agit-il d'un ajustement concordant, complémentaire ou comportant une alternance entre les deux types d'expérience?

Rappelons que dans les ajustements concordants, les expériences personnelles immédiates des participants en relation sont significativement similaires et que pour Tansey & Burke, elles relèvent néanmoins de l'identification projective, pas nécessairement de l'empathie. Rappelons aussi que dans les ajustements complémentaires, le thérapeute est amené à s'identifier à une représentation d'objet intériorisée du patient (par opposition à une auto-représentation, comme dans l'ajustement concordant) aboutissant à des conséquences souvent apparemment négatives en première instance. L'ajustement interactionnel peut aussi être plus dynamique et impliquer certains éléments à la fois concordants et complémentaires.

Quoiqu'il en soit, Tansey & Burke invite à saisir ces deux types d'ajustement dans la connexion avec le patient, qu'ils soient prédominants ou en relations dialectiques, comme autant d'identifications d'essai, et en principe, comme toujours susceptibles d'être métabolisés en identification empathique. Le thérapeute peut ensuite déterminer s'il existe ou non un ajustement entre sa propre expérience et l'expérience du patient en écoutant à nouveau à partir des différentes perspectives de l'introject relationnel de manière à tester son hypothèse sur l'ajustement concordant ou complémentaire des états expérientiels en présence. Il sera en mesure dès lors de déterminer un sens plus profond à la tentative du patient de construire un ajustement concordant ou complémentaire particulier avec lui.

Pour Tansey & Burke, cet examen du sens de l'ajustement dans la tentative de connexion devrait aller dans deux directions : le sens du contenu inconscient communiqué au thérapeute à travers l'identification projective, mais aussi le sens du comment le patient se sent dans la communication de ce message spécifique au thérapeute. Autrement dit, questionner le quoi et le pourquoi de l'identification projective, mais aussi son comment. Un patient qui, consciemment ou inconsciemment, fait se sentir victimisé un thérapeute peut alors éprouver d'intenses craintes de représailles, toujours à un niveau conscient ou inconscient. Quoiqu'il en

soit, ces deux expériences, opposées en apparence, demandent en premier lieu qu'on leur oppose, sans préjuger de leur valeur thérapeutique, un questionnement exploratoire sur la nature de l'ajustement identificatoire.

3.3.2.3.3 Phase de communication

La phase de *communication* est la dernière des trois étapes de la séquence. Après s'être laissé prendre par le processus identificatoire (phase de Réception), en avoir analysé et mis en sens provisoirement les contenus (phase de processus interne), il est maintenant temps de parachever la conquête empathique en «rendant» au patient ce traitement provisoire pour continuer à deux le travail de métabolisation. Dans cette phase, le thérapeute tente au mieux de choisir les contributions verbales et non verbales qui lui semblent les plus pertinentes à communiquer pour favoriser les prises de conscience du patient. L'idée ici pour Tansey & Burke est la création d'une nouvelle expérience de communication qui vise à éclairer, suite aux deux étapes précédentes, les aspects significatifs du monde interne et interpersonnel de chacun en présence d'une identification destructrice. Parce que le thérapeute a besoin de peser les facteurs critiques du timing et de la technique, le degré d'explicitation peut ou non correspondre à la complexité et à la profondeur de sa compréhension de la relation (Tansey & Burke, 2009). Rendre ses hypothèses demande de s'ajuster à la capacité d'assimilation du patient et à saisir minimalement la structure psychologique propre du patient (Tansey & Burke, 2009). Cette phase comprend, elle aussi, trois sous-phases : la *communication non interprétative*, la *communication basée sur le transfert ou le contre-transfert*, et une dernière, plus intégrative, *basée sur le transfert et le contre-transfert*.

Dans la *communication non interprétative*, le thérapeute ne s'engage pas encore dans une communication verbale qui se centrerait explicitement sur l'herméneutique de l'identification, soit parce qu'il n'est pas encore parvenu à une compréhension empathique adéquate du phénomène identificatoire (le sens susceptible d'être révélé

est souvent opaque dans l'immédiat), ou au contraire, soit parce que le timing d'assimilation du patient ne serait pas adéquat malgré une compréhension sophistiquée. Tansey & Burke suggèrent au thérapeute, surtout dans ce dernier cas, de ne pas expliciter verbalement son herméneutique, mais plutôt de chercher à la laisser librement se transmettre non verbalement, via l'expression du visage, le ton de la voix ou encore par des actions signifiantes. Cette étape intermédiaire de communication vise à opérer plutôt une sorte de guidage préalable des interprétations verbales susceptible d'émerger. Tansey & Burke préviennent toutefois que l'optimum de la communication non interprétative ne devrait pas devenir une «mascarade d'acceptation», surtout lorsque le thérapeute ressent une forte pression pour décharger les impulsions induites par l'identification. Au contraire, le thérapeute peut être dans la position expérientielle de devoir tolérer, «tenir sa langue» jusqu'à ce qu'il soit en mesure d'acquérir la perspective nécessaire à partir de laquelle utiliser ce qu'il expérimente. Chercher à compenser défensivement à ce stade la douleur, colère, impuissance ou dépression ressentie par le faux self thérapeutique par excellence du «regard positif inconditionnel» serait selon eux dommageable pour le processus thérapeutique. Ce n'est, selon les auteurs, qu'avec un gros effort de neutralité, sinon «d'équanimité» qu'il maintiendra le cap vers l'empathie devant la pression interactionnelle (Tansey & Burke, 2009).

La sous-phase des *communications basées sur le transfert OU le contre-transfert* renvoie aux communications du thérapeute faisant explicitement référence à sa compréhension de sa propre expérience ou de celle du patient. Cette sous-phase est parallèle à la sous-phase du modèle de travail, et la formulation qui est rendue explicite au patient est fondée sur la connaissance émotionnelle dérivée de cette sous-phase antérieure. Elle peut se fonder sur le transfert ou le contre-transfert. Dans une communication basée sur le transfert, le thérapeute réfère explicitement à l'expérience du patient, en s'inspirant principalement des connaissances émotionnelles acquises à partir du modèle de travail d'interaction-patient. Dans une

communication basée sur le contre-transfert, le thérapeute réfère explicitement à la connaissance émotionnelle qu'il a dérivée du modèle de travail d'interaction-thérapeute. Il pourrait dire par exemple dans ce dernier type de communication : «J'ai l'impression d'être entraîné dans une lutte ici à un moment où la maladie de votre fils semble s'être dégradée de manière urgente. Pensez-vous qu'il y a quelque chose en lien avec cela?» (tiré de Tansey & Burke, 2009). Selon les auteurs, le thérapeute ici s'appuie sur ce qu'il suppose être une réponse induite par l'identification projective du patient et tente de saisir ce qui se passe avec son patient en comprenant d'abord ce qui se passe en lui-même, puis en construisant une interprétation basée sur cette compréhension.

Enfin, dans la *communication basée sur le transfert ET le contre-transfert*, le thérapeute s'engage à communiquer explicitement à son patient selon des perspectives d'écoute de l'ensemble de ses modèles de travail (modèle de travail-patient et modèle de travail-thérapeute). Il le fait à partir d'une compréhension plus intégrative de la connexion, en intégrant les deux types d'ajustements identificatoires, concordant et/ou complémentaire, et suite au passage dialectique de perspective d'écoute divergente de modèle de travail. Par exemple, dans sa perspective modèle de travail-patient, le thérapeute s'imagine ressentir la colère de son patient, ce qui lui permet de percevoir aussi que cette colère peut être plus confortable et moins menaçante qu'une autre émotion, plus primaire, la peur par exemple, repoussée au second plan de la conscience par la colère. La connaissance émotionnelle ainsi acquise permet au thérapeute de voir plus clairement le portrait de la situation, l'aspect complémentaire de la préoccupation du patient qui résonne en lui (se mettre en colère et s'irriter de manière défensive) et l'aspect concordant qui peut suivre, de sa peur (masquée par la colère). Ainsi, il peut retracer la séquence des expériences et les communiquer au patient pour en comprendre et construire le sens.

Bref, dans les sous-phases de communication de Tansey & Burke, le thérapeute tente d'éclairer l'expérience sous-jacente du patient ainsi que la manière dont il lutte pour faire face à cette expérience, à la fois d'un point de vue intrapsychique et interpersonnel. Le thérapeute utilise ses différents modèles de travail au lieu de se centrer exclusivement sur sa propre expérience immédiate de l'interaction en premier plan. Il place ainsi les conditions pour devenir plus conscient de la véritable préoccupation pour son patient concernant la maladie du fils, et réaliser que cette préoccupation a été partiellement reléguée à l'arrière-fond par des émotions défensives et de l'irritation suscité par l'attaque du patient. Le thérapeute utilise les deux sources de connaissances émotionnelles à sa disposition sur le patient — sa compréhension de sa propre expérience et sa compréhension de l'expérience du patient — dans un effort pour «rendre» cette compréhension au patient. En s'ajustant par la suite à la réponse du patient à son intervention, le thérapeute pourra dès lors évaluer l'exactitude de ses hypothèses interprétatives et les rajuster au besoin.

3.3.3 Synthèse des modèles tridimensionnel de Delisle et de traitement empathique de Tansey & Burke

Déjà en 1993, Delisle avait tenté d'opérer une synthèse d'éléments fondamentaux de son approche tridimensionnelle du processus thérapeutique et de celle du traitement empathique de la communication de T&B (Delisle, 1993). La présente section constitue donc un sommaire de cette synthèse, qui en même temps agira à titre de résumé des sections présentées jusqu'ici. Par souci de clarté pour le lecteur, le tableau récapitulatif de Delisle (1993) (FIGURE 3.1) opérant cette synthèse a été placé en fin de section. Ces éléments en main nous permettront ensuite de constituer notre propre concept de *rupture de reproduction* et de *voie longue de résolution de rupture d'alliance*.

On peut voir que dans les systèmes de Delisle et de Tansey & Burke, le processus identificatoire est un levier thérapeutique central du processus de métabolisation. Les deux approches diffèrent néanmoins, selon Delisle, dans la manière de traiter le couple Identification Projective-Introjective (IPII). Chez Tansey et Burke, le thérapeute assume beaucoup plus la charge du traitement réparateur et du décodage du jeu identificatoire alors que la relation tridimensionnelle PGRiste, plus près de la position métacommunicationnelle de Safran & Muran, en appelle à plus de conjonction et d'autodévoilement du thérapeute dans la cocréation du sens. Quoiqu'il en soit, il ressort des approches de traitement présentées jusqu'ici l'importance et la complexité des phénomènes identificatoires en phase de reproduction, où le thérapeute se trouve tenir, à partir de son intériorité viscérale, un rôle dans la mise en acte du drame intérieur de l'autre (Delisle, 1993). Cette phase de reproduction, répétons-le, est l'élément germinal, condition nécessaire de tout processus thérapeutique et permet l'avènement de la mise en sens et de la réparation ultérieure.

3.3.3.1 La mise en présence : prise de contact avec la sensation ou mode perceptif-affectif

D'abord, à l'instar de Tansey & Burke, Delisle affirme que le thérapeute devrait toujours se prédisposer à l'écoute avec l'intention d'accueillir et de se mettre en présence du « non encore dicible » ou du « non encore formé » de la relation via son hémisphère droit, de manière à créer un espace préconscient des permissions pour le patient, en le laissant produire sur lui une impression identificatoire. Comme chez Tansey & Burke, il le fait dans une attitude d'ouverture affective et concentrée « d'attente patiente » tout en restant attentif aux nuances de son expérience et aux signes corporels que ces impressions produisent en lui (rêveries, sensations émergentes, prosodie, expressions faciales, etc.) (Delisle, 1993, 2007; Jones, 2000).

Il importe grandement ici de souligner, à l'instar de Safran & Muran, que cette mise en présence corporelle sensitive-affective (ou perceptive-affective) au processus identificatoire de reproduction, pour être menée à bien dans sa conquête vers une identification empathique, doit être éclairée par un niveau minimal de conscience de soi (awareness). Ce type de balayage perceptif-attentionnel-affectif préliminaire, conscience de soi émotionnelle ouverte au contact devrait selon Delisle permettre au thérapeute de mettre en figure ce qui, dans son expérience immédiate, lui apparaît particulier à ce moment, et donc potentiellement induit par une identification projective du patient (Delisle, 1993). Le thérapeute se trouve à ce stade dans une sorte d'ascétisme herméneutique, sa position l'invitant plus à contempler qu'à faire intervenir ses facultés de jugement, qui sont utiles et nécessaires plus tard dans le traitement herméneutique. De cette position ascétique que nous appelons perceptive-affective, plus passive qu'active, il se retrouve dès lors dans une sorte d'espace de présence attentionnelle flottante, «entre le contenu et la forme, entre soi et autrui, entre ici/maintenant et ailleurs/pas maintenant» comme dirait Delisle (1998, p.155). De cet espace peut surgir une figure qui, au fur et à mesure de son émergence, pourra laisser transparaître sa complexité, dans ses contours et son réseau de relations avec le fond (Delisle, 1998). Comme l'affirme Delisle, c'est parce qu'il cherche à reconnaître en lui, le plus authentiquement possible, l'ensemble des parties de son *soi* et de son expérience immédiate, même les plus embarrassantes et honteuses, que le thérapeute PGRiste s'astreint à cette ascèse de mise en présence affective, cognitive et comportementale.

3.3.3.2 Sobriété polymorphe & ajustement au patient

Ajoutons que la reproduction, ici aussi à l'instar de l'esprit ascétique de T&B, ne peut s'installer que si le thérapeute reste au départ suffisamment sobre, polymorphe et intègre (ni trop dévoiler ni trop dissimuler l'expérience au regard de l'autre), pour

permettre au patient de reproduire avec lui les trajectoires et ruptures qui lui sont familières. Selon Delisle, cette polymorphie minimale, qui n'est pas neutralité, a pour visée de laisser le plus librement possible s'installer un certain type d'élaboration transférentielle, de manière à activer les enjeux développementaux. Si le thérapeute est trop distinctif ou «typé» comme le souligne Delisle, par exemple en étant soit trop bienveillant, affirmatif ou confrontant, le patient pourrait avoir du mal à se laisser aller à reproduire ses situations inachevées dont il a besoin qu'on remette en scène (Delisle, 2004). Delisle poursuit en disant qu'il faudrait éviter le plus possible que le patient, devant un thérapeute trop typé, ne soit lui-même amené à introjecter une identification projective venant du thérapeute. Il donne l'exemple d'un thérapeute trop maternant qui pourrait par identification projective, inconsciemment, amener son patient à se conduire de façon plus infantile et démunie qu'il le devrait (Delisle, 1993). Quoiqu'il en soit, en adoptant cette posture de polymorphie minimale, le thérapeute se donne les conditions d'une présence et d'une participation permettant un ajustement plus optimal à son patient, là où il est plus susceptible de se trouver dans son développement, où il se serait arrêté et fixé.

3.3.3.3 Capacité de rétroflexion

Cette mise en présence en sobriété polymorphe suppose une bonne capacité de rétroflexion de la part du thérapeute, particulièrement de ses élans correcteurs. Sa capacité à accepter diverses identifications d'essais est corrélée, comme on l'a vu chez T&B, à la tolérance perceptive affective des expériences difficiles, particulièrement aux distorsions à l'égard de sa perception de soi et à la pression affective qui les accompagne. Tolérer et autoréguler ces expériences affectives désagréables et résister à l'automatisme de s'en désenchevêtrer trop tôt risquent, comme nous l'avons déjà montré, de stopper le processus de réactivation et de dévoilement de la pleine mesure des blessures ou situations inachevées, laissant ainsi un voile sur la problématique du patient. Ce dernier se trouve privé d'une

connaissance et d'une reconnaissance approfondies, bien enraciné dans chacune des étapes du cycle d'expérience, réduisant ainsi la relation thérapeutique à une exploration plus superficielle en mode résolution de problèmes (Delisle, 1993), prolongeant, sans les voir, certains des mécanismes identificatoires (perceptifs-affectifs) répétitifs les plus fondamentaux.

3.3.3.4 Mode descriptif

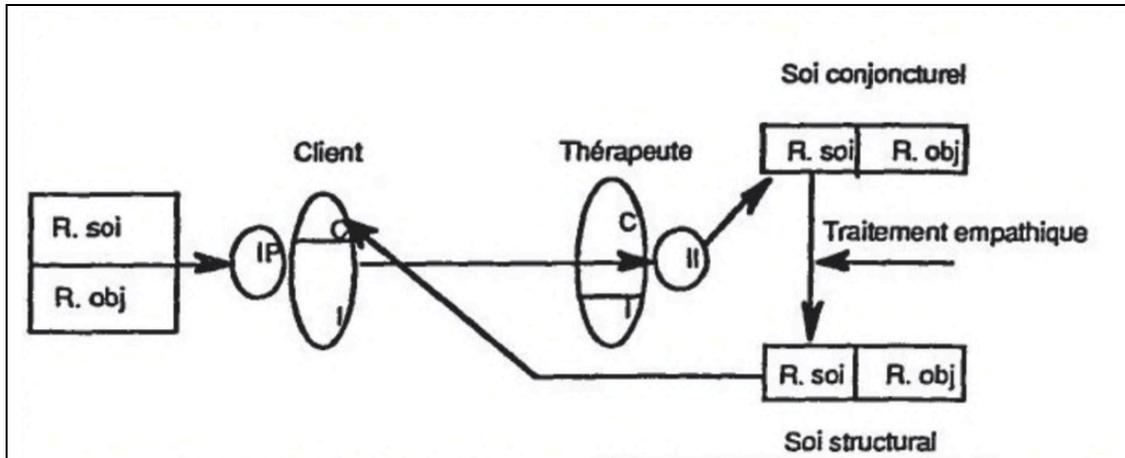
Cette mise en présence sobre, polymorphe et rétrofléchie devrait s'accompagner, selon Delisle, d'un mode de communication essentiellement descriptif (Delisle, 1993). Il ne s'agit pas ici de questionner ou de conjecturer, encore moins d'interpréter le sens des séquences affectives, cognitives ou comportementales observées, ce qui nous amènerait au mode herméneutique, mais de rester dans une description au plus près de ce qui est observé dans l'expérience du patient. Ce pourrait être par exemple, «*Je remarque que vous parlez de votre désir d'arrêter la thérapie au moment où vous faites état de plusieurs améliorations dans votre vie de couple. Observez-vous la même chose?*». À partir d'indices phénoménologiques observables, tels que ceux décrits ici, le thérapeute cherche simplement à mettre en figure une perception, un processus ou une séquence, et s'assure que cette perception est partagée. Pour qu'un tel processus descriptif conserve sa puissance et sa cohérence, le thérapeute doit bien sûr continuer à adopter une posture de présence sobre et polymorphe, surtout à ce stade, et rester ouvert à recevoir le retour affectif que son commentaire descriptif produit sur son patient. Il le fera notamment en lui accordant sa pleine considération avant tout type de conclusion ou conjecture quant à sa nature réelle ou transférentielle (Delisle, 1993).

3.3.3.5 Capacité à différencier et utiliser l'introject relationnel et l'introject structural

Delisle ajoute aussi une importante notion à celle d'introject relationnel de Tansey et Burke. Rappelons que pour ces derniers l'introject relationnel consiste pour le

thérapeute, en une mise en présence à son modèle représentationnel interne de la relation singulière avec tel ou tel patient particulier. Chez Delisle, le thérapeute peut enrichir sa compréhension de ce qui est en train de se dérouler avec ce patient en soumettant l'introject relationnel à la comparaison avec un autre type d'introject, celui constitué de ses représentations habituelles de lui-même en dehors de ce rapport particulier avec ce patient. Il nomme ce type de modèle représentationnel plus général, *introject structural* (Delisle, 1993). Delisle enrichit donc au perspectivisme de T&B, l'examen comparatif avec d'autres modèles représentationnels plus généraux de la vie du thérapeute, c'est-à-dire ceux qui le guident en tant personne en général, en dehors de sa relation avec ce patient. La FIGURE 3.1, tirée de Delisle (1993), montre schématiquement ce traitement de l'expérience interne du thérapeute :

Figure 3.1 Schéma du traitement de l'expérience interne du thérapeute



(figure tirée de Delisle, 1993)

C = Conscient

I = Inconscient

II = Identification introjective

IP = Identification projective

Reconnaissance = Traitement empathique

Réparation = Réponse du soi structural ou singulier

R. obj = Représentation d'objet

R. Soi = Représentation de soi

Reproduction = Je suis quelqu'un d'inhabituel (patient ou objet du patient) (en qualité ou en intensité)

Soi conjoncturel = Le thérapeute en relation avec ce patient

Soi structural = Le thérapeute comme personne en général

Traitement empathique = Qui suis-je maintenant ? Est-ce habituel ? Si inhabituel alors suis-je mon patient ou un de ses objets ? Sinon suis-je assez ouvert (empathique) ou assez conscient

Cette figure montre d'abord un thérapeute disponible recevant, dans les meilleures dispositions conscientes possibles, les identifications projectives immédiates émises en mode inconscient par son patient (mise en présence polymorphe & rétroflexive, compétence cruciale on l'a vu lors de la reproduction). La réception de l'identification projective trouve donc un écho introjectif dans l'univers

représentationnel du thérapeute. Autrement dit, l'identification d'essai doit «prendre». Ici, rien de bien différent d'avec T&B.

Par contre, le traitement empathique de Delisle ajoute, dans un deuxième temps, une fois bien mis en présence d'une identification introjective, le travail de comparaison et de confrontation systématique et continue de l'introject relationnel (sa représentation de soi conjoncturelle, c'est-à-dire l'ici-maintenant représentationnel de sa relation avec ce patient particulier) avec son introject structural (sa représentation habituelle de soi) (Delisle, 1993). Dans ce travail de comparaison et de confrontation interne, il peut constater deux choses : 1) il ressemble ou est conforme à la représentation habituelle qu'il a de lui-même (il est consonant à son introject structural) ou 2) il ne ressemble pas ou peu à la représentation habituelle qu'il a de lui-même (il est dissonant à son introject structural). Dans le cas 1), Delisle l'inviterait à se demander s'il ne serait pas lui-même en mode d'identification projective alors que son patient serait en mode introjectif concordant ou complémentaire, ce qui serait plutôt problématique pour le processus thérapeutique. Laissons ici cette situation complexe, non moins intéressante, pour un travail ultérieur. Pour le bien de notre examen actuel, concentrons-nous sur le cas 2), où Delisle pourrait inviter le thérapeute à se demander s'il pense être la cible d'une identification projective. Reprenant T&B, il pourrait alors se demander s'il ressemble à la représentation de soi de son patient (mode concordant) ou s'il ressemble plutôt à une de ses représentations d'objet (mode complémentaire). À noter que cette dernière peut très bien être de nature bienveillante ou non (bon objet ou mauvais objet) (Delisle, 1993). Le TABLEAU 3.1 présente un exemple de ce que nous venons d'exposer, et souhaitons-le, aide à mieux saisir ce que nous tentons de montrer :

Tableau 3.1 Épisode thérapeutique traité selon les modèles de Delisle (RTG) et de Tansey & Burke (ETB)

Dimension/phase	Processus interne du thérapeute
<p>Phase de Reproduction/mode transférentiel (RTG)</p> <p>Balayage empathique et identification d'essai (ETB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Qui suis-je à ce moment-ci?</u> <ul style="list-style-type: none"> • <i>En ce moment et avec cette cliente je ressemble à une mère inquiète de la décision que va prendre sa fille quant à savoir si elle va partir de la maison.</i>
<p>Traitement empathique de l'identification (ETB) introjective éventuelle par sa mise en rapport avec l'introject relationnel et avec l'introject structural du thérapeute (RTG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Cela est-il habituel pour moi ?</u> (En cela, est-ce que je ressemble à la représentation habituelle de moi?) Test de l'introject structural. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Si oui</i>, il se peut que je sois en mode d'identification projective et que ma cliente soit en mode introjectif complémentaire. • <i>Sinon</i>, je suis vraisemblablement l'objet d'une identification projective. • Alors la question : <ul style="list-style-type: none"> • <u>Suis-je ma cliente (représentation de soi) ou suis-je l'un de ses objets internes (représentation d'objet)?</u> • <i>Compte tenu de l'introject relationnel, je crois que je représente un objet de ma cliente.</i>
<p>Phase de reconnaissance (RTG), mode herméneutique.</p> <p>Co-construction du sens de l'événement relationnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En PGRO, le questionnement est abordé conjointement. • Par exemple, je demande à ma cliente : <ul style="list-style-type: none"> • « <u>Ce que vous vivez à ce moment-ci ressemble à quoi pour vous ? Et moi, quel rôle pensez-vous que je tiens ?</u> » • « <u>Que pensez-vous que j'éprouve à ce moment-ci?</u> » • « <u>Que croyez-vous que je pense de ce que vous me dites?</u> »
<p>Phase de réparation (RTG), mode réel.</p> <p>Identification introjective par le client (ETB)</p>	<p>Le thérapeute pourrait choisir de communiquer à la cliente l'observation qu'il fait de son expérience en mode réel.</p>

(Tableau tiré de Delisle (1993))

Ajoutons que pour Delisle, ce modèle peut très bien se raffiner avec l'expérience et le développement professionnel et personnel du thérapeute. Plus il évoluera dans sa conscience de soi et sa connaissance de lui-même, plus il en arrivera à se reconnaître dans l'ensemble des polarités et modes expérientiels mises en scène dans sa relation avec ses patients. Dans ce cas, Delisle invite le thérapeute à préciser d'autant plus son questionnement en se demandant par exemple quelles ressources thérapeutiques précises suis-je en train de mobiliser, ou encore quel(s) partie(s) de mon soi thérapeutique suis-je en train de devenir en ce moment, le thérapeute bienveillant et chaleureux, «le pédagogue rigoureux, le thérapeute confrontant, le confident compréhensif? etc.» (Delisle, 1993, p.16). Il s'ensuit qu'en fonction des réponses fournies par cet examen et traitement interne préliminaire, il découlerait un traitement herméneutique particulier.

En somme, dans le processus complexe d'alternance attentionnelle que l'on vient de décrire, une des compétences majeures du thérapeute PGRiste, est avant tout la capacité de porter l'intolérable et l'indicible communiqué implicitement et inconsciemment dans le processus identificatoire avec le patient. Pour nous aider dans ce processus, nous avons mobilisé T&B et leur approche du traitement empathique de la communication et celle de Delisle, et son approche tridimensionnelle. On a vu ici qu'à l'importante notion d'identification introjective, dans ses polarités dynamiques concordante et complémentaire de T&B, puis à leur perspectivisme des représentations dans le traitement empathique pré-herméneutique, Delisle ajoute la perspective structurale des représentations habituelles du thérapeute, ajoutant selon ses mots, une «précaution structurale plus explicite contre le dérapage contre-transférentiel» (Delisle, 1993, p.15). Le jeu comparatif entre l'expérience relationnelle immédiate, les introjects conjoncturels et structuraux, permet d'enrichir la compréhension du processus intrapsychique des participants à la relation thérapeutique.

**TROISIÈME PARTIE : MÉTASYNTHÈSE DU
TRAITEMENT D'UNE RUPTURE DE
REPRODUCTION OU LA VOIE LONGUE DE
RÉSOLUTION DE RUPTURE D'ALLIANCE**

CHAPITRE 4

VOIE LONGUE DE RÉOLUTION DE RUPTURES DE REPRODUCTION

4.1 Présentation du chapitre : rappel des objectifs et des éléments de méthode de travail

Rappelons d'emblée que ce dernier chapitre a pour grand objectif d'offrir, après les synthèses opérées dans les deux chapitres précédents, le coeur du travail métasynthétique, soit une reconceptualisation de la notion de rupture d'alliance dans le contexte d'une reproduction. Nous nous étions donné en début de parcours, la tâche d'aboutir à une caractérisation du concept de *rupture de reproduction*, de manière à pouvoir aider le clinicien à manœuvrer au mieux dans le processus de résolution de rupture à l'aide d'un deuxième concept, celui de *voie longue de résolution de rupture*. C'est donc ce que nous tâchons de faire ici.

Notre chapitre se divise en deux sections, ou phases, celle d'abord de classification récapitulative et celle, ensuite, de mise en relation et recadrage conceptuel. La phase de classification récapitulative, rappelons-le, a une fonction synthétique d'organisation de la réflexion. Elle expose schématiquement les concepts centraux pertinents à travers la présentation de tableaux exposant les notions en condensé, offrant ainsi au lecteur une matière claire et succincte des constats effectués dans la seconde partie. Il s'agit ici de présenter des tableaux récapitulatifs exposant les notions clés en condensé. Certains tableaux récapitulatifs reprennent tout simplement certains tableaux déjà construits dans les sections pertinentes, eux-mêmes récapitulatifs.

La phase de mise en relation et recadrage conceptuel a une fonction plus créative. Elle opère la juxtaposition des modèles, concepts et marqueurs cliniques ressortis en première phase, pour laisser apercevoir une tentative de caractérisation de nos notions de *rupture de reproduction* et de *voie longue de résolution de rupture*. À proprement

parler, nous proposons une définition du concept de *rupture de reproduction* tout en tentant de la situer dans le processus de la *voie longue de résolution de rupture*. Il s'agit ici de proposer au lecteur, comme nous l'avons formulé en début de travail, notre greffe du mode transférentiel propre à la *rupture de reproduction*, au mode métacommunicationnel dans le modèle processuel de Safran & Muran. Voyons plus précisément ces phases de plus près, voici nos propositions.

4.2 Classification récapitulative

4.2.1 Classification récapitulative des modèles processuels de l'AFT

Tableau 4.1 Récapitulatif des concepts d'alliance et de rupture d'alliance

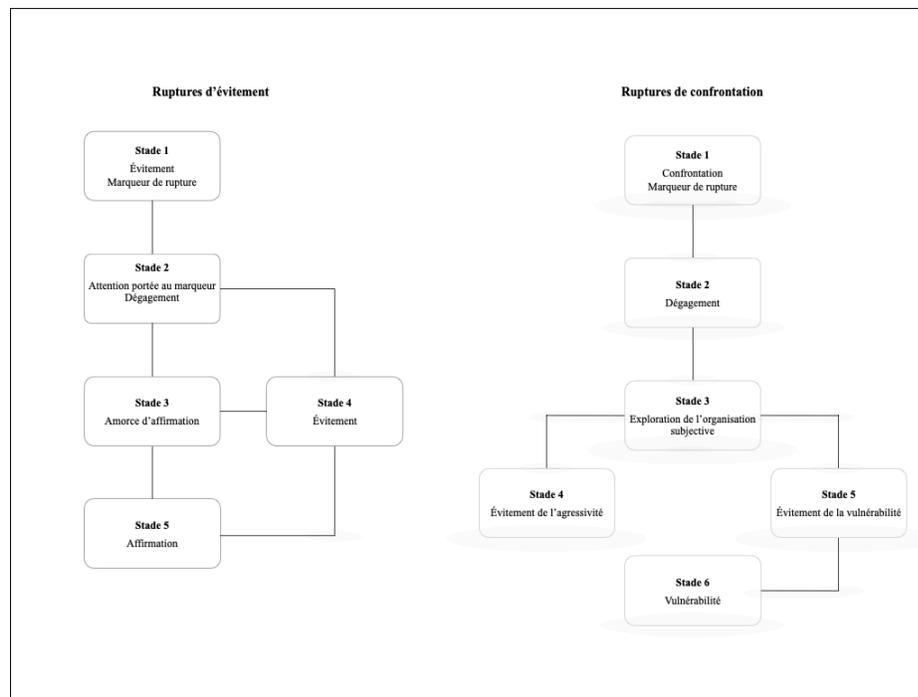
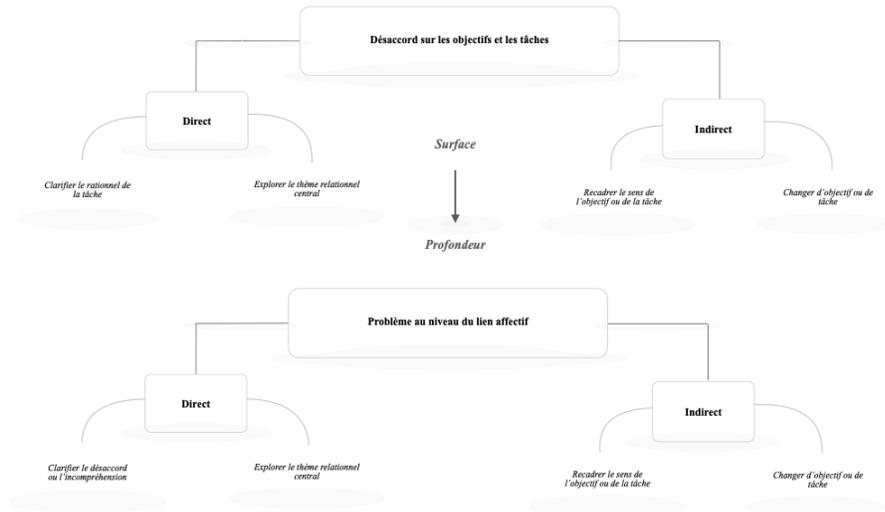
ALLIANCE	RUPTURES D'ALLIANCE
Collaboration contractuelle, engagement, investissement dans le processus thérapeutique	Manque de collaboration, désengagement ou désinvestissement du processus thérapeutique
<p>Objectifs ajustés</p> <ul style="list-style-type: none"> • direction commune • attentes explicitées • flexibles à l'évolution du processus thérapeutique <ul style="list-style-type: none"> ○ réajustement constant des objectifs selon l'évolution du processus thérapeutique 	<p>Objectifs mésajustés</p> <ul style="list-style-type: none"> • pas ou peu de direction commune • pas ou peu d'attentes explicitées • pas ou peu flexibles à l'évolution du processus thérapeutique <ul style="list-style-type: none"> ○ pas ou peu de réajustement des objectifs selon l'évolution du processus thérapeutique

<p>Tâches/techniques ajustées</p> <ul style="list-style-type: none"> • aux besoins du patient • aux aspirations du patient • aux capacités du patient • à la problématique du patient 	<p>Tâches/techniques mésajustés</p> <ul style="list-style-type: none"> • aux besoins du patient • aux aspirations du patient • aux capacités du patient • à la problématique du patient
<p>Liens affectifs ajustés</p> <ul style="list-style-type: none"> • confiance élevée • sécurité élevée • reconnaissance élevée <ul style="list-style-type: none"> ○ accomodements ○ impression de compréhension ○ impression de respect 	<p>Liens affectifs mésajustés</p> <ul style="list-style-type: none"> • confiance faible • insécurité • reconnaissance faible <ul style="list-style-type: none"> ○ jeux de pouvoirs ○ impression d'incompréhension ○ impression d'irrespect

Tableau 4.2 Récapitulatif des marqueurs de ruptures

MARQUEURS D'ÉVITEMENT		MARQUEURS DE CONFRONTATION	
		Se plaindre, de manière plus ou moins hostile et explicite...	
Déni	Nier un état, une émotion ou un sentiment pourtant manifeste	... du thérapeute en tant que personne	Attaquer le thérapeute ou son style interpersonnel, soit trop réservé et passif, soit trop expressif et actif
Réponse minimale	Se taire ou répondre trop brièvement pour éviter l'exploration	... de la compétence du thérapeute	Rejeter ou remettre en question la vision, les habiletés ou le travail du thérapeute
Communication abstraite	Utilisation d'un langage vague ou abstrait pour rester à distance des affects, préoccupations ou problèmes	... de la pertinence des interventions du thérapeute	Manifester de l'irritation/doute à propos de l'efficacité des tâches spécifiques proposées
Clivage contenu/affect	Affect non concordant avec le discours	... des paramètres de la thérapie	Se plaindre du calendrier, de l'endroit, de la fréquence ou de l'heure des rendez-vous...
Histoires anecdotiques / changement de sujets	Raconter des histoires, anecdotes ou changer de sujet pour éviter un enjeu important	... de la progression de la thérapie	Exprimer des doutes quant aux gains ou bénéfices ayant été réalisés jusqu'ici...
Pseudoalliance/conformisme	Connivence trompeuse ou complaisance visant l'apaisement pour éviter un enjeu potentiellement conflictuel	... pour se défendre contre une critique perçue du thérapeute	Devenir défensif sans raison apparente ou évidente
Fatalisme/catastro phisme	Abîme affectif autocritique, exagérément désespéré et autodénigrant pour s'exclure de tout engagement	... pour contrôler ou faire pression sur le thérapeute	Pousser ou provoquer en indiquant quoi faire ou ne pas faire pour régler rapidement les problèmes

Figure 4.1 Récapitulatif des modèles de résolution de ruptures



4.2.2 Classification récapitulative des modèles en PGRO

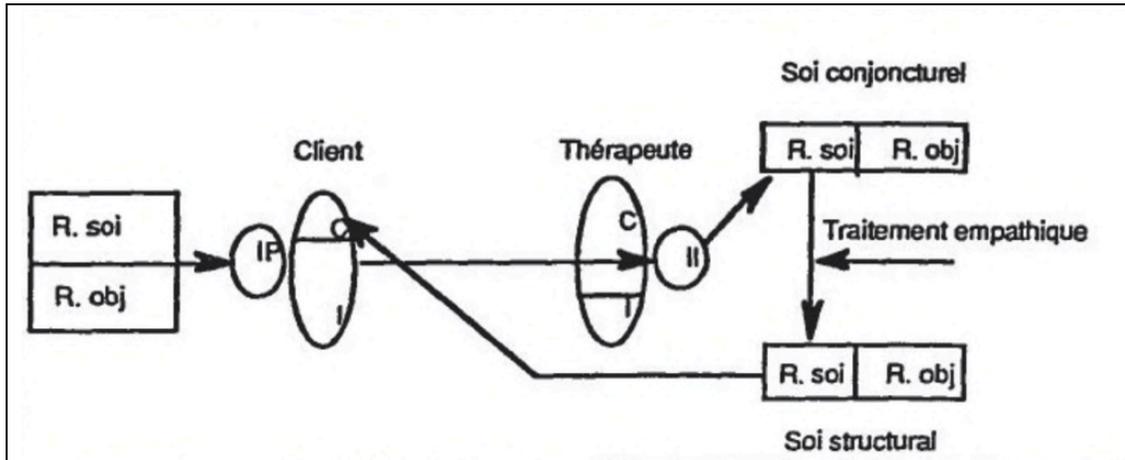
Tableau 4.3 Récapitulatif de la reproduction et mode transférentiel

Reproduction	Les structures intrapsychiques clivées du Soi issues du passé développemental (microchamps introjectés, situations inachevées) font pression et réclament inconsciemment, dans les expériences de l'ici-maintenant, un achèvement pathogène, ce qui tend à répéter les situations inachevées sans jamais les résoudre	
Mode transférentiel Caractéristiques saillantes dans la relation :	Projection	Expériences vécues en tant que le monde interne se <i>projette</i> ou se <i>transfère sur</i> le monde externe et se <i>confondent</i> à l'interface du microchamp introjecté et de la réalité
	Clivage	Gestion de l'indispensable et de l'intolérable s'opérant par clivage de l'affect et des contenus représentationnels
	Opacité, inconscience, dissociation	Les MI restent hors conscience, le patient n'a qu'un accès tronqué à la signification / représentation / symbolisation de son expérience, y compris à celle d'autrui
	Rigidité/fermeture/ajustement conservateur	Utilisation conservatrice, figée, automatique des émergences à partir des expériences passées et non ajustées au donné du champ dans l'ici-maintenant. Mode d'interaction inflexible et représentations rigides du champ
	Dysrégulation affective	Déficit de mentalisation, submergence par l'expérience affective, utilisation de défenses primitives de décharge ou de dissociation
	Distorsion	Les MI contaminent ou poussent constamment sur les émergences, ce qui entraîne des déformations sur le processus de mise en sens de l'expérience immédiate
	Répétition	Le patient reste, malgré son espoir, dans l'incapacité de voir autre chose, de voir autrement. Il en résulte qu'il (re)construit et (re)organise activement le champ de telle sorte que ses impasses de contacts habituelles se ré-actualisent constamment.
	L'ensemble de ces caractéristiques débouchent sur un mécanisme centrale d'interaction, l' identification projective concordante/complémentaire	

Tableau 4.4 Récapitulatif de la séquence de traitement identificatoire dans la relation thérapeutique

Réception	Disposition d'ouverture mentale	attention flottante/indifférence créatrice ; s'ouvrir à l'ici-maintenant; permettre l'émergence de toutes pensées / émotions / rêveries / associations; se préparer à être influencé par le patient
	Pression interactionnelle	soutenir la pression affective verbale et surtout non verbale ; percevoir les signaux psychosomatiques ; rester réceptif à cette pression et la tolérer
	Affect « identification-signal »	rester disponible et réceptif à la modification de son expérience de soi, se laisser immerger par la réponse émotionnelle que cette modification suscite, la tolérer et la traiter comme un effet de signal
Processus interne	Contenance-séparation	Contenir / supporter, voir exaspérer / amplifier la charge de l'identification ; suspendre ses jugements autocritiques ; observation et conscience de soi ; régulation du vécu inconfortable; s'interroger sur son expérience d'identification et ses sources sous-jacentes
	Émergence de modèles de travail	Écouter les divers modèles de travail (perspectives représentationnelles du patient et du thérapeute)
	Connexion empathique	Identifier la part d'identification concordante et complémentaire, comprendre le jeu de leur prédominance / alternance et leur sens plus profond dans le cadre de la relation actuelle
Communication	Non-interprétative	Effort de neutralité et d'équanimité ; ne pas s'engager dans une communication verbale trop chargée d'interprétation(s), plutôt laisser l'herméneutique se transmettre non verbalement (guidage)
	Basée sur le transfert OU le contre-transfert	Communiquer explicitement à partir de ma conception du modèle de travail patient OU de celle dérivée du modèle de travail thérapeute
	Basée sur le transfert ET le contre-transfert	Communiquer explicitement à partir de ma conception de l'ensemble des modèles de travail (dialectique des perspectives concordantes / complémentaires et des modèles patient-thérapeute)

Figure 4.2 Schéma du traitement de l'expérience interne du thérapeute



(figure tirée de Delisle, 1993)

C = Conscient

I = Inconscient

II = Identification introjective

IP = Identification projective

Reconnaissance = Traitement empathique

Réparation = Réponse du soi structural ou singulier

R. obj = Représentation d'objet

R. Soi = Représentation de soi

Reproduction = Je suis quelqu'un d'inhabituel (patient ou objet du patient) (en qualité ou en intensité)

Soi conjoncturel = Le thérapeute en relation avec ce patient

Soi structural = Le thérapeute comme personne en général

Traitement empathique = Qui suis-je maintenant ? Est-ce habituel ? Si inhabituel alors suis-je mon patient ou un de ses objets ? Sinon suis-je assez ouvert (empathique) ou assez conscient

Tableau 4.5 Questionnement thérapeutique dans le traitement identificatoire en PGRO

Dimension/phase	Processus interne du thérapeute	Attitude du thérapeute
<p>Reproduction/mode transférentiel</p> <p>Balayage empathique et identifications d'essai</p>	<p><u>Qui suis-je à ce moment-ci?</u></p> <p><i>En ce moment et avec cette cliente je ressemble à une mère inquiète de la décision que va prendre sa fille quant à savoir si elle va partir de la maison.</i></p>	
<p>Traitement empathique de l'identification introjective éventuelle par sa mise en rapport avec l'introject relationnel et avec l'introject structural du thérapeute</p>	<p><u>Cela est-il habituel pour moi ?</u> (Test de l'introject structural : en cela, est-ce que je ressemble à la représentation habituelle de moi?)</p> <p><i>Si oui, il se peut que je sois en mode d'identification projective et que ma cliente soit en mode introjectif complémentaire.</i></p> <p><i>Sinon, je suis vraisemblablement l'objet d'une identification projective.</i></p> <p>Alors on peut enchaîner avec la question :</p> <p><u>Suis-je ma cliente (représentation de soi) ou suis-je l'un de ses objets internes (représentation d'objet)?</u></p> <p><i>Compte tenu de l'introject relationnel, je crois que je représente un objet de ma cliente.</i></p>	<p>Ascétisme : ouverture et amplification somato-perceptive-affective; accueil, acceptation et attente patiente (indifférence créatrice); awareness, sobriété polymorphe; tolérance, réflexion et exaspération des inconforts liés à la représentation distordue de soi; reflets descriptifs</p>
<p>Phase de reconnaissance, mode herméneutique, (continuation du traitement empathique)</p> <p>Co-construction du sens de l'événement relationnel</p>	<p>En PGRO, le questionnement est abordé conjointement.</p> <p><u>« Ce que vous vivez à ce moment-ci ressemble à quoi pour vous ? Et moi, quel rôle pensez-vous que je tiens ? »</u></p> <p>Ou</p> <p><u>« Que pensez-vous que j'éprouve à ce moment-ci? »</u> Ou <u>« Que croyez-vous que je pense de ce que vous me dites? »</u></p>	<p>Questionnements ouverts, partage et travail des hypothèses de sens, injecter du sens inédit à propos du vécu dans le champ du patient; méta-commentaire sur l'expérience immédiate, travail d'affinités thématiques</p>
<p>Phase de réparation, mode réel</p> <p>Identification introjective</p>	<p>Le thérapeute pourrait choisir de communiquer à la cliente l'observation qu'il fait de son expérience en mode réel.</p>	<p>Authenticité, intégrité dans le lien; autodévoilement approprié; communication de son expérience subjective</p>

(Tableau tiré et inspiré de Delisle, 1993)

4.3 Mise en relation et recadrage conceptuels

Rappelons que nous avons exposé la difficulté de décider entre une *voie courte* ou une *voie longue* de résolution, et que nous avons envisagé qu'une caractérisation claire du concept de *rupture de reproduction* permettrait sans doute de faciliter le choix du thérapeute devant son dilemme quant au processus de résolution à suivre.

4.3.1 Rupture de reproduction

Pour nous aider dans la construction de notre définition, nous reprenons tout simplement et librement, en les juxtaposant, certains éléments des tableaux récapitulatifs définitionnels des concepts de ruptures d'alliance (revoir TABLEAU 4.1) et de reproduction (revoir TABLEAU 4.3). Cette juxtaposition nous permet de laisser émerger des synthèses au TABLEAU 4.6, que nous commentons ensuite. Observons le TABLEAU 4.6 rapprochant les concepts de ruptures d'alliance et de reproduction, puis contemplons les émergences qu'il suscite :

Tableau 4.6 Mise en relation des concepts de rupture d'alliance et de reproduction

RUPTURES D'ALLIANCE		REPRODUCTION	
Manque de collaboration, désengagement ou désinvestissement du processus thérapeutique.		Les MI du passé développemental font pression sur les expériences dans l'ici-maintenant dans une modalité conservatrice transférentielle	
<p>Objectifs mésajustés (pas ou peu de direction commune, d'attentes explicitées et peu flexibles à l'évolution du processus thérapeutique) ;</p> <p>Tâches/techniques mésajustés (aux besoin, aspirations, capacités et à la problématique du patient) ;</p> <p>Liens affectifs mésajustés (confiance faible, insécurité, reconnaissance faible)</p>			
MARQUEURS D'ÉVITEMENT	MARQUEURS DE CONFRONTATION <i>Se plaindre, de manière plus ou moins hostile, explicite</i>	MARQUEURS EXTERNES <i>Observation de pensées, comportements et d'interactions...</i>	MARQUEURS INTERNES <i>Émergences de...</i>
Déni	... du thérapeute en tant que personne	...clivés	...pression somato-affective significative dans le vécu viscéral
Réponse minimale	... de la compétence du thérapeute	...opaques, dissociés	...représentations fortes, dérangeantes et/ou inhabituelles du client ou du thérapeute
Du Communication abstraite	... de la pertinence des interventions du thérapeute	...projecteurs	
Clivage contenu/affect	... des paramètres de la thérapie	...rigides	
Histoires anecdotiques / changement de sujets	... de la progression de la thérapie	...dysrégulés	
Pseudoalliance/conformisme	... pour se défendre contre une critique perçue du thérapeute	...distordus	
Fatalisme/catastrophisme	... pour contrôler ou faire pression sur le thérapeute	... répétitifs	

Dès l'abord, lorsqu'on observe la partie supérieure du TABLEAU 4.6, on voit apparaître, dans le rapprochement des définitions des concepts de rupture d'alliance et de reproduction, une ébauche de définition de notre concept de rupture de reproduction. On a d'une part, une perte de collaboration ou un désengagement plus ou moins explicitement hostile du processus thérapeutique et d'autre part une modalité relationnelle transférentielle. La spécificité d'une rupture de reproduction serait dès lors de s'opérer dans le contexte d'une pression relationnelle pathogène particulière, soit le retour des MI issus du passé développemental sur les expériences relationnelles actuelles. Autrement dit, en situation de rupture de reproduction, les émergences relationnelles, constamment contaminées par les MI du passé développemental, se désajustent du champ actuel engendrant des pertes de collaboration, d'engagement ou d'investissement dans la thérapie ici maintenant.

Ce mésajustement issu du retour des MI du passé développemental a des caractéristiques distinctives. La partie inférieure du TABLEAU 4.6 présente les marqueurs de ruptures d'alliance et de reproduction, montrant quelques recoupements/distinctions possibles de caractéristiques pour chacun des concepts, qu'il s'agisse des modalités évitante ou confrontationnelle.

D'emblée il nous apparaît que le caractère projectif de la reproduction, soit la tendance à projeter ou transférer au dehors ce qui appartient au dedans, nous semble être une caractéristique partagée par le concept de rupture d'alliance. Elle apparaît à première vue plus explicite dans la rupture de confrontation que dans celle d'évitement, mais pourrait prendre dans ce dernier mode de communication, une forme passive-agressive, par exemple dans la réponse minimale ou dans le déni. Les caractères clivé et opaque sont aussi déjà en soi des marqueurs de rupture, Safran & Muran catégorisant d'ailleurs le clivage contenu/affect comme un marqueur de rupture d'évitement. La tentative de garder l'indispensable sans connaître l'intolérable, les difficultés de symbolisation et de création de sens nous apparaissent

plus ou moins présents, implicitement tout au moins, dans la plupart des marqueurs de ruptures.

La notion de rupture de reproduction trouve peut-être plus d'évidence dans l'intégration des caractères dysrégulé, rigide, distordu et répétitif des affects et des défenses au sein de la relation. Bien qu'il nous semble ici encore que ces caractéristiques de la reproduction puissent apparaître dans l'ensemble des marqueurs théorisés par Safran & Muran, elles seront à notre avis accentuées en phase de reproduction. Elles le seront par une utilisation particulièrement extensive, figée et inflexible des émergences, l'apparition de représentations rigides du champ provoquant des déformations importantes sur le processus de mise en sens de l'expérience immédiate. Des déficits de mentalisation et des difficultés à réguler des affects souvent intenses et submergeants, peuvent aussi être présents et laisser surgir des défenses primitives de décharges, de dissociation ou d'identifications pathogènes.

C'est le caractère massif de la projection, du clivage, de l'opacité du sens, de la dysrégulation, de la rigidité et de la distorsion qui marquera la rupture de reproduction. C'est aussi le fait qu'ils apparaissent plus ou moins ensemble, sans nécessairement être tous présents. Ce caractère massif, nous l'avons exposé au troisième chapitre, a pour conséquence d'empêcher toute mise en sens de l'expérience vécue, ce qui fait en sorte que le patient reste, malgré son espoir, dans l'incapacité de voir autre chose, de voir autrement. Il en résulte qu'il reconstruit et réorganise activement le champ de telle sorte que ses impasses de contacts habituelles se réactualisent de manière répétée, ce qui produit concomitamment l'intensification des identifications pathologiques.

Cette dernière caractéristique particulière du mode transférentiel est un marqueur interne de relation, manifeste par l'émergence d'une pression somato-affective significative dans le vécu-viscéral et dans le monde représentationnel du thérapeute.

En tant que marqueur interne elle est une voie d'accès expérientielle privilégiée par laquelle le thérapeute peut arriver à déchiffrer la voie relationnelle. Elle est à ce titre un complément perceptif-affectif particulièrement profitable à la voie perceptive-attentionnelle de plus haut niveau pour observer et évaluer le volet externe relationnel de la rupture. Du point de vue du thérapeute, on pourrait dès lors affirmer que la rupture d'alliance devient rupture de reproduction lorsqu'elle s'accompagne d'un vécu viscéral ou de représentations identificatoires particulièrement persistantes, dérangeantes, intenses ou inhabituelles en lui.

On pourrait donc dire que la présence d'un vécu identificatoire fort accompagné d'une faible collaboration dans le processus thérapeutique est un bon indicateur de rupture de reproduction. Cette dernière pourrait être définie dès lors comme *manque de collaboration ou désengagement/désinvestissement du processus thérapeutique en présence d'une forte pression identificatoire*, l'intensité de la pression étant un indicateur de la sévérité de la pathologie en jeu. Cette pression identificatoire s'accompagne d'un ou plusieurs marqueurs externes de reproduction (projection, clivage ou opacité massive, rigidité, dysrégulation, distorsion et répétition), et d'indices de mésajustement relationnel, dans la direction, les attentes et les tâches, ou d'une baisse de confiance, de sécurité et de reconnaissance dans le lien affectif. Notons qu'elle touche, à l'instar de la définition de Bordin, l'une ou l'autre de ces dimensions ou toutes à la fois selon l'intensité de la rupture de reproduction. Maintenant les critères nous permettant de détecter des ruptures de reproduction énoncé, voyons ce qu'on peut en faire en intégrant cette définition dans le processus de la voie longue.

4.3.2 Voie longue de résolution de rupture d'alliance

À la lumière de ce que nous venons de préciser à propos de la rupture de reproduction, comment penser le processus de résolution de rupture de reproduction? Opérons un rapprochement schématique dans un premier temps à l'aide des FIGURES 4.3 et 4.4 pour donner au lecteur un coup d'œil sommaire des concepts pertinents :

Figure 4.3 Rapprochement des modèles processuels de rupture d'évitement et de séquence de traitement identificatoire

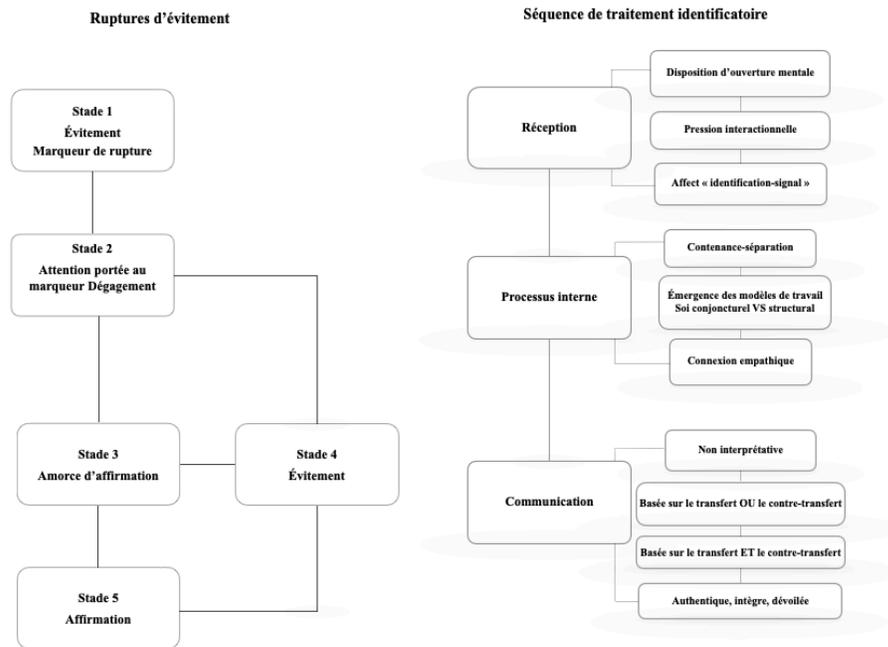
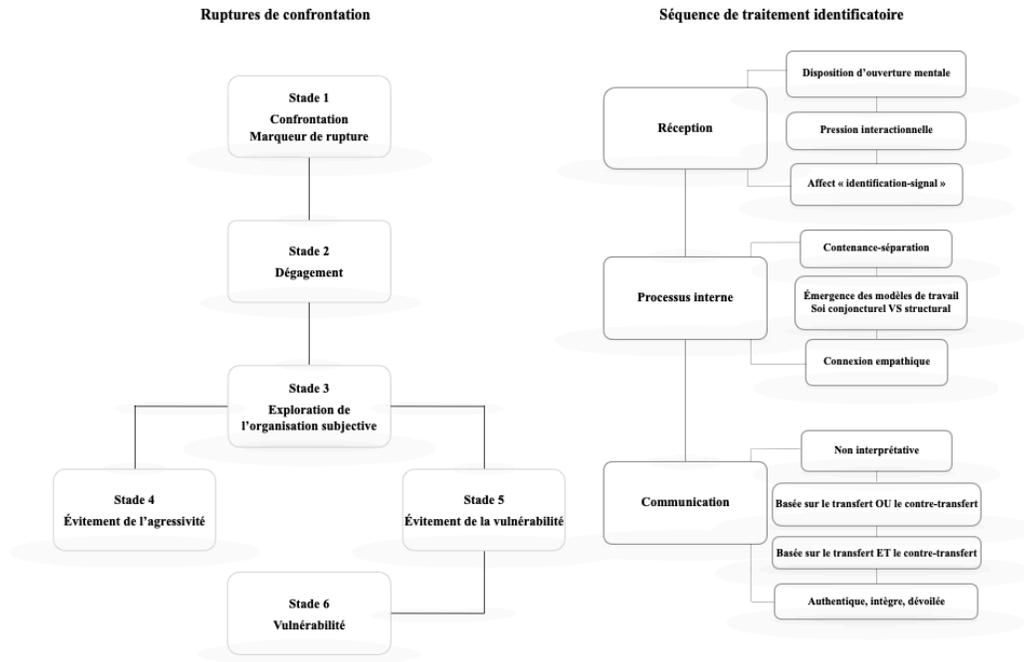


Figure 4.4 Rapprochement des modèles processuels de rupture de confrontation et de séquence de traitement identificatoire



4.3.2.1 Traitement à prédominance interne et à prédominance relationnel

Un premier constat en observant ce rapprochement schématisé concerne la prédominance du locus de traitement de la rupture, soit un locus de traitement à prédominance interne, et un autre, à prédominance relationnelle². Ajoutons que le traitement à prédominance interne s'opère pour une large part aussi entre les séances,

² Précisons d'emblée que nos expressions «traitement à prédominance interne» et «à prédominance relationnelle» renvoient à l'idée qu'il n'existe pas réellement d'entité pure comme un locus de traitement interne tout à fait exempt d'influences relationnelles et vice-versa. Pour rester cohérents avec la théorie du champ de la PGRO, nous disons donc qu'un traitement est à prédominance interne pour désigner le fait qu'un thérapeute travaillera surtout, de manière prédominante, sur sa propre expérience sans nécessairement en communiquer le contenu ou le processus à son patient.

en dehors du travail direct de la relation avec le patient. Il s'agit peut-être même du travail le plus important. Quoiqu'il en soit, le travail thérapeutique étant un travail relationnel, il n'existe pour ainsi dire aucune situation où le thérapeute ne ferait qu'opérer un travail interne sans considération pour la relation dans l'ici maintenant. Nous le verrons cependant, la part de travail relationnel dans la reproduction ne constitue pas le coeur du présent travail d'analyse.

Les FIGURES 4.3 et 4.4 montrent que les stades 1 et 2 des modèles processuels de rupture de Safran & Muran relèvent d'un locus de traitement à prédominance interne de la part du thérapeute. De la même manière, les phases de réception et de processus interne de la séquence de traitement identificatoire de Tansey & Burke et Delisle relèvent aussi, tel qu'on peut l'apercevoir dans le schéma et tel qu'exposé au chapitre précédent, d'un traitement à prédominance interne.

Observons d'autre part que les phases ou stades subséquents, les stades 3, 4, 5 et 6 (cette dernière phase concerne uniquement le modèle de résolution de rupture de confrontation) des modèles de Safran & Muran et de communication des modèles identificatoires de Tansey & Burke et de Delisle, relèvent d'un locus de traitement à prédominance relationnelle. Ces constats nous amènent dans un second temps à intégrer les modalités thérapeutiques de Delisle (RRR) à partir du critère des locus de traitement. Étant donné que dans la rupture de reproduction, le patient risque d'être aux prises avec d'importantes carences de symbolisation et de contact, que la matière et le langage de la reproduction prennent la forme d'une pression d'enchevêtrement identificatoire non verbale, le gros du travail de résolution de rupture de reproduction s'opérera à partir de l'expérience interne du thérapeute. Qui plus est, bien que ce travail puisse s'opérer dans l'ici-maintenant, il se fera très certainement aussi en dehors des séances. Ce n'est qu'en mode herméneutique et réel que le traitement de la rupture deviendra à prédominance relationnelle. Rappelons par ailleurs que ces deux derniers modes peuvent être conçus comme correspondant à deux composantes du

mode métacommunicationnel de Safran & Muran. Les FIGURES 4.5 et 4.6 illustrent nos propositions :

Figure 4.5 Traitement interne et relationnel dans les modèles processuels de rupture d'évitement et de séquence de traitement identificatoire

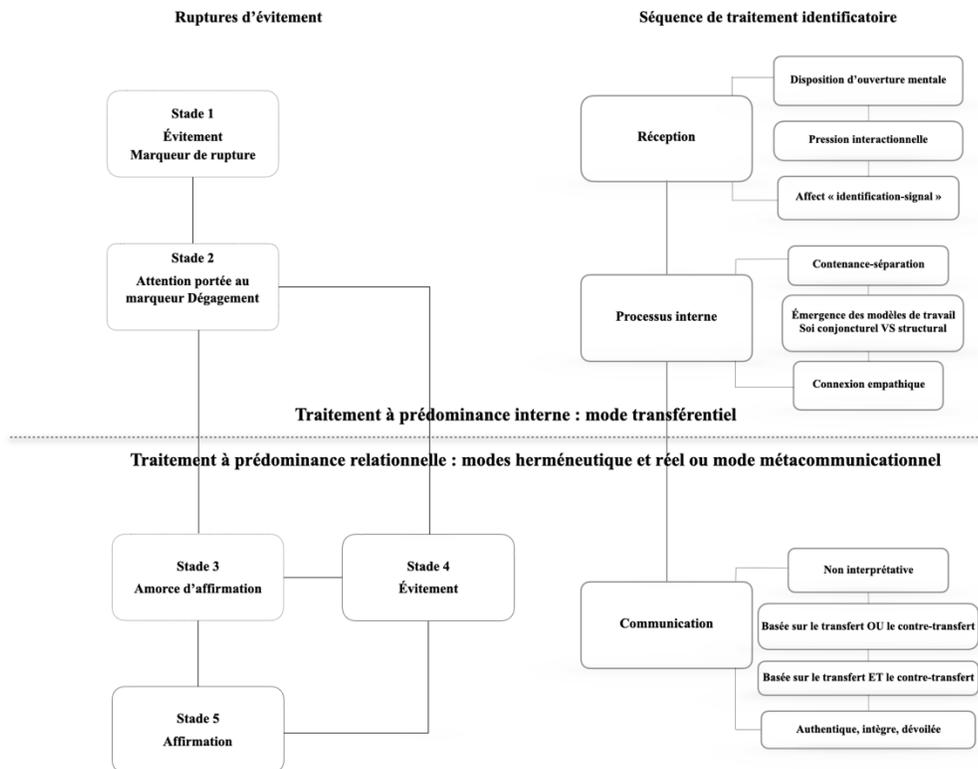
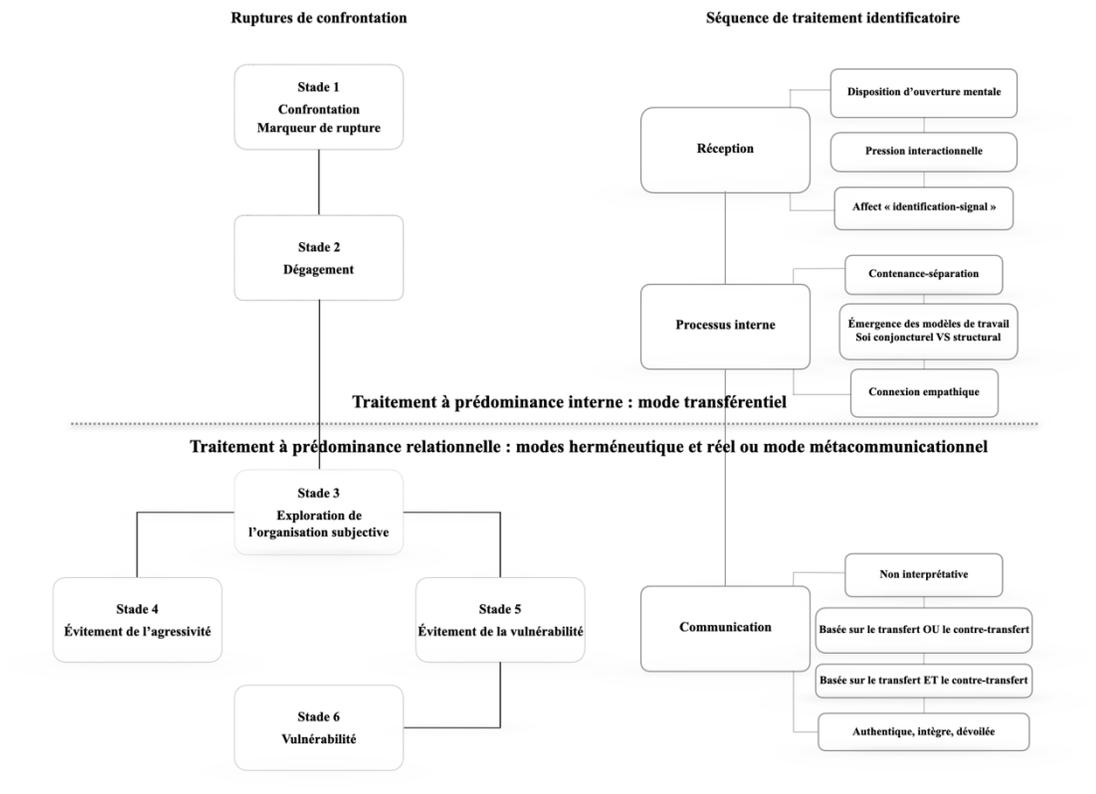


Figure 4.6 Traitement interne et relationnel dans les modèles processuel de rupture de confrontation et de séquence de traitement identificatoire



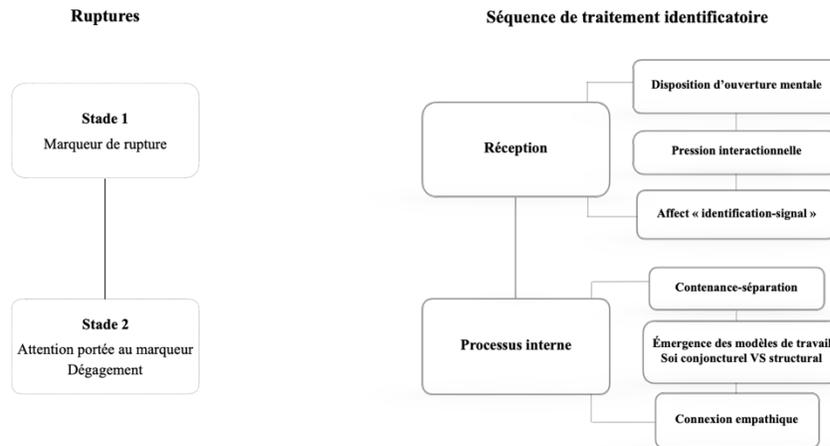
En observant ces figures, on peut entrevoir que les stades 3, 4, 5 (et 6) des deux modèles métacommunicationnels de Safran & Muran peuvent être conçus comme des compléments relationnels au stade de la communication des modèles identificatoires de Tansey & Burke et Delisle, soit aux modes herméneutique et réel du cycle thérapeutique de Delisle. Nous ne faisons que mentionner au passage que nous entrevoyons pour un travail ultérieur une métasynthèse des composantes de

communication du modèle de Tansey, Burke et Delisle et des stades d'exploration de Safran & Muran.

4.3.2.2 Proposition de voie longue

Notre contribution à la voie longue de résolution de rupture se situe uniquement dans le cadre du traitement à prédominance interne qui concentre une partie essentielle du travail en mode transférentiel. Bien qu'il faille, dans ce mode, tenir compte du traitement relationnel externe, ce dernier reste à notre sens minimaliste, retenu et surtout descriptif (ascétique). Notre métasynthèse de la voie longue concernera donc ici essentiellement l'examen des stades 1 et 2 des modèles processuels de Safran & Muran, modèles qui seront situés dans le cadre plus large du modèle identificatoire de la PGRO, les phases de réception et de processus interne plus spécifiquement. Autrement dit, il s'agit de s'attarder sur les parties supérieures des FIGURES 4.5 et 4.6. Étant donné que ces parties recourent les mêmes étapes pour la rupture d'évitement et de confrontation, le traitement interne suivra les mêmes étapes pour les deux types de rupture. Nous laisserons, ici encore, pour un travail ultérieur, l'analyse plus complète du traitement relationnel minimal de la rupture de reproduction en mode transférentiel. En effet, le travail particulier de communication non-interprétative qui relève de la reproduction n'est pas au coeur du présent travail. Concentrons-nous donc dans la suite de notre essai, sur le traitement à prédominance interne du mode transférentiel tel qu'illustré à la FIGURE 4.7 :

Figure 4.7 Traitement interne dans les modèles processuels de rupture et de séquence de traitement identificatoire



Traitement à prédominance interne : mode transférentiel

4.3.2.2.1 Réception : phase ascétique passive ou le retour à l'enchevêtrement identificatoire

4.3.2.2.1.1 Disposition d'ouverture mentale ou se mettre en présence

La FIGURE 4.7 montre que la voie longue recèle une première phase dans le processus de résolution de rupture, celle de la *disposition d'ouverture mentale*. Cette phase a pour visée, dans le contexte de notre modèle processuel de résolution de rupture de reproduction, la remise en contact à tout moment avec la voie longue, c'est-à-dire avec un cadre relationnel capable de soutenir l'enchevêtrement identificatoire, de recevoir l'identification pathogène et de se laisser perturber par elle. Ce cadre relationnel est avant tout déterminé par la qualité de présence ou de disponibilité du thérapeute à l'identification. Rappelons que sans identification, il n'y a tout simplement pas de relation signifiante, et donc, dans les termes de Safran &

Muran, c'est la rupture d'alliance. La disposition d'ouverture mentale est la porte d'accès *sine qua non* de la voie longue de résolution de rupture. On peut donc penser qu'en cas de rupture de reproduction, c'est le processus identificatoire même qui soit en cause, et donc qu'il faille revenir à notre disposition d'ouverture mentale. Autrement dit, lorsqu'il a l'impression d'avoir perdu la trame de la voie longue, le thérapeute peut en rouvrir le sillon en se mettant ou se remettant intentionnellement en présence de l'enchevêtrement identificatoire pathogène au cœur de la rupture (en principe, il devrait être constamment prêt à le faire tout au moins). Pour revenir plus près du langage PGRiste, la tâche du thérapeute consiste en une sorte de retour ou de remise en état de la qualité de sa présence à l'insoutenable et l'indicible de la rupture. Dans le cadre de notre modèle de résolution, il s'agit de revenir en premier lieu à ce que nous appelons une posture d'ascétisme passif. Ascétique au sens où le thérapeute adopte une attitude disciplinée et retenue d'attente rétrofléchie vis-à-vis de ses processus métacognitifs, de ses préjugés, attentes et jugements cliniques notamment; et passif au sens où il adopte une posture d'écoute, de témoignage ou de réceptivité relâchée (toujours sans préjugements) *en face* des émergences qui montent en figure dans son propre champ phénoménologique. Il s'agit donc de relâcher les dimensions perceptive-attentionnelles pour se recentrer sur les dimensions perceptive-affective du rapport avec le patient de manière à rester ouvert aux émergences suscitées par la rupture.

Rappelons que pour Delisle, on pourra plus concrètement parvenir à retrouver le plein contact avec une identification projective par le truchement d'attitudes ascétiques classiques comme l'attention flottante ou l'indifférence créatrice, qui visent la non-sélectivité, la non-directivité, la transitionalité et le relâchement volontaire de l'associativité habituelle. Ajoutons à ces attitudes classiques celles qu'il propose plus spécifiquement pour le mode transférentiel, qui consiste à cultiver un mélange dosé de sobriété et d'intégrité (ni trop dévoiler ni trop dissimuler l'expérience au regard de l'autre). Cette phase ascétique, dans sa discipline intérieure, dans la suspension de

l'intentionnalité, des investissements ou des automatismes puis du relâchement des liens associatifs habituels qu'elle se propose de faire, vise à maximiser la présence à l'identification. Dans cette phase, être trop distinctif ou typé comme l'affirme Delisle, par exemple en étant trop bienveillant, affirmatif, communicatif ou confrontant, risque d'entraver le processus d'identification pathogène et de rendre confus, dès la base, les séquences ultérieures de la voie longue de résolution de rupture. Ajoutons enfin que pour être optimale, l'attitude ascétique devrait s'accompagner d'un ascétisme relationnel c'est-à-dire d'une communication tout aussi retenue et réfléchée, se contentant de reflets descriptifs (communication non interprétative), d'une écoute et d'observations sobres à propos du patient. Ce genre d'attitude vis-à-vis de ses propres émergences internes et vis-à-vis de la relation avec le patient devrait laisser apercevoir une polymorphie relationnelle censée permettre au patient de reproduire avec lui ses trajectoires et ruptures familiales.

Cette discipline ascétique, contraignante ou restrictive de la disposition d'ouverture mentale ne trouve son sens que si elle ouvre, dans le monde interne du thérapeute, un espace de transitionnalité où le jeu (winnicottien) et la fiction utile peuvent être dynamisés. Par la fiction utile qu'est le jeu de l'indifférence créatrice ou de l'attention flottante, il semble plus aisé de se rendre présent et d'accueillir au plus près et le plus totalement possible, des pensées, fantasmes, émotions, rêveries ou associations tout à fait inédites. Il est aussi plus aisé de s'ouvrir au jeu, passer de l'ajustement conservateur de la rupture, de la rigidité de ses préjugés, perceptions, représentations ou jugements, à celui plus créateur de sa résolution. Un exemple de *fiction utile* pourrait consister à *jouer* à ne rien savoir à propos de l'enjeu de la rupture et à se concentrer sur la partie de soi ignorante/ignorée. Cette partie ignorante/ignorée n'est pas à proprement parlé que du jeu ou que de la fiction ou qu'une vue de l'esprit. Pour une part significative, particulièrement dans le cadre d'une ontologie phénoménologique PGRiste concevant qu'une part du champ relationnel relève de l'événement, subsiste toujours une part réellement à venir et irréductible à toute

tradition, à tout préjugé, à toute préparation. C'est avec cet espoir d'ailleurs, soutenu par sa théorie, que le thérapeute devrait ouvrir la voie longue pour réussir à réguler la qualité de sa présence malgré la perte de repères dans le parcours inquiétant qu'est la voie longue de résolution de rupture. Elle permet au patient de pleinement reconnaître ses sentiments, l'aide à faire face à la douleur qui sous-tend le désespoir et réactive le besoin sous-jacent non réalisé, avec lequel le patient peut ne pas être complètement en contact. La présence permet la multiplication des sources d'information, sensitive et affective de son expérience. Notre proposition, à l'instar de celle de Delisle dans son utilisation des notions d'attention flottante et d'indifférence créatrice, invite dès lors aussi à recentrer l'attention et l'observation sur cette part de potentiel inattendu, vertige, nouveauté et de surprise dans la relation. On cherche ainsi à remettre l'accent sur l'incertitude inhérente de ce qui peut émerger dans l'événement du contact avec l'identification et ainsi restimuler le caractère non contraint, libre et transitionnel de nos expériences subjectives dans la rupture. La disposition de s'ouvrir (se rouvrir dans le cas où une relation est déjà établie), c'est ainsi ouvrir le contact au non-encore-venu (Bion), à l'ambiguë (Bleger), à l'énigmatique (Laplanche), au formlessness (Winnicott) ou à l'indéterminé (Roussillon).

Divers écueils ou dangers de rupture de reproduction devraient être soulignés d'emblée pour bien passer l'étape de l'ouverture et de la mise en présence. Des difficultés caractérogiques à régler des conflits internes persistants ou une tendance à entretenir des préoccupations non résolues, des préjugés, des stéréotypes ou des rigidités cliniques, de l'évitement, de l'hypersensibilité ou de l'insensibilité à certains problèmes, de l'anxiété chronique, de l'arrogance, de la timidité, etc., risquent toutes de poser un obstacle important et durable à la capacité du thérapeute à se mettre en état de présence ouverte et flottante pour recevoir des identifications projectives particulières d'un patient. Des facteurs situationnels peuvent aussi contribuer à la difficulté de se mettre en présence, dont le manque de sommeil, la suractivation générale, des crises personnelles ou encore certains événements majeurs dans la vie

personnelle du thérapeute comme des décès, naissance, conflits, etc. Elle peut provenir d'une appréhension, de culpabilité ou d'excitations, causée par des séances antérieures avec un même patient. La distractibilité inhabituelle ou transitoire, l'irritabilité, l'impatience, l'ennui, l'excès d'enthousiasme, un humour inhabituel ou un manque d'humour, la difficulté d'entendre ou l'oubli de ce qu'un patient a dit, sont des exemples courants de moyens par lesquels les perturbations situationnelles peuvent être communiquées. Le bel ouvrage *Psychotherapist's own psychotherapy* de Geller, Norcross et Orlinski (2005) aborde d'ailleurs l'importance du regard tiers, particulièrement de la thérapie personnelle du thérapeute, pour aider dans ce travail.

En somme, bien se disposer à l'ouverture mentale dans le cadre d'une rupture de reproduction, c'est ouvrir par le jeu dramatique de l'identification pathogène un espace intérieur faisant place à l'imprévisible (avec toute l'angoisse et le vertige que cet espace peut produire en soi) afin de laisser résonner l'identification en soi et de la laisser devenir facteur de reproduction. C'est se préparer à l'impréparable, s'ouvrir à toute éventualité, à jouer d'autres rôles que ceux auxquelles on est habitué, en imaginant que quelque chose de radicalement autre puisse prendre place. C'est ouvrir le possible d'un autre scénario pour le patient. Le thérapeute pourra ensuite, à la mesure de sa capacité ascétique préliminaire à se mettre en présence et à recevoir passivement ses émergences, traiter plus activement une plus ou moins grande proportion des dimensions de son expérience de la rupture (psychosomatique, affective, cognitive, interactive). Ce n'est qu'à cette condition d'ouverture, de disponibilité, de réception, d'appel même, à l'enchevêtrement identificatoire que le thérapeute peut réussir à reconvoquer, faire revivre et rendre symbolisable les MI impliquées dans la rupture avec son patient, mais aussi l'inconnu de ses potentialités d'actualisation et de redéploiement.

4.3.2.2.1.2 La pression interactionnelle

La seconde phase de la voie longue est celle de l'accordage à la pression interactionnelle, manifeste dans le champ phénoménologique du thérapeute, par des signaux psychosomatiques et affectifs faisant pression et s'imposant à lui dans l'interaction avec son patient. Dans le contexte d'une rupture de reproduction cette pression a beaucoup de chance d'être ressentie comme troublante, dérangement, inhabituelle ou envahissante, et ce, malgré l'absence de marqueurs relationnels clairs. Il s'agit essentiellement d'un indicateur d'intensité expérientielle, soit la présence d'une forte pression identificatoire dans le monde interne du thérapeute. C'est ici donc que le thérapeute peut ressentir l'ampleur des émergences sous-jacentes (MI) des contenus de rupture de reproduction.

Cette émergence n'est pas forcément tout à fait symbolisée dans le champ phénoménologique du thérapeute. Il pressent sans comprendre que sa vie interne est déjà traversée par des lignes de force, par exemple une intuition, un malaise ou un sentiment vague d'inquiétude ou d'enlèvement, une représentation morcelée ou envahissante du patient, une envie pressante de se dégager, de se suractiver ou de devenir plus directif face à une perception nébuleuse de passivité du patient. Ici encore, le travail s'entame à partir d'une modalité phénoménologique passive, de réception ouverte devant l'intensité de l'identification qui s'impose. La part active, pour le moment minimale, consiste à tenter d'inhiber toute tentative d'action et de communication précipitée de sa part afin de conserver une présence sobre, polymorphe, rétrofléchie et une communication descriptive malgré la pression ressentie (on est toujours en mode ascétique métacognitif). Elle consiste aussi à se laisser bouleverser, à tolérer et rester à l'écoute de l'intensité affective de la rupture. La tâche est encore de ressentir, soutenir et maximiser sa disponibilité et sa réceptivité à l'induction d'une identification projective. Le thérapeute est au stade de

pâtir, de subir cette pression, sans nécessairement en comprendre les tenants et aboutissants. Il est même crucial qu'il ne tente pas à ce stade de la comprendre afin de ne pas en réduire la qualité. Dans les limites de sa capacité à la tolérer, il lui incombe de laisser au patient toute la liberté de développer sa communication à travers les canaux verbaux et non verbaux de son choix.

Ce niveau de tolérance personnelle du thérapeute, crucial dans la capacité à recevoir le niveau de pression affective lors d'une rupture de reproduction, est tributaire de ce que Bion avait déjà nommé dans *L'attention et l'interprétation* (1970), la très contre-intuitive *capacité négative* du thérapeute. Ces capacités font aussi référence aux compétences affectives de Delisle, soit la capacité attendue d'un thérapeute à éprouver un registre étendu d'affects en phase avec la situation clinique, de même qu'à tolérer des affects intolérables pour le patient (Delisle & Girard, 2018). Selon ces auteurs, cette capacité négative peut prendre plusieurs visages, par exemple chez Grotstein, elle prend la forme d'une tolérance à la frustration, celle particulièrement de ne pas savoir ni comprendre (incertitude); chez Jacques Press, reprenant Winnicott, il s'agit plutôt de la capacité à tolérer la passivité et l'informe, c'est-à-dire ce qui peut aller au-delà ou au-dehors du champ de nos attentes, autrement dit, de l'inconnu qui peut nous surprendre, mais aussi nous désorganiser. Elle devient ainsi, selon les mots de Claudio Neri, une exigence de ne pas donner forme à ce qui est en train d'évoluer et qui pourra prendre forme dans le champ thérapeutique ; chez Phillips, il s'agit de tolérer d'être un embarras, d'être perdu, ou encore d'être impuissant. À cela, ajoutons la tolérance à l'absence, à la honte et à l'échec auquel le sens commun de la pratique thérapeutique peut nous amener spontanément. Bref, ne pas savoir est essentiel dans le processus de conquérir la connexion empathique. Le non-savoir, le rien, l'impuissance, l'incertitude, c'est l'expérience du vertige de la liberté sartrienne, condition de possibilité de l'«espace des permissions» en psychothérapie. C'est la condition par excellence de maximisation de la disponibilité émotionnelle et du

dévoilement herméneutique qui suivra. Il importe donc d'être capable de tolérer l'impuissance liée au fait de ne pas savoir.

Ce qui permet au thérapeute de soutenir le déploiement de sa capacité négative à ce stade-ci de la voie longue, se trouve en amont et en filigrane de la relation thérapeutique, dans son héritage et son parcours historique, notamment son champ théorique d'appartenance. Elle est tributaire de ce que Gross et ses collègues nomment la capacité de régulation automatique (Maus & al. 2007). À la différence de la phase de contenance, que nous verrons dans les prochains paragraphes, qui mobilisent plus d'éléments actifs de la conscience de soi, le moment de soutenir la pression de la rupture de reproduction mobilise des capacités déjà travaillées par le thérapeute dans sa vie personnelle et professionnelle. Ces capacités sont intégrées et automatiques, elles ne relèvent pas de la conscience de soi et permettent que s'actualise la reproduction ainsi que tout le potentiel d'actualisation sous-jacent.

Deux types de signaux de rupture de reproduction devraient être soulignés à ce stade-ci de la voie longue, types pouvant être opposés sur un continuum processuel. Dans un des pôles du continuum, on retrouve le thérapeute adoptant une posture trop rigide ou contrôlante, qui bloque ou réprime la transmission interactionnelle de l'identification projective de son patient dans sa phase naissante, avant même que l'identification ne se soit réellement installée en lui. Ce cas de figure peut se produire lorsque le thérapeute perçoit un danger ou une trop grande intensité pour sa capacité de tolérance, ce qui l'amène à refuser de se laisser influencer émotionnellement ou agir davantage. Il risque dès lors d'être amené à rediriger le flux des associations émergentes en «fixant» des limites à une forme particulière de comportement, en réagissant ou niant la perception du patient plutôt que de rester ouvert à l'impact potentiel qu'une communication plus intégrée avec ce patient peut avoir. Le thérapeute transmet ainsi au patient le message plus ou moins explicite qu'il est

inconfortable et n'est pas ouvert à continuer à recevoir ce type de communication particulière.

À l'autre pôle du continuum, on retrouve le thérapeute adoptant une posture trop molle de laissez-faire, sans cadre suffisant. Ici, le thérapeute risque au contraire de laisser se reproduire une « régression thérapeutique maligne » (Balint, 1968), motivée uniquement par une recherche de gratification externe plutôt que par un travail de reconnaissance émotionnelle profonde. Bien que ces deux écueils puissent ne pas déclencher de ruptures évidentes à ce stade-ci de la voie longue, c'est souvent rétrospectivement ici que l'on peut situer les germes des ruptures, soit dans un cadre trop rigide ou une collusion libre de cadres pour recevoir l'identification.

À noter que s'il anticipe qu'une forme ou une autre de pression interactionnelle pourrait aller trop loin (un patient qui cri en séance par exemple lors d'une rupture de confrontation), le thérapeute devra se demander s'il se sent capable de continuer à travailler dans ces conditions d'une part, et si la rupture est encore métabolisable d'autre part. Dans le deuxième cas, il devra potentiellement retourner en mode métacommunicationnel de manière à rendre l'expérience gérable pour les deux parties afin qu'un travail utile puisse se produire sans réprimer trop tôt, rejeter le patient avant que l'identification projective ait été transmise, ou en laissant le comportement abusif se poursuivre sans contrôle.

4.3.2.2.1.3 *L'affect identification-signal*

Dans la troisième phase de la voie longue, le thérapeute devrait s'intéresser plus franchement, à l'aide de processus perceptifs-attentionnels de plus haut niveau, à la pression interactionnelle liée à la rupture. Cette réaction modificatrice de son expérience de soi devrait être interprétée par le thérapeute comme le *signal* (*affect*

signal-identification) confirmant son introjection de l'identification nécessaire à la résolution de la rupture. Il considère cette expérience comme nécessaire au sens où c'est sa part d'identification introjective de la rupture de reproduction qui en train de se remettre en place avec toute la charge qu'elle comporte.

Ici, le travail consiste d'une part, à continuer à rester disponible et réceptif à la modification de son expérience de soi (part passive des phases antérieures), et d'autre part, à s'intéresser plus activement et consciemment (*become aware*) à la mesure, l'ampleur ou l'intensité de cette modification. Le thérapeute s'intéresse plus précisément aux différents types d'information qui émergent dans son champ phénoménologique, notamment aux marqueurs somatiques en jeu (stimuli visuels, auditifs, tactiles et olfactifs, la prosodie, expressions faciales et corporelles), et s'ouvre à en faire l'objet d'un traitement réflexif (Ouellet, 2010, p11). En portant attention et en s'intéressant à la modification de son expérience, il s'accorde, amplifie, laisse résonner, attise, exaspère, « monte le volume » en quelque sorte de l'identification propre à cette rupture, et se donne les conditions pour mieux la ressentir et l'examiner.

À ce stade de la voie longue, le thérapeute réintègre une part de ses capacités métacognitives, notamment celles de porter attention, prendre conscience et s'intéresser à son expérience de l'identification. Son regard commence à se détourner du divers immédiat pour se retourner vers le médiat des représentations particulières de sa propre expérience. Autrement dit, la non-spécificité de la pression interactionnelle se réduit en signal spécifique, signal qui synthétise les processus perceptifs-affectifs (signaux psychosomatiques, affects, etc.), avec les processus perceptifs-attentionnels (porter attention, constats, observation de soi, intérêt pour son expérience, etc.) pour mieux mettre la table des phases ultérieures de la voie longue de résolution. Pour reprendre à notre compte l'expression de Ouellet (2010), il symbolise la synthèse identificatoire (projective et introjective) pour l'utiliser dans sa

réponse clinique. Ces conditions lui permettront d'appréhender des corrélations préliminaires entre la modification de son expérience et la présence des marqueurs externes de rupture de reproduction (projection, clivage ou opacité massive, rigidité, dysrégulation, distorsion et répétition) ou d'indices de mésajustement relationnel.

Des signaux de rupture de reproduction devraient nous alerter ici, même après avoir réussi à bien soutenir la pression interactionnelle, particulièrement lorsque le thérapeute ne reconnaît pas cette pression comme un effet de signal. Elle pourrait prendre la forme d'une culpabilité engendrée, par exemple, par une impulsion sadique plus ou moins consciente envers son patient qui pourrait conduire le thérapeute à devenir trop gentil (trop typé) par compensation ; ou bien une inclination complaisante à se sentir idéalisé (rupture d'évitement conformiste) le conduire à devenir trop rigide ou formel, notamment s'il tombe de suite en mode métacommunicationnel. Il risque de ne jamais prendre conscience de la complexité identificatoire sous-jacente à la pression interactionnelle et dès lors tomber dans le piège de ce que Delisle conçoit comme un thérapeute psychologiquement assis à côté de son patient, entièrement occupé à l'aider à surmonter la rupture sans se sentir concerné par elle. Ce genre de réactions défensives ou automatiques risquent de ne pas favoriser l'intérêt pour ce qui se passe dans le lien immédiat et donc, de laisser le thérapeute aveugle (ou sourd) aux aspects introjectifs de l'identification. En ne s'intéressant pas à son expérience, le thérapeute peut envoyer, à terme, le message inconscient au patient que la complexité, la destructivité ou l'intensité expérientielle de ce dernier, n'est pas digne d'intérêt, réactivant un profond sentiment d'humiliation à la base de la rupture de reproduction.

En somme dans la phase de réception, le thérapeute adopte une attitude de présence, fondée sur l'ascèse et la passivité, de manière à redonner au champ relationnel les conditions optimales d'enchevêtrement identificatoire. Rappelons en gros que la présence est optimisée par l'attitude ascétique au sens où elle est retenue, disciplinée

et réfléchies sur le plan relationnel, et passive au sens où elle engage à constater, à rester témoin, ouvert, réceptif et à l'écoute de son expérience de soi et de sa modification. Le thérapeute dans sa modalité ascétique passive se laisse donc immerger par sa réponse identificatoire sans en préjuger du contenu, pour ensuite en tolérer la pression à la mesure de ses capacités négatives. Cette réponse est de l'ordre d'un vécu-viscéral (sensation, affect, représentation tronquée ou tendance comportementale basique du type « fight, flight or freeze »...), et elle n'est pas encore modulée par une signification herméneutique précise. Bien qu'amputé de signification claire pour le thérapeute, sa réponse identificatoire est néanmoins identifiable en tant que signal de résolution préliminaire et potentiel de rupture. Elle indique qu'il est nécessaire de s'y intéresser et que des processus perceptifs-attentionnels de plus haut niveau devront être bientôt mobilisés pour « tirer » cette réponse vers un espace de traitement interne plus réflexif.

4.3.2.2.2 Processus interne : phase ascétique active ou l'espace dialectique de l'enchevêtrement/désenchevêtrement identificatoire

Donc une fois que la modalité ascétique passive de réception de la rupture de reproduction nous a bien disposés à (re)laisser émerger la matière identificatoire pathogène au coeur de la rupture d'alliance, le thérapeute devra faire face (à nouveau, lorsqu'il s'agit d'un retour à cette sous-phase) à la question de savoir comment la traiter dans le cadre de la voie longue. Autrement dit, maintenant bien en présence de cette matière, il s'agit à partir d'ici de se donner un espace d'examen. On entre dès lors dans une modalité ascétique active de traitement identificatoire.

*4.3.2.2.1 Contenance / séparation, ou l'espace pivot enchevêtrement /
désenchevêtrement*

Rappelons d'abord que dans la suite du modèle de Tansey & Burke, la phase suivant celle du signal est celle de la contenance/séparation. On regroupe ici deux processus fondamentaux, celui de contenir l'identification, puis celui de s'en distancer optimalement, les deux étant pour eux, intrinsèquement liés. D'abord, la contenance pour Tansey & Burke, renvoie à un travail d'accueil et de tolérance des signaux identificatoires de la rupture de reproduction, mais de manière plus consciente (Delisle parle d'acceptation sans compromis de soi). C'est cette conscience de soi qui la distingue en même temps de la phase précédente de réception, dans laquelle le contenu et l'intensité identificatoire de la rupture, sans signification claire, ne pouvaient être optimalement régulés jusque-là.

Le premier processus, celui de contenir l'identification à proprement parler, revient, dans le contexte du processus de résolution de la rupture de reproduction, à continuer à tenir et garder pour soi et en soi l'identification pathogène à sa source, à continuer de l'entendre, de la recevoir, de la ressentir, mais dans le cadre d'un paramètre de soutenabilité. Ce paramètre nous est déjà offert, on l'a vu dans la phase précédente par l'entraînement des capacités négatives, qui continue ici, mais auxquelles s'ajoutent des capacités cognitives attentionnelles et réflexives de plus haut niveau. Le thérapeute intègre ainsi de manière plus active et volontaire le contenu identificatoire dans le cadre d'une structure de sens aspirative qui peut l'aider à accueillir et réguler la modification de son expérience en restant enchevêtré à l'identification sans s'en défendre. Autrement dit, la contenance est la capacité consciente d'accepter l'identification pathogène régulée par la structure de sens qui encadre et canalise l'expérience de rupture de reproduction. Ici, le paramètre de soutenabilité c'est l'herméneutique théorique, culturelle et idiosyncrasique du thérapeute (cette dernière pouvant notamment résulter de son historique personnel de

métabolisation réussie). Ce que cela signifie sur le plan phénoménologique, c'est que c'est par le médium de représentations plus intégrées (entremêlant aux processus viscéro-affectifs, des processus conscients attentionnels, symbolisants, narratifs, discursifs internes...) que le thérapeute arrivera à soutenir son processus d'acceptation et de modulation de l'intensité de l'identification pathogène.

En tant que processus médiatisé et réflexif, l'expérience de contenance est en même temps, selon Tansey & Burke, un processus de séparation ou de dégagement de l'expérience immédiate (désenchevêtrement) de la rupture. Ce constat n'est pas sans rappeler le stade 2 du dégagement de Safran & Muran. En contenant, le thérapeute sort de l'intensité de son expérience immédiate de la rupture pour se laisser prendre, aspirer (valeur idéalisante et aspirative du sens) par sa structure herméneutique sous-jacente d'appartenance, « tirant » en quelque sorte son vécu expérientiel vers un ailleurs herméneutique. Il s'agit d'un moment de constat questionnant, d'awareness, moment où on prend conscience qu'on est en train de mobiliser une capacité négative. Par exemple, un moment où on se dit « tient je vis une émotion difficile », à quoi j'ajoute « ce quelquechose de difficile que je vis, c'est une capacité négative ». Cette phase permet au thérapeute de retourner son regard sur son expérience et de développer un espace réflexif sur les sources sous-jacentes de son expérience identificatoire de rupture. C'est le passage, pour reprendre la formule utilisée plus haut, reprise à Tansey & Burke, de l'ego-expérientiel à l'ego-observateur. Dans notre langage, c'est le passage d'une ascèse passive (disposition mentale d'accueil en présence, attention flottante ou en indifférence créatrice) où prédomine l'amplification de l'intensité identificatoire, à une ascèse active (disposition mentale d'accueil en recherche de sens), où prédomine le travail de symbolisation et l'atténuation de l'intensité identificatoire qui en découle. Le fait de pointer, de dire, de raconter ou de nommer le vécu libère un espace d'exploration et d'observation sur soi et aide à continuer à soutenir l'inconfort expérientiel et l'exploration des capacités négatives en lien avec la reproduction. Bien qu'il commence à se faire un portrait

sommaire de la situation, le thérapeute, toujours dans cet esprit ascétique, devrait se méfier de son besoin de communiquer quelque chose d'urgent à son patient et renoncer à sa réaction ou sa tendance comportementale première et immédiate la considérant comme partielle et prématurée, car non optimalement ajustée à la situation. C'est le moment d'un hors-soi préalable et nécessaire à la quête empathique.

C'est à l'aide d'une telle structure de sens que le thérapeute ouvre un questionnement curieux sur la modification de son expérience malgré l'inconfort identificatoire tout en se racontant que ce vécu, temporaire, ne constitue pas une menace ingérable à son estime de soi. Il se crée un espace interne qui lui permet désormais de laisser libre cours à ses capacités cognitives et réflexives : il se donne les moyens d'explorer, comprendre, interpréter avec ouverture et curiosité les signaux de son expérience viscéro-sensitive, affective et tendances comportementales lors de la rupture de reproduction. La contenance/séparation permet ainsi au thérapeute de se réguler et de persister dans le déploiement de la voie longue grâce à l'espoir que suscite son travail de médiatisation herméneutique.

Insistons néanmoins, peut-être un peu plus que ne le font Tansey & Burke, et très certainement que Safran & Muran, sur la non-linéarité fondamentale du passage entre les deux processus de la contenance/séparation. Tansey & Burke semblent plutôt y voir un passage relativement fluide et linéaire entre la présence proximale, dérégulatrice et acceptante de l'identification (enchevêtrement identificatoire, ego expérientiel) et le dégagement régulateur et observateur de l'expérience identificatoire (désenchevêtrement identificatoire, égo observateur). De notre point de vue, ce moment nous semblerait plus flou, oscillant, dynamique et itératif. C'est peut-être la métaphore de la superposition d'état quantique qui nous semble la mieux à même de décrire ce moment pivot qu'est la contenance/séparation. La superposition d'état est ce principe quantique qui stipule qu'un même état quantique peut posséder simultanément plusieurs valeurs pour une certaine quantité observable. Sans entrer

dans les détails du concept, l'idée est surtout de montrer que l'étape de la contenance peut comporter plusieurs états relationnel simultanés et instables en tension, et ce, pendant une durée indéterminée. Cet espace oscillatoire de superposition d'états relationnels, est un espace de permissions, de jeu winicottien qui vise à donner le temps de laisser émerger un assemblage singulier entre le vécu identificatoire et une herméneutique émancipatrice. L'instabilité serait due au fait que l'identification introjective est en instance de traitement herméneutique, mais que ce traitement ne trouve pas sa complétion immédiatement. Autrement dit, le vécu n'a pas trouvé un arrimage herméneutique satisfaisant, une théorie idiosyncrasique capable de le canaliser, de lui donner une direction.

Dans cette perspective la contenance/séparation est un jeu d'essais conscient dans lequel alterne le mode ascétique passif, qui vise l'intégration du plein ressenti identificatoire primaire et le mode ascétique actif, qui vise à s'en dégager pour le transformer. Étant donné que les reproductions concernent avant tout les dimensions sensori-affectives du lien thérapeutique et qu'il est perçu par le thérapeute à travers des modifications de son expérience corporelle, l'élaboration interne du thérapeute devra continûment chercher à réintégrer les contenus non verbaux et les émergences proprioceptives et intéroceptives (Ouellet & Drouin, 2012). On conçoit donc cette phase comme un continuum où oscille, de façon non linéaire, un pôle ascétique passif de relâchement attentionnel, visant à intensifier l'identification, donnant accès aux MI, puis, un autre pôle, d'ascèse actif, de centration attentionnelle opérant une sélection de voie de possibilité herméneutique, qui débouche sur le désenchevêtrement (séparation chez Tansey & Burke ou dégagement chez Safran & Muran).

L'idée ici est de considérer ces deux processus comme susceptible de coexister pendant une durée indéterminée, le temps de laisser se mettre en place un arrimage intégré et adapté entre l'identification introjective et une herméneutique capable de la canaliser et de la faire « tourner » franchement vers les phases subséquentes. Ce

travail d'intégration du meilleur arrimage possible, c'est au thérapeute de se donner le temps de le constituer en lui, à l'aide de son bagage herméneutique personnel, à la fois dans l'immédiat, mais aussi entre les séances. De ce fait, il cherche ainsi à réouvrir son « espace des permissions », de manière à s'enquérir et renégocier auprès de ses propres instances surmoïques de thérapeute (qui résonnent nécessairement avec son champ socio-culturel d'appartenance) des autorisations nécessaires pour bien opérer son travail de métabolisation des pensées, émotions, rêveries ou associations émergentes.

Cette conception rappelle d'ailleurs la notion d'espace analytique de Ogden et de Gabbard c'est-à-dire l'état de «double conscience» qui permet aux thérapeutes d'être «aspirés dans le monde du patient tout en maintenant toujours leur capacité d'observation» (Gabbard et Wilkinson, 1994, p. 87). Lors de ce moment, pour Schore, il est possible que le thérapeute puisse se mettre à aller plus mal que le client. Nous renvoyons le lecteur à ces lectures pour plus de détails sur ces notions.

Donc le passage de l'enchevêtrement au désenchevêtrement devrait être médié par cet espace d'observation naissant, de tension intermédiaire entre un pôle ascétique passif aconceptuel (ou peu conceptuel) de présence ouverte et non jugeante, amplificateur de l'émotion primaire mésadapté, au coeur de l'identification pathogène, et d'autre part, la nécessité de dégager un espace herméneutique pour canaliser cette expérience dans une structure de sens permettant sa métabolisation. Le thérapeute devrait pouvoir être capable de faire cohabiter ces deux pôles.

Certains signaux de rupture de reproduction devraient nous alerter ici sur la difficulté à contenir l'identification pathogène. La rupture de contenance peut prendre plusieurs formes pour le thérapeute, celle d'une difficulté à accepter l'identification, manifeste par une résistance, un refus ou un blocage plus ou moins conscient d'aspects de son expérience de soi modifiée. Elle peut aussi prendre à l'inverse la forme d'une

décharge affective visant à soulager temporairement du fardeau de la contenance. Ce que cela pourrait vouloir dire, Tansey & Burke ne le précise pas tout à fait, c'est que malgré une bonne capacité à tolérer, constater et à s'intéresser à l'expérience d'être « enchevêtré » et « modifié » par une identification pathogène, compétences nécessaires aux phases précédentes d'ascèse passive, il pourrait demeurer difficile d'en accepter la pleine charge et l'influence. Le risque ici serait de juger cette expérience à l'emporte-pièce (préjugement) et s'en dégager trop rapidement.

Par exemple, un thérapeute aux prises avec de puissants ressentis de désespoir et d'inadéquation pourrait les supprimer ou les nier en raison sa difficulté à les accepter, ressentis qui s'amarrent mal avec sa représentation d'un psychologue professionnel idéalement solide et expérimenté. Il pourrait dès lors être amené à réagir précipitamment ou à lutter avec ce vécu à l'aide d'une herméneutique inadéquate, bâclée ou défensive. Poussé ainsi dans ses retranchements herméneutiques, il pourrait être amené à se montrer trop théorique ou intellectualisant en se racontant qu'il s'agit de « difficultés prévisibles à ce stade du traitement » ou en se soutenant à l'aide d'énoncés comme « avec ce genre de patient intraitable, la thérapie ne fonctionne pas ». Ses affects pénibles bloqués, laissés à distance le conduisent à s'ammarrer à une herméneutique qui n'est plus au service de la thérapie. Ses préjugés et jugements rapides, bien qu'enracinés dans une théorie clinique vraisemblable, ne constituent pas une herméneutique émancipatrice, c'est-à-dire intégratrice des contenus identificatoires, qui pourtant avaient été bien tolérés jusque-là.

En plaquant une herméneutique sur les vécus complexes, polysémiques de son client, il cesse de rester en contact consciemment ou d'accepter son vécu identificatoire. La base des conceptualisations ultérieures, qu'on verra apparaître dans les étapes subséquentes de créations de perspectives ou de modèles de travail, est profondément amputée. Bref, en ne prenant pas le temps de médier son expérience en fonction de l'intensité affective du moment, le thérapeute ne peut développer un espace réflexif

capable d'arrimer ses capacités cognitives, d'exploration, de compréhension, d'interprétation des signaux de son expérience viscéro-sensitive, affective et de ses tendances comportementales. Subsiste un morcellement réflexif, et il demeure difficile d'intégrer la rupture de reproduction à une compréhension clinique (commencer à opérer un travail réflexif de jugement) plus complète. Ici, le thérapeute qui disposera de plus d'une herméneutique aura plus de chance de contenir efficacement son expérience identificatoire.

4.3.2.2.2 Modèles de travail, ou le jeu des perspectives

Une fois l'identification contenue et modulée selon la capacité affective et l'herméneutique du thérapeute, ce dernier peut s'attarder à *l'introject relationnel*. Rappelons que c'est à travers cet introject relationnel, réplique interne constitué, rappelons-le, des différentes perspectives ou *modèles de travail* issus de l'interaction avec son patient, que le thérapeute peut dès lors continuer dans la voie longue de résolution de rupture. Il le fait essentiellement par le jeu dialectique de ses modèles de travail en alternant d'abord son attention sur sa perspective 1) de l'expérience du patient (modèle de travail-*patient*) et 2) de sa propre expérience (modèle de travail-*thérapeute*). Rappelons que le modèle-patient est constitué de la représentation globale et évolutive qu'a le thérapeute de son patient - son apparence physique, ses affects, son expériences de vie, ses modes de comportement, attitudes, défenses, valeurs, fantasmes, etc. Il est aussi constitué de l'expérience de l'interaction thérapeutique à la fois passée et présente. Rappelons aussi que le modèle-thérapeute est constitué des mêmes caractéristiques que le modèle-patient - représentation de lui-même, de son apparence, de ses affects, tendances comportementales, attitudes, défenses, valeurs, fantasmes, etc., - mais en référence à sa propre expérience de cette relation thérapeutique particulière.

Notons qu'il ne s'agit pas pour nous de simplement porter attention *à* ou *sur* chacun de ces modèles de travail, comme si on portait un regard *sur* une chose en restant à distance d'elle, mais bien de regarder *à travers* chacune de ces perspectives. Il s'agit en quelque sorte d'un jeu performatif, au sens d'une performance d'acteur, d'une interprétation théâtrale au même titre que l'acteur joue *à comme si* la perspective offerte par l'auteur était la sienne. On pourrait dire que le thérapeute joue (dans le double sens du *jeu winnicottien* et de *jouer* un rôle) à incarner ces perspectives, se consacrant dès lors à interpréter les pensées, émotions et impulsions qui émergent en lui. En choisissant de se déplacer alternativement et dialectiquement sur telle partie de l'expérience du patient et de sa propre expérience, le thérapeute se donne un espace pour approfondir sa compréhension de lui-même et du patient. Ce faisant, il tente simultanément de reconnaître et de prendre conscience de ce qui se présente au premier plan du dit modèle de travail. Bref, il *joue avec* (observe, regarde) et *joue* (incarne) alternativement les perspectives, puis constate qu'il *devient* quelque chose de différent et de particulier dans chacune de ces perspectives.

On pourrait même ajouter l'idée d'une perspective d'essai pour faire écho au concept d'identification d'essai, qui viserait à trouver la perspective la mieux ajustée au travail qu'on cherche à faire, soit arriver à l'identification empathique. En observant attentivement comment chacun des modèles de travail résonnent émotionnellement, on pourrait même conjecturer qu'il pourrait s'agir d'un marqueur d'ajustement aux besoins actuels du client, cette perspective étant appelée à changer dans la suite du processus.

Lorsque ce processus se déroule bien, il y a toujours, selon les auteurs, un va-et-vient entre les diverses perspectives. De plus en plus différencié, l'introject relationnel offre au thérapeute l'occasion de colliger et d'intégrer tous les volets de la rupture de reproduction, notamment sa propre contribution en tant que thérapeute. En prenant ainsi le temps de détailler et de rassembler l'information sur ses modèles de travail, il

forge un introject relationnel riche et profond, c'est-à-dire à la fois différenciée et intégré de la rupture de reproduction avec son patient. Il se donne dès lors des conditions pour devenir plus actif dans les phases ultérieures, notamment de connexion empathique, nous le verrons à l'instant.

Par contre, lorsque le jeu de la mise en modèle et de leur alternance est compliqué par une incapacité du thérapeute à analyser l'un ou l'autre des modèles de travail, on risque de sortir de la voie longue. Bien qu'il puisse être capable d'accueillir et de tolérer les signaux identificatoires de la rupture de reproduction de manière plus consciente sur la base de la contenance/séparation, l'indifférenciation des modèles de travail laisse persister beaucoup d'angles mort pour le thérapeute et devrait être considéré comme un indice de rupture de reproduction. Rappelons que pour Tansey & Burke, la connaissance d'un seul modèle de travail limite sévèrement le processus empathique en restreignant ou en confondant ce qui provient du thérapeute et du client. Le thérapeute ne peut dès lors pas donner un sens à l'expérience de chacun dans la rupture, ce qui limite beaucoup ses interventions. Ajoutons qu'ayant déjà un biais de connaissance sur sa propre expérience et celle de son patient, il risque d'emblée de considérer avec beaucoup plus de facilité le modèle de travail-patient que le sien propre, plus souffrant, pénible et opaque pour lui. Le thérapeute qui se constate dans cette situation à ce moment de la voie longue, pourra réexaminer sa difficulté à différencier les modèles de travail, notamment les affects pénibles associés à l'augmentation de sa conscience de son propre état expérientiel actuel ou de celle de son patient.

4.3.2.2.2.3 *Connexion empathique*

Après avoir construit, différencié, joué les différentes perspectives de son introject relationnel et remarquer que les protagonistes de la relation thérapeutique *deviennent*

quelque chose de distinctif à ce moment-ci de ce processus particulier de résolution de rupture, c'est le moment de la (re)connexion empathique. Sur la base du travail de l'introject relationnel, le thérapeute devrait être amené à s'interroger d'une part sur le sens (au double sens de directionnalité et de signification) du processus identificatoire, et d'autre part, à préciser et évaluer de manière continue, puis inférer sur le type d'ajustement identificatoire dans lequel il se trouve avec son patient. Cette inférence devrait permettre une connexion plus optimalement ajustée (empathique) à l'expérience relationnelle du patient.

Rappelons que pour déterminer le sens du processus identificatoire, Delisle recommande d'abord au thérapeute de comparer et confronter systématiquement et continuellement son introject relationnel conjoncturel (ce qu'il devient dans l'ici-maintenant représentationnel de sa relation avec ce patient particulier) avec son introject structural (sa représentation habituelle de soi). Il peut dès lors constater deux choses : 1) il ressemble ou est conforme à la représentation habituelle qu'il a de lui-même (il est consonant à son introject structural) ou 2) il ne ressemble pas ou peu à la représentation habituelle qu'il a de lui-même (il est dissonant à son introject structural).

Dans le cas 1), Delisle l'inviterait à se demander s'il ne serait pas lui-même en mode d'identification projective alors que son patient serait en mode introjectif concordant ou complémentaire, ce qui commanderait un examen de sa contribution à la rupture. Dans le cas 2), Delisle invite le thérapeute à se demander comment il pense être la cible de l'identification projective en cause dans la rupture. Autrement dit, il devrait préciser, se questionner et évaluer le type d'ajustement identificatoire qui le lie à son patient : est-ce que son expérience personnelle immédiate semble plutôt similaire à celle de son patient ou à sa représentation de soi (ajustement concordant)? Ou est-elle plutôt différente ? Dans ce cas, est-ce que son expérience personnelle immédiate ressemble à une des représentations d'objet de son patient (mode complémentaire)? Il

peut dès lors commencer à décrire et différencier la part d'ajustement concordant et la part d'ajustement complémentaire à partir de ses différents introjects (conjoncturel et structural), puis à penser leur dynamique, leur alternance.

Lorsque ce processus se déroule bien, le thérapeute devrait assez naturellement être en position de mieux conjecturer sur la nature, dans ses dimensions consciente et inconsciente, de l'ajustement identificatoire se jouant avec son patient. Il peut arriver à bien différencier la dimension concordante et complémentaire de cet ajustement, en dégager et en comprendre la nécessité, la dynamique et le sens profond (conscient et inconscient) pour le patient dans sa relation avec lui. Cette capacité de voir à travers deux perspectives, la concordante et la complémentaire donne une profondeur inférentielle, elle permet de conjecturer sur l'implicite derrière le manifeste du lien avec le client. C'est là tout le sens d'être connecté empathiquement à son patient. C'est à partir de cette connexion qu'il peut entamer un réel travail préliminaire de métabolisation des MI du patient, et donner, à partir de ses catégories herméneutiques, un sens nouveau à la rupture de reproduction, sens resté jusque-là opaque et inaccessible.

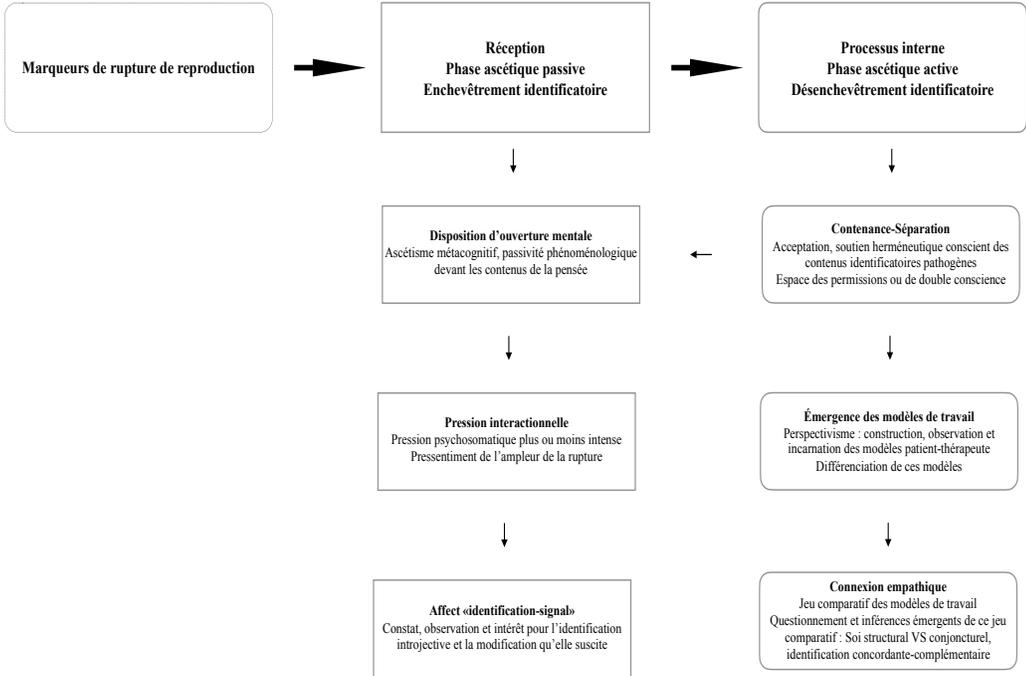
À l'inverse, lorsque le thérapeute est incapable dans sa tâche de préciser ou évaluer la nature de l'ajustement (concordant, complémentaire ou les deux), la bonne marche de la voie longue est compromise. Par exemple, un thérapeute peut reconnaître un sentiment d'agacement envers son patient qu'il perçoit comme de plus en plus impuissant et dépendant sans pouvoir voir en quoi son expérience peut être une contrepartie dynamique de celle de son patient. Il peut certes être conscient de son agacement, être conscient aussi que cet agacement semble se structurer complémentairement à l'expérience de son patient, mais ne pourra pas aller plus loin dans son hypothèse sur les raisons inconscientes qui poussent le patient à s'ajuster avec cette configuration identificatoire particulière avec lui, à ce moment-ci. De même, il ne pourra pas inscrire ce sentiment d'agacement dans le cadre plus large de

l'alternance dynamique des deux types d'ajustements, ne voyant pas que tantôt, il pourra lui-même ressentir l'impuissance et la dépendance de son patient en mode concordant. Restant ainsi limité dans sa compréhension des significations sous-jacentes de ces ajustements identificatoires particuliers, et surtout de leur dynamique, il manque certains éléments de connaissance émotionnelle inconscients cruciaux faisant obstacle à une connexion empathique optimale avec son patient.

À partir du moment où le thérapeute conquiert une connexion empathique réelle, authentique et profonde, il peut décider s'il reste en mode transférentiel ou s'il continue son exploration en mode herméneutique et réel (mode métacommunicationnel) selon la capacité du patient à exprimer plus explicitement les contenus identificatoires pathogènes. Et contrairement aux psychodynamiciens plus purs et durs, le thérapeute PGRiste ayant conquis la connexion empathique ne se fait pas obligation de maintenir sa réserve abstinent et ascétique dans la suite du processus de résolution de rupture. Suite au traitement interne des identifications sous-jacente à la rupture de reproduction, il est prêt à s'ouvrir désormais à la différenciation progressive des modes subséquents, plus co-construits, de la voie longue, soit les modes herméneutique & réel ou métacommunicationnel. Donc à partir de là, la voie longue emprunte le sentier de résolution proposé par Safran & Muran, soit à partir des stades 3 de leurs modèles processuels, stades où s'opère une exploration plus explicite et co-construite en mode métacommunicationnel.

Avant de conclure le présent chapitre, nous avons fourni au lecteur la FIGURE 4.8 et le TABLEAU 4.7 qui présentent des récapitulatifs de l'ensemble de l'information présentée jusqu'ici sur notre modèle de la voie longue ainsi que les recommandations, écueils possibles, observations et questionnements internes du thérapeute pour chacune de ses étapes. Notons que le TABLEAU 4.7 reprend en l'élargissant des éléments de la grille de questionnement existante de Delisle. Les voici :

Figure 4.8 Proposition de voie longue de résolution de rupture d’alliance



Traitement à prédominance interne : mode transférentiel

Tableau 4.7 Proposition de grille de questionnement dans la voie longue de résolution de rupture d'alliance

Dimension/phase	Recommandations pour le thérapeute	Signaux à surveiller	Observation/questionnement interne pour aider le thérapeute
Détection d'une rupture de reproduction	- balayage empathique et attentionnel des marqueurs de rupture de reproduction	- Marqueurs de ruptures d'évitement et de confrontation ; marqueurs de reproduction	- Quelle est mon impression de ma relation à ce moment-ci? - Ai-je l'impression d'un manque de collaboration, de confiance, de sécurité ou de reconnaissance? - Ai-je l'impression d'un mésajustement, d'une distorsion ou déinvestissement dans la direction, les attentes ou les tâches thérapeutiques proposées? - Est-ce que mon patient est dysrégulé, rigide, clivé, dissocié? Est-il difficile à cerner (déli, dissociation ou opacité massive)? Ai-je l'impression de porter quelque chose de différent et de prégnant avec ce patient (projection ou identification projective massive)?
Ascétisme passif ou réception	Disposition d'ouverture mentale	- me (re)mettre volontairement dans une disposition de retenue, d'attente sobre et réflexive ; relâchement de mon attention sélective et de mon activité de jugement (attention flottante, indifférence ou ignorance créatrice ; me (re)mettre en contact avec mes signaux psychosomatiques, affectifs, cognitifs et tendances comportementales (pensées, émotions, rêveries et associations) ; être préparé et permettre à ces signaux d'entrer dans ma conscience	- conflits internes, préoccupations non résolues, distractibilité ; préjugés, stéréotypes ou rigidités théoriques, timidité... fixer des limites aux signaux ressentis ; impression de vouloir éviter, d'être hypersensible ou insensible, anxiété ; stressors personnels (décès, naissance, conflits, séparation...), manque de sommeil ou suractivation, irritabilité, impatience, ennui, excès d'enthousiasme, humour inhabituel ou manque d'humour,
	Pression interactionnelle	- se laisser immerger, affecter et bouleverser totalement par l'intensité, la profondeur et la texture de la rupture ; tenter d'inhiber toute tentative d'interprétation, de compréhension ou de communication non descriptive	- fermeture à la modification de mon expérience, refus de se laisser influencer ; rigidité ou laxisme du cadre relationnel
	Affect-Signal	- s'intéresser activement et précisément aux différents pulsions, impulsions, ressentis, pensées, comportements, qui émergent ; traiter ces émergences comme un effet de signal identificatoire	- culpabilité vis-à-vis de mes émergences particulièrement celles qui ne cadrent pas avec mes valeurs d'appartenance théorico-clinique
Ascétisme actif ou traitement interne	Contenance/séparation	- observer, nommer, conscientiser et accepter pleinement cette expérience de modification de soi dans la rupture ; tolérer, voir même amplifier l'inconfort ; créer un espace réflexif de permissions pour donner le temps de trouver un armage herméneutique au vécu-viscéral ; m'interroger sur mon expérience d'identification et ses sources sous-jacentes	- difficulté à accepter l'identification (résistances, décharges, refus ou blocage plus ou moins conscients d'aspects de son expérience) ; difficulté à développer un espace réflexif intégrateur ; préjugés théoriques/cliniques (intellectualisation du processus thérapeutique)
	Modèles de travail	- construire, être à l'écoute et incarner mon modèle de travail patient ; construire, être à l'écoute et incarner mon modèle de travail thérapeute ; différencier chacun des modèles	- difficulté à construire un ou les deux modèles de travail (biais ou privilège accordé à un des deux modèles de travail) ; difficulté à incarner/jouer, être à l'écoute d'un des modèles de travail, difficulté à différencier chacun des modèles de travail et leur rôle dans la rupture de reproduction
	Connexion empathique	- s'interroger à savoir si on est nous-même en mode d'identification projective ; s'interroger à savoir comment on pense être la cible de l'identification projective ; préciser, se questionner et inférer sur les types d'ajustement identificatoire (différencier la dimension concordante et complémentaire, conjoncturelle et structurale de l'ajustement) ; en dégager et en comprendre la nécessité, la dynamique et le sens profond (conscient et inconscient)	- ne pas voir qu'on est nous-mêmes en mode d'identification projective ; ne pas voir en quoi sa propre expérience peut être une contrepartie dynamique de celle de son patient ; ne pas inscrire sa propre expérience dans le cadre plus large de l'alternance dynamique des deux types d'ajustements, soit tantôt le mode concordant et tantôt le mode complémentaire
Décision empathique de traitement de la rupture de reproduction			- Est-ce que mon patient est en mesure, compte tenu de ces observations, de recevoir mon vécu au moment de la rupture? - En ce moment, avec ce patient.e, est-il plus indiqué - d'intensifier l'identification en revenant à un relâchement attentionné ? - ou au contraire, d'atténuer l'identification et de ne recentrer sur ma théorie pour me dégager ?

CONCLUSION

Pour conclure notre essai, nous rappellerons nos grandes visées de départ. D'abord, celle de tenter de théoriser la complexité de ce que nous observons et ressentons dans notre propre clinique des ruptures d'alliance, et ensuite celle de contribuer, par le détour de la créativité herméneutique, au dépassement de notre propre phénoménologie empirique tout en respectant l'héritage conceptuel existant. Nous avons cherché à mieux systématiser et enrichir cet héritage en synthétisant deux littératures particulières, l'une concernant le processus de résolution des ruptures d'alliance thérapeutique et l'autre à propos de l'expérience identificatoire en phase de reproduction. Rappelons nos remarques préliminaires concernant la littérature sur la résolution de ruptures, celle d'une part, du constat d'une tendance à mettre l'accent de manière quasi exclusive sur le développement des compétences métacommunicationnelles pour résoudre les ruptures d'alliance. Nous avons pu voir que cette littérature pouvait sembler insuffisante quant aux enjeux identificatoires, pourtant prégnants dans notre clinique des ruptures et pour lesquelles nous nous sentions démunis avec le seul outil de la métacommunication. D'où la pertinence d'apporter un éclairage complémentaire de cette littérature avec certains concepts centraux de la PGRO, notamment pour mieux comprendre les ruptures où certains champs de communication, particulièrement verbaux, sont difficiles ou impossibles. Dans ces moments, on a vu à quel point il est essentiel pour le thérapeute de porter viscéralement l'intolérable et l'indicible d'une rupture de reproduction, dont l'information ne peut être communiquée qu'implicitement et inconsciemment. On a vu aussi que les ruptures de reproduction demandent parfois de s'exprimer suffisamment, voire de s'exacerber, pour permettre un traitement intégré. Ces ruptures de reproduction doivent nécessairement se produire pour que le travail en profondeur avec une personne souffrant de pathologie de la personnalité puisse progresser vers une réparation.

Rappelons que notre intuition de base a été pour pallier à ce problème de greffer au mode métacommunicationnel de Safran & Muran, celui, préalable, du mode transférentiel de la phase de reproduction, et de constituer une *voie longue* de traitement des ruptures pour aider le clinicien souhaitant une voie plus intégrée de traitement des ruptures à mieux s'orienter dans ce genre de situation.

Pour tenter de répondre à ce questionnement central, nous nous étions fixé comme objectifs de synthétiser systématiquement ces deux grandes littératures, celle sur les ruptures d'alliance et celle sur les reproductions identificatoires, afin d'en montrer certaines limites et compléments. L'autre grand objectif a été de recadrer le concept de rupture d'alliance dans le contexte d'une phase de reproduction identificatoire. Nous avons pu dès lors caractériser nos concepts de rupture de reproduction et de voie longue de résolution de rupture de manière à compléter, raffiner, préciser le travail de résolution de ruptures déjà opéré dans la littérature de Safran & Muran et rester au plus proches de la complexité de notre expérience clinique.

Pour satisfaire à nos objectifs, nous avons adapté librement la méthode de la métasynthèse, en opérant selon deux principes d'actions, soit d'une part, par les gestes descriptifs de la collecte et de la synthèse systématiques des concepts issus de nos deux corpus, et d'autre part, par le travail de reconceptualisation ou de recadrage conceptuel. Par le premier principe méthodologique, nous avons pu identifier, décrire, faire ressortir et circonscrire les concepts clés de la clinique des ruptures d'alliance et ceux de la littérature spécialisée sur le travail des reproductions identificatoires en PGRO. Par le deuxième principe méthodologique, nous avons pu relier ces concepts en respectant notre canevas d'analyse de départ en trois phases. Dans la première phase, celle de classification récapitulative des concepts centraux, nous avons pu répondre, à travers la présentation de tableaux sommaire, à l'objectif de présenter clairement l'information recueillie. Dans la seconde phase, celle de mise en relation et recadrage conceptuel, nous avons pu, à travers l'exposition de notre réflexion,

répondre à l'objectif d'opérer une mise en relation conceptuelle. Bref, cette méthodologie nous a permis de répondre à nos objectifs d'intégration systématique des notions de ruptures d'alliance et de phase de reproduction identificatoire.

Cette méthode a pu faire ressortir plusieurs éléments importants. D'abord la description, la collecte et la synthèse systématiques des concepts issus de nos deux corpus nous auront permis de confirmer certaines limites d'utilisation de la métacommunication comme méthode centrale et exclusive de résolution de rupture d'alliance. On aura vu qu'implicitement à tout le moins, Safran et Muran tiennent peut-être pour acquis qu'il faille diminuer l'intensité affective de certaines ruptures à travers le geste de désenchevêtrement affectif, et ce, de manière potentiellement précipitée. L'éclairage complémentaire du modèle tridimensionnel de la PGRO nous aura permis de voir à quel point le traitement des ruptures d'alliance dans un contexte de reproduction demande une préparation en amont de l'exploration verbale et/ou strictement herméneutique. Notre travail nous aura permis, et c'est là son cœur, d'aboutir à une caractérisation de notre concept de rupture de reproduction et à notre greffe du mode transférentiel au mode métacommunicationnel dans un processus long que nous avons appelées *voie longue de résolution de rupture*. Il est ressorti de ces caractérisations l'importance, avant toute exploration, de la (re)mise en présence à l'identification, de son traitement empathique via un processus de conquête et de traitement à prédominance interne. Le thérapeute peut être dans la position expérientielle de devoir tolérer, «tenir sa langue», jusqu'à ce qu'il soit en mesure d'acquérir la perspective nécessaire à partir de laquelle utiliser ce qu'il expérimente. On a pu voir que ce processus s'opère d'abord via le registre du viscéral-affectif plutôt qu'exclusivement par celui du sens ou celui de l'action (communication), et qu'il vise l'intégration de l'ensemble de ces registres. Nous avons pu dès lors montrer au lecteur qu'il est possible de savoir dans quelle mesure la rupture doit-elle être résolue immédiatement ou non.

Quelques limites doivent être néanmoins considérées dans le cadre de ce travail. Sur le plan de sa portée, rappelons que notre étude se limite à une expérience clinique unique commentée à l'aide de deux littératures particulières. Bien que nos critères d'inclusion et d'exclusion aient été clairement énoncés, l'accumulation, la quantité d'information, d'ouvrages, d'articles ou de recherches constituant la base référentielle de notre essai est donc resté très limité considérant la complexité expérientielle du phénomène étudié et de la littérature existante à son sujet. D'autres auteurs auraient très bien pu faire d'autres choix de littérature tout aussi justifiés. Ajoutons qu'à cause de notre méthode, on pourrait dire que nos constructions conceptuelles sont restées dépendantes de littératures établies, s'appuyant surtout sur un critère de consensus littéraire à partir d'éléments d'analyse déjà organisées et interprétées. En plus de cet aspect interprétatif de second ordre de notre matériel d'analyse, il y a l'aspect interprétatif dans la construction de nos propres concepts qui a pu aussi rester assez limité. Les modalités de synthèse et de confrontation des corpus, y compris le travail de construction des tableaux et de recadrage conceptuel d'une part, puis d'établissement des relations d'opposition et de complémentarité entre les deux corpus d'autre part, ont comporté un degré important de subjectivité et d'arbitraire (sérendipité). L'émergence de nos construits a donc pu dépendre pour une large part, de nos expériences personnelles, de nos propres aprioris idiosyncrasiques et de nos critères de pertinence clinique, bien que nous ayons tenté de les éclaircir au mieux au chapitre premier. Des points aveugles subsistent très certainement dans ces choix. Considérant les limites ci-mentionnées, la construction de nos concepts de *Rupture de reproduction* et de *Voie longue de résolution de rupture*, bien que vraisemblables, perd, de par la méthodologie utilisée, en termes de validité empirique, et donc en représentativité et généralisabilité. À ce titre, nos constructions, selon les perspectives épistémologiques adoptées, pourraient très bien ne pas faire l'unanimité ou être perçues par d'autres comme étant étrangères à leur expérience clinique. Notre étude n'est qu'un début, un essai de donner un sens à des situations d'impasses thérapeutiques autrement difficiles à manœuvrer pour tout clinicien.

Enfin, quelques pistes de réflexion s'ouvrent à nous, à la lumière des conclusions tirées jusqu'ici dans le présent travail, réflexions qui pourraient potentiellement faire l'objet de prochains travaux. D'abord, un développement métasynthétique des stades 3, 4, 5 (et 6) des processus métacommunicationnels de Safran & Muran et des modes herméneutique et réel du modèle tridimensionnel de Delisle nous apparaîtrait intéressant pour approfondir et intégrer notre concept de voie longue de résolution de rupture. Les modes herméneutique et réel, conçues comme des étapes du mode métacommunicationnel, nous font entrevoir une manière d'utiliser l'exploration métacommunicationnelle de manière plus construite, précise et mieux ajustée à une clientèle aux prises avec des carences de symbolisation, avec des enjeux divers. Des travaux plus poussés pourraient développer l'aspect de traitement à prédominance relationnelle de la voie longue de résolution de rupture, en insistant sur la communication explicite avec le patient dans les trois modes. L'exploration métacommunicationnelle de Safran et Muran pourrait s'opérer à partir d'attitudes de communication complémentaires : plus retenue et descriptive au stade de communication non interprétative (en mode transférentiel), elle évoluerait vers une attitude plus ouverte et interprétative intégrant l'analyse du transfert OU/ET du contre-transfert en mode herméneutique, pour enfin aboutir à une attitude encore plus ouverte et authentique en mode réel. Il serait sans doute nécessaire de revenir, à propos du traitement à prédominance interne, à une meilleure distinction entre les ruptures d'évitement et de confrontation en contexte de reproduction, pour aboutir à une communication plus ajustée.

Il serait aussi intéressant de mettre à l'épreuve nos constructions via des littératures plus proches des données primaires de manière à se rapprocher de l'expérience clinique d'une variabilité d'acteurs, celle des thérapeutes, mais aussi celle des patients. Cette variabilité, nous pourrions l'obtenir de différentes manières, notamment en variant les types de devis. Par exemple, si on voulait rester dans un registre plus théorique, on pourrait proposer d'analyser à travers plusieurs vignettes cliniques.

Nous pourrions ainsi approfondir notre évaluation de la vraisemblance et de la pertinence des ruptures de reproduction et de la voie longue de résolution dans le contexte de résolution de rupture selon plusieurs types d'enjeux développementaux, d'attachement, d'estime de soi et/ou d'éros-éthos par exemple, ou encore en lien avec des styles ou troubles de personnalités particulières. L'ensemble des vignettes cliniques obtenues enrichiraient de manière à raffiner, préciser le travail de résolution de ruptures et rester au plus proche d'une variabilité d'expérience clinique. Dans un registre plus empirique, des devis qualitatifs pourraient, via des entrevues semi-dirigées avec des thérapeutes à propos de leur expérience, tenter d'établir des relations entre la capacité de détection des ruptures et les contextes de reproduction, ou faire ressortir des thèmes et mesurer la concordance de nos théorisations avec certains éléments de leur expérience clinique des reproductions. On pourrait aussi proposer des devis mixtes, en adjoignant à ces entrevues semi-dirigées, des questionnaires évaluant l'efficacité d'un thérapeute par un patient intégrant le modèle de la voie longue de résolution de rupture. Bref, un large ensemble de possibilités peut s'ouvrir pour continuer de vérifier la pertinence de nos concepts, à la fois pour les thérapeutes et pour les patients.

Enfin, avant de terminer, à cause du rôle crucial accordé aux capacités de traitement interne par le thérapeute des états identificatoires intenses, inconfortables et négatifs de la relation, et surtout d'en constater l'impact sur le client, nous pensons important d'ouvrir et de nous laisser sur la question de la formation des compétences de résolution de ruptures de reproduction en l'inscrivant dans un contexte plus large. L'entraînement aux capacités négatives et aux processus autoperturbateurs ou autotransformateurs qu'elles impliquent, particulièrement dans un contexte identificatoire, nous semble indissociable d'une très bonne hygiène de vie du thérapeute. D'une part, le lecteur l'aura peut-être déjà conjecturé à partir de notre travail, le psychologue inattentif aux phénomènes identificatoires, se met à risque de transmettre à son patient ou contaminer la relation d'un ensemble d'identifications

implicites pathogènes lui appartenant, et ce, malgré des résultats d'efficacité thérapeutique apparemment souhaitables. Ces résultats souhaitables pourraient très bien découler d'une conformité aux attentes implicites du thérapeute, mais aussi, plus généralement, des identifications doxiques (et toxiques!) de chacun, soit celles issues d'un ajustement conservateur au champ social. Ceci nous amènerait à ouvrir notre questionnement dans le traitement identificatoire sur l'importance du type d'ajustement entretenu par le thérapeute avec la doxa, celle de son courant théorique, mais aussi de son champ social d'appartenance et de sa collusion avec celui de son patient. Ce questionnement nous semble d'autant plus important que la mise en œuvre d'une formation à l'appivoisement des capacités négatives nous semble aller à contre-courant des demandes et attentes socioculturelles actuelles envers le dispositif psychothérapeutique occidental, semblant aller plutôt dans le sens d'une réduction herméneutique aux dimensions médicalisante et expertisante. Ce genre de posture réductionniste, contrairement à la voie longue proposée, cherche plutôt à réduire, prédire, raccourcir le traitement, le plus souvent en l'inscrivant dans une rhétorique d'efficacité. Comprendons-nous bien, il ne s'agit pas de démoniser cette posture, mais plutôt de la remettre à sa place avec ses forces, mais aussi ses points aveugles. En constatant à quel point il importe de garder une distance critique de nos identifications doxiques, nous aurions envie, en constatant à quel point la situation du thérapeute dans le champ social importe dans la qualité relationnelle et le surgissement des ruptures, de recommander de réfléchir à un nouveau type de rupture que nous pourrions appeler *rupture iatrogénique*. Il nous semble qu'un tel concept pourrait aider à comprendre ce phénomène, soit qu'une rupture d'alliance peut être engendrée aussi par une trop grande conformité ou un ajustement conservateur du thérapeute avec ce type de doxa. Notre travail a bien montré à quel point des ruptures de contenance peuvent être vectorisées par un problème d'arrimage viscéro-théorique.

Quoiqu'il en soit, le thérapeute souhaitant travailler la voie longue devra embrasser cette tension et potentiellement faire acte de résistance à ces pressions sociales de

toutes parts. Considérant ce dernier point, une formation à la voie longue devrait intégrer des compétences d'ajustement créateur non seulement au sein de la relation thérapeutique mais aussi au sein de ce que Bourdieu appelait l'expérience doxique du monde. Les frontières floues entre la vie personnelle et professionnelle du psychothérapeute, particulièrement dans les phénomènes identificatoires, appellent à une réflexion sur les conséquences de cette hygiène en amont des processus thérapeutiques en séance. Nous invitons donc à une réflexion autour de la capacité, dans le développement de la notion de voie longue de résolution de rupture, à réfléchir en amont du processus thérapeutique pour former un thérapeute capable de remettre en question sa posture d'expert diagnosticien, tranchant sur le normal et le pathologique, pour se brancher sur une posture d'accueil, de présence et d'acceptation de l'incertitude et de l'impuissance. Ces deux dernières capacités sont essentielles pour offrir un espace intégré, ajusté et profondément transformateur au patient, mais aussi pour le thérapeute! La nature autotransformante de ces compétences, malgré le défi qu'elles représentent, nous en sommes convaincus, est un bénéfice pour tous. Mieux le thérapeute arrivera à métaboliser ses propres identifications pathogènes idiosyncrasiques, doxiques ou même iatrogéniques, mieux il arrivera à aider ses patients à les métaboliser. C'est là tout l'intérêt de la voie longue!

GLOSSAIRE

LEXIQUE OU VOCABULAIRE SPÉCIALISÉ DE LA PGRO

Ce lexique est tiré principalement de Delisle (1998) et Drault & Gravouil (2005)

Ajustement conservateur/créateur. La PGRO se propose de faire la thérapie des émergences sensorielles, émotionnelles, corporelles ou intellectuelles qui cherchent sans cesse à faire surface en nous. Ces émergences constituent des formes (gestalts) qui apparaissent sur un fond (« mon intériorité, ce qui se passe en moi). Si nous utilisons ces émergences de façon habituelle, conservatrice, donnée du passé comme si elles étaient figées et non ajustées à l'ici maintenant, nous sommes dans **l'ajustement conservateur**. Mais nous pouvons également nous y ajuster de manière créatrice, adaptée à la situation et à l'environnement, constructive pour toutes les parties, en tenant compte de l'ici et maintenant et non pas de nos idées préconçues et généralisations, de nos préjugés ou illusions, du passé mort ou du futur imaginaire. Nous choisissons alors un **ajustement créateur**, lieu des renouveaux, car je tente autre chose que mes anciennes tendances ou réactions habituelles. La Vie reprend ses droits, elle cesse d'être figée et la croissance s'embraye pour tous les possibles.

Champ. Inspiré de la psychologie du champ de Lewin, le PGRiste estime que les faits psychologiques ne peuvent s'apprécier qu'en référence au champ global au sein duquel ils apparaissent. La psyché ne serait pas de type monadique, mais ouvert sur, par et dans le monde. Le champ est donc ici l'interaction dynamique entre un organisme psychophysique et l'environnement, lequel englobe les personnes, les contextes matériel, sociologique, économique, philosophique, voire métaphysique.

Microchamps introjectés (MI) et Champ introjecté (CI). Les microchamps introjectés sont des expériences relationnelles précoces et durables en réponse à un dilemme de contact. De ces réponses aux dilemmes de contact résultent une perte

d'unité du Self et des microcosmes du champ sont intégrés en bloc (introjecté) à l'intérieur du Self. Ces microchamps introjectés y « vivent » sous forme de représentations et sont maintenus hors ou dans l'arrière-fond de la conscience, puis contaminent le processus de formation des figures qui peut être confondu avec le champ. Ils sont maintenus hors de la conscience en raison de leurs contenus intolérables, mais demeurent dynamiques en raison de leur contenu indispensable. La somme des microchamps introjectés est le Champ introjecté.

Cycle de contact. L'expérience du monde, le contact (que cette expérience soit d'ordre perceptive, affective, réflexive ou comportementale) et la satisfaction de nos besoins (fusion-séparation) s'opéreraient par un cycle organique d'expérience comportant les étapes suivantes : le retrait (ou repos), la sensation, la prise de conscience, la mobilisation, l'action, le contact et le retrait (satisfaction). Toute expérience optimale passerait par ses étapes et cristalliserait une conception dynamique du champ des rapports entre l'organisme et l'environnement. Le geste psychothérapeutique par excellence de la PGRO consiste en la restauration de la fluidité du cycle de contact.

Dilemme de contact. Une configuration du champ telle qu'un élément de l'environnement est vécu par le Self comme à la fois indispensable à la survie et intolérable pour la survie. Ne peut être résolu par le Self naissant que par l'introjection primaire.

Introjection primaire. Le Self, en tant que structure processuelle de contact et de création de figures (donc de sens), est responsable du processus d'intériorisation du champ. L'intériorisation est le processus par lequel des aspects du monde extérieur et des relations avec celui-ci, sont pris au sein de l'organisme et représentés dans sa structure interne. Celle-ci peut se faire sur deux modes : l'assimilation ou l'introjection. L'introjection primaire est la forme conservatrice de l'intériorisation et

l'assimilation en est la forme créatrice. Dans l'introjection, un dilemme du contact se pose lorsque le champ est configuré de telle sorte qu'une expérience est à la fois indispensable et inassimilable. Il est alors impossible au Self naissant du nourrisson d'en dégager du sens, de construire une figure nette. La seule solution consiste à introjecter l'expérience de sorte d'avoir l'indispensable sans savoir l'intolérable. L'expérience est alors interrompue et inachevée. Une fois intériorisée, une relation vit à l'intérieur sous la forme d'une représentation. Contrairement à l'assimilation, ce qui fait partie de l'environnement est donc éprouvé comme faisant partie de l'organisme sans discrimination sur ce qui peut être bénéfique pour l'organisme et toxique pour lui. Autrement dit, il avale tout rond ce que l'environnement lui fournit.

situations inachevées (si). Écrits à la minuscule pour les distinguer de la Situation Inachevée (SI), ce sont les situations qui ne permettent pas la bonne complétion ou qui interrompent le cycle de contact. Les situations inachevées peuvent être ou ne pas être dérivées de la SI. Elles sont plus facilement accessibles à la conscience.

Situation Inachevée (SI). Prototype des situations inachevées, elle s'écrit avec la majuscule pour la distinguer des situations inachevées de niveau inférieur. Elle résulte de l'introjection primaire qui interrompt le cycle de contact, alors que le Self naissant se trouve confronté au dilemme de contact.

BIBLIOGRAPHIE

Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., ... Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations for the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 495-497. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.495>

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.171>

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)

Adler, G., & Rhine, M. W. (1992). The self-object function of projective identification. Dans *From inner sources: New directions in object relations psychotherapy* (p. 139-162). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current opinion in neurobiology*, 11(2), 231-239.

Alvarez, A. (1997). Projective identification as a communication its grammar in borderline psychotic children. *Psychoanalytic Dialogues*, 7(6), 753-768.

Anaki, D., Faust, M., & Kravetz, S. (1998). Cerebral hemispheric asymmetries in processing lexical metaphors. *Neuropsychologia*, 36(7), 691-700.

Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality. Vol. I. Psychological aspects*. Oxford, England: Columbia Univer. Press.

Aron, L. (1996). Symposium on the meaning and practice of intersubjectivity in psychoanalysis introduction. *Psychoanalytic Dialogues*, 6(5), 591-597. <https://doi.org/10/crk3qz>

Aron, L. (1998). The clinical body and the reflexive mind. Dans F. S. Anderson & L. Aron (Éd.), *Relational perspectives on the body* (p. 3-37). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Barbas, H. (1995). Anatomic basis of cognitive-emotional interactions in the primate prefrontal cortex. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 19(3), 499-510.

Barber, J. P., Khalsa, S.-R., & Sharpless, B. A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. Dans J. C. Muran & J. P. Barber (Éd.), *The Therapeutic Alliance : An Evidence-Based Guide to Practice* (p. 29–43). New-York: The Guilford Press.

Beaucher, V., & Jutras, F. (2007). Étude comparative de la métasynthèse et de la méta-analyse qualitative. *Recherches qualitatives*, 27(2), 20.

Bevington, D., Fuggle, P., Fonagy, P., Target, M., & Asen, E. (2013). *Innovations in Practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT) – a new integrated approach to working with the most hard to reach*

adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(1), 46-51. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2012.00666.x>

Bion, W. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.

Bion, W. (1970). *L'attention et l'interprétation*. Payot

Bioy, A., Bénony, H., Chahraoui, K., & Bachelart, M. (2012). Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'Évolution Psychiatrique*, 77(3), 342-351. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.02.003>

Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: psychoanalysis and the unthought known*. London: Free association.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252. <https://doi.org/10/b7fkzw>

Bouchard, M.-A., & Guérette, L. (1991). Psychotherapy as a hermeneutical experience. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(3), 385-394. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.28.3.385>

Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique, précédé de trois études d'ethnologie kabyle*. Genève-Paris: Librairie DROZ.

Bourdieu, P. (1979). L'habitus et l'espace des styles de vie. Dans *La distinction : critique sociale du jugement* (p. 189-248). Paris: Éditions de Minuit.

Bourdieu, P. (1997). *Méditations pascaliennes*. Paris: Seuil.

- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Paris: Seuil.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. II: Separation : anxiety and anger*. Harmondsworth: Penguin.
- Bromberg, P. M. (1991). On knowing one's patient inside out: The aesthetics of unconscious communication. *Psychoanalytic Dialogues*, 1(4), 399-422.
- Broucek, F. J. (1991). *Shame and the Self*. New York: Guilford Press.
- Bucci, W. (1993). The development of emotional meaning in free association: A multiple code theory. Dans A. Wilson & J. E. Gedo (Éd.), *Hierarchical concepts in psychoanalysis* (p. 3-47). New York: Guilford Press.
- Buechler, S. (2004). *Clinical Values. Emotions that Guide Psychoanalytic Treatment*. Hillsdale (N.J.): The Analytic Press.
- Buechler, S. (2008a). Modeling Self-Exposure. *Contemporary Psychoanalysis*, 44(1), 101-104. <https://doi.org/10.1080/00107530.2008.10745953>
- Buechler, S. (2008b). The Legacies of Shaming Psychoanalytic Candidates. *Contemporary Psychoanalysis*, 44(1), 56-64. <https://doi.org/10.1080/00107530.2008.10745950>
- Buechler, S. (2008c). Uses and Abuses of Power in Training. *Contemporary Psychoanalysis*, 44(1), 167-173. <https://doi.org/10.1080/00107530.2008.10745960>
- Buirski, P. (2007). *Practicing intersubjectively*. Lanham, Md.: Jason Aronson.

Buirski, P., & Haglund, P. (2009). *Making Sense Together: The Intersubjective Approach to Psychotherapy*. Rowman & Littlefield.

Carle, Bournival & Drouin. *L'autodévoilement du thérapeute. Les aspects déontologiques, éthiques et cliniques*, vol 10 RQG. <https://www.cigestalt.com/documents-a-telecharger/>

Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271-279. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.271>

Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. American Psychological Association.

Chused, J. F. (1991). The Evocative Power of Enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39(3), 615-640. <https://doi.org/10/dt7t32>

Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), 36-45. <https://doi.org/10.1002/mpr.27>

Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapists' and patients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research*, 21(5), 525-540. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.587469>

Cox, M., & Theilgaard, A. (1987). *Mutative metaphors in psychotherapy : the Aeolian mode*. London ; New York: Tavistock.

Cyrulnik, B. (2010). *Mourir de dire: la honte*. Paris: Odile Jacob.

Delisle, G. (1993). La relation thérapeutique tri-dimensionnelle et l'identification projective. *Revue québécoise de Gestalt*, 1(2).

Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Éditions du Reflet.

Delisle, G. (2001). *Le dialogue herméneutique en psychothérapie*. Conférence présenté à Actes des journées d'étude de Champ G, Institut de Gestalt du Nord, France.

Delisle, G. (2007). Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique. *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 111–137.

Delisle, G., & Girard, L. (2018). *Les troubles de la personnalité: perspective gestaltiste*. Montréal: Éditions du CIG.

de Mijolla-Mellor, S. (2009). L'alliance thérapeutique et ses avatars. *Topique*, (106), 23-33.

Despland, J.-N., De Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A. C., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique: un concept empirique. *Médecine et hygiène*, 1877–1879.

Drault, É., & Gravouil, J.-F. (2005). Le processus de réparation dans la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet. *Revue québécoise de Gestalt*, 8.

Drouin, M.-S. (2014). L'alliance, ses ruptures et leurs réparations dans le processus thérapeutique.

Dryden, W. (Éd.). (1992). *Hard-earned lessons from counselling in action* (Vol. 15). London: Sage.

Duncan, B. L., Scott, M., Wampold, B., & Mark, H. (Éd.). (2010). *The heart & soul of change delivering what works in therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Eubanks, C. F., Burckell, L. A., & Goldfried, M. R. (2018). Clinical consensus strategies to repair ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 60-76. <https://doi.org/10/gf5pcf>

Eubanks-Carter, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015a). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual*. Mount Sinai-Beth Israel Medical Center.

Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015b). Alliance-focused training. *Psychotherapy*, 52(2), 169-173. <https://doi.org/10/gdz3cn>

Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., Safran, J. D., & Hayes, J. A. (2010). Interpersonal Interventions for Maintaining an Alliance. Dans L. M. Horowitz & S. Strack (Éd.), *Handbook of interpersonal psychology: theory, research, assessment, and therapeutic interventions*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., Safran, J. D., & Hayes, J. A. (2012). Interpersonal Interventions for Maintaining an Alliance. Dans *Handbook of Interpersonal Psychology* (p. 519-531). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118001868.ch30>

Fillion, R. (2012). La honte en psychothérapie. *CGI*, 39.

Fingfeld, D. L. (2003). Metasynthesis: The State of the Art—So Far. *Qualitative Health Research, 13*(7), 893-904. <https://doi.org/10/b96k2b>

Forrester, M. A. (2006). Projective Identification and Intersubjectivity. *Theory & Psychology, 16*(6), 783-802. <https://doi.org/10.1177/0959354306070530>

Geller, J. D., Norcross, J. C., & Orlinsky, D. E. (Éds.). (2005). *The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Educating and Developing Psychologists*. Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/2005-14550-025>

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The Relationship in Counseling and Psychotherapy: Components, Consequences, and Theoretical Antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*(2), 155-243. <https://doi.org/10/dq5t5n>

Gelso, C. J., & Hayes, J. (2012). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Routledge.

Gersh, E., Hulbert, C. A., McKechnie, B., Ramadan, R., Worotniuk, T., & Chanen, A. M. (2016). Alliance rupture and repair processes and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.

Goldberg, C. (1991). *Understanding shame*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Greenberg, J. (1995). Psychoanalytic Technique and the Interactive Matrix. *The Psychoanalytic Quarterly, 64*(1), 1-22. <https://doi.org/10/gftvps>

Greenberg, J. (2001). The Analyst's Participation: a New Look. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 49*(2), 359-381. <https://doi.org/10/cvqnbw>

Greenberg, L. S. (2012). Emotions, the great captains of our lives: their role in the process of change in psychotherapy. *The American Psychologist*, 67(8), 697-707. <https://doi.org/10.1037/a0029858>

Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 106-117. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330702>

Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: the dynamics of emotion, love, and power* (1st ed). Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally Focused Therapy for Couples*. Guilford Press.

Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*.

Greenson, R. R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis: A Memorial Volume to Ralph R. Greenson*. New York: International University Press.

Greenson, R. R. (1971). The real relationship between the patient and the psychoanalyst. Dans M. Kanzer (Éd.), *The Unconscious Today: Essays in Honor of Max Schur*. New York: International Universities Press.

Grinberg, L. (1981). On specific aspect of countertransference due to the patients projective identification. Dans R. Langs (Éd.), *Classics in psychoanalytic technique* (p. 201-206). New York: J. Aronson.

Grotstein, J. S. (1994). Projective Identification Reappraised: Part I: Projective Identification, Introjective Identification, the Transference/Countertransference Neurosis/Psychosis, and Their Consummate Expression in the Crucifixion, the Pieta, and Therapeutic Exorcism. *Contemporary Psychoanalysis*, 30(4), 708-746. <https://doi.org/10.1080/00107530.1994.10746881>

Grotstein, J. S. (2005). Projective trans-identification: An extension of the concept of projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 86(4), 1051-1069. <https://doi.org/10.1516/7BFW-QL6C-VWA1-NBNW>

Hamel, C. (2012). Le dialogue herméneutique, la régulation affective et la mentalisation. In, La psychothérapie du lien, *Genèse et continuité*, (p. 35-164). Montréal: Les Éditions du CIG.

Hanna, F. J. (2002). *Therapy With Difficult Clients. Using the Precursors Model to Awaken Change* (2nd éd.). American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/431778A?tab=3>

Havens, L. (1979). Explorations in the uses of language in psychotherapy: complex empathic statements. *Psychiatry*, 42(1), 40-48.

Herrmann, I. R., Greenberg, L. S., & Auszra, L. (2014). Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 26(2), 178-195. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.958597>

Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 145-159. <https://doi.org/10.1348/147608309X471497>

Hess, S. A., Knox, S., & Hill, C. E. (2006). Teaching graduate trainees how to manage patient anger: a comparison of three types of training. *Psychotherapy Research, 16*(3), 282-292. <https://doi.org/10/b7c4jb>

Hill, C. E. (2003). The Therapist Experience of Being the Target of Hostile Versus Suspected-Unasserted patient Anger: Factors Associated with Resolution. *Psychotherapy research, 13*(4), 475-491.

Hill, C. E. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy research, 19*(1), 13-29.

Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J., & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 43*(2), 207-217. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.2.207>

Horvath, A. O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The Working Alliance Inventory perspective. Dans A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Éd.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.

Horvath, A. O., C, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology, 36*(2), 223.

Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 561.

Izard, C. E. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York: Springer Science & Business Media.

Jacobs, L. (2013). Shame in the Therapeutic Dialogue. Dans R. G. Lee & G. Wheeler (Éd.), *The Voice of Shame: Silence and Connection in Psychotherapy*. Gestalt Press. <https://doi.org/10.4324/9780203766842>

Jacobs, T. J. (1991). *The use of the self: Countertransference and communication in the analytic situation*. Madison, CT, US: International Universities Press, Inc.

Jaenicke, C. (2008). *The Risk of Relatedness. Intersubjectivity Theory in Clinical Practice*. USA: Jason Aronson, Inc.

Jensen, L. A., & Allen, M. N. (1996). Meta-Synthesis of Qualitative Findings. *Qualitative Health Research*, 6(4), 553-560. <https://doi.org/10/d2v97x>

Johnson, S. M. (2003). Attachment Theory. *Attachment processes in couple and family therapy*, 103.

Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1994). *The Heart of the Matter: Perspectives on Emotion in Marital Therapy*. Psychology Press.

Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*. Northvale NJ; London: Jason Aronson.

Joseph, B. (1997). Projective identification. Dans R. Schafer (Éd.), *The contemporary Kleinians of London* (p. 100-116). Madison, Conn.: International Universities Press.

Joseph, R. (1996). *Neuropsychiatry, neuropsychology, and clinical neuroscience* (2nd éd.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Kahn, M. (1997). *Between Therapist and patient: The New Relationship* (2nd Revised ed. édition). New York: Holt Paperbacks.

Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.

Kernberg, O. (1989). Projection and projective identification: Developmental and clinical aspects. Dans J. Sandler (Éd.), *Projection, identification, projective identification* (p. 93-116). Madison, Conn.: International Universities Press.

Kernberg, O. F. (1975a). Countertransference. Dans *Borderline conditions and pathological narcissism* (p. 49-67). New York: J. Aronson.

Kernberg, O. F. (1975b). General principles of treatment. Dans *Borderline conditions and pathological narcissism* (p. 69-109). New York: J. Aronson.

Klein, M. (1996). Notes on some schizoid mechanisms. *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 5(2), 160-179.

Knoblauch, S. (2005). Body Rhythms and the Unconscious: Toward an Expanding of Clinical Attention. *Psychoanalytic Dialogues*, 15(6), 807-827.
<https://doi.org/10/cx4tfv>

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. Chicago: University of Chicago press.

Koole, S. L., & Tschacher, W. (2016). Synchrony in Psychotherapy: A Review and an Integrative Framework for the Therapeutic Alliance. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00862>

Lambooy, B., & Blanchet, A. (2004). L'opérationnalisation du concept de conscience réflexive du psychothérapeute. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 54(3), 189–205.

Langs, R. (1976a). Interactional processes. Dans *The therapeutic interaction. Vol 2* (Vol. 2, p. 565-589). New York: J. Aronson.

Langs, R. (1976b). *The bipersonal field*. New York: J. Aronson.

Langs, R. (1976c). The therapeutic and working alliances. Dans *The therapeutic interaction. Vol 2* (Vol. 2, p. 185-224). New York: J. Aronson.

Langs, R. (1981). Interventions in the bipersonal field. Dans R. Langs (Éd.), *Classics in psychoanalytic technique* (p. 279-302). New York: J. Aronson.

Larson, V. A. (1987). An exploration of psychotherapeutic resonance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3), 321-324.

Lecomte, C. (1999). Face à la complexité et à l'incertitude: l'impossibilité de se défaire de soi. *Revue québécoise de psychologie*, 20(2), 37–63.

Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25, 73-102.

Leijssen, M. (1990). On focusing and the necessary conditions of therapeutic personality change. Dans *patient-centered and experiential psychotherapy in the Nineties* (p. 225-250). Belgium: Leuven University Press Leuven.

Lingiardi, V. (2013). Trying to be useful: Three different interventions for one therapeutic stance. *Psychotherapy*, 50(3), 413-418. <https://doi.org/10.1037/a0032195>

Lingiardi, V., Holmqvist, R., & Safran, J. D. (2016). Relational Turn and Psychotherapy Research. *Contemporary Psychoanalysis*, 52(2), 275-312. <https://doi.org/10.1080/00107530.2015.1137177>

Livingston, M. S. (2001). *Vulnerable Moments. Deepening the Therapeutic Process*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson.

Livingston, M. S. (2004). Stay a little longer: Sustaining empathy, vulnerability, and intimacy in couple therapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 24(3), 438–452.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That Everyone Has Won and All Must Have Prizes? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008. <https://doi.org/10/b3nrh5>

Malin, A., & Grotstein, J. S. (1981). Projective identification in the therapeutic process. Dans R. Langs (Éd.), *Classics in psychoanalytic technique* (p. 391-396). New York: J. Aronson.

Mason, A. (2000). Bion and binocular vision. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 983-989.

Mauss, I. B., Bunge, S. A., & Gross, J. J. (2007). Automatic Emotion Regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 146-167. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00005>.

McCormick, J., Rodney, P., & Varcoe, C. (2003). Reinterpretations Across Studies: An Approach to Meta-Analysis. *Qualitative Health Research*, 13(7), 933-944. <https://doi.org/10/fc8d49>

McKinnon, J. M., & Greenberg, L. (2013). Revealing underlying vulnerable emotion in couple therapy: impact on session and final outcome. *Journal of family therapy*, 35(3), 303-319.

Mckinnon, J. M., & Greenberg, L. S. (2017). Vulnerable Emotional Expression In Emotion Focused Couples Therapy: Relating Interactional Processes To Outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 198–212. <https://doi.org/10.1111/jmft.12229>

Mitchell, S. A. (2014). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Routledge.

Morrison, A. P. (1987). The eye turned inward. Dans D. L. Nathanson (Éd.), *The many faces of shame*. New York: Guilford Press.

Morrison, Andrew P. (1989). *Shame: the underside of narcissism*. Hillsdale, NJ: Routledge, Taylor & Francis Group.

Morrison, Andrew P. (1994). The breadth and boundaries of a self-psychological immersion in shame a one-and-a-half-person perspective. *Psychoanalytic Dialogues*, 4(1), 19-35. <https://doi.org/10.1080/10481889409539003>

Morrison, Andrew P. (2008a). Shame—Considerations and Revisions. *Contemporary Psychoanalysis*, 44(1), 105-109. <https://doi.org/10.1080/00107530.2008.10745954>

Morrison, Andrew P. (2008b). The Analyst's Shame. *Contemporary Psychoanalysis*, 44(1), 65-82. <https://doi.org/10.1080/00107530.2008.10745951>

Muran, J. C. (2017). Confessions of a New York rupture researcher: An insider's guide and critique. *Psychotherapy Research*, 1-14. <https://doi.org/10/gcz6gk>

Muran, J. C., & Barber, J. P. (Éds.). (2010). *The therapeutic alliance : An evidence-based guide to practice*. Guilford Press.

Murphy, S. T., Monahan, J. L., & Zajonc, R. B. (1995). Additivity of nonconscious affect: combined effects of priming and exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 589-602.

Nathanson, D. L. (1987). *The many faces of shame*. New York: Guilford Press.

Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(6), 710. <https://doi.org/10/bh7xbd>

Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy, 48*(1), 4-8. <https://doi.org/10/b446hm>

Nutt Williams, E. (2008). A psychotherapy researcher's perspective on therapist self-awareness and self-focused attention after a decade of research. *Psychotherapy research, 18*(2), 139–146.

Nutt Williams, E., & Fauth, J. (2005). A psychotherapy process study of therapist in session self-awareness. *Psychotherapy Research, 15*(4), 374–381.

Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis, 60*(2), 357-373.

Ogden, T. H. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. New York: J. Aronson.

Orange, D. M. (1995). *Emotional understanding: studies in psychoanalytic epistemology*. New York: Guilford Press.

Orange, D. M. (2008a). The Complexity of Shame. *Contemporary Psychoanalysis, 44*(1), 110-117. <https://doi.org/10.1080/00107530.2008.10745955>

Orange, D. M. (2008b). Whose Shame is it Anyway? *Contemporary Psychoanalysis, 44*(1), 83-100. <https://doi.org/10.1080/00107530.2008.10745952>

Orange, D. M. (2009). Kohut Memorial Lecture: Attitudes, Values and Intersubjective Vulnerability. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology, 4*(2), 235-253. <https://doi.org/10.1080/15551020902738268>

Orange, D. M. (2010). Recognition as: Intersubjective Vulnerability in the Psychoanalytic Dialogue. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 5(3), 227-243. <https://doi.org/10.1080/15551024.2010.491719>

Ouellet, D., & Drouin. (2012). Analyse de l'expérience contretransférentielle et production d'une grille d'analyse du contretransfert. *Revue québécoise de Gestalt*, 13.

Paterson, B. L., Thorne, S. E., Canam, C., & Jillings, C. (2001). *Meta-Study of Qualitative Health Research: A Practical Guide to Meta-Analysis and Meta-Synthesis*. SAGE.

Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S., & Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills : An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 1-14. <https://doi.org/10/ggpdgg>

Racker, H. (1981). The meanings and the uses of countertransference. Dans R. Langs (Éd.), *Classics in psychoanalytic technique* (p. 177-200). New York: J. Aronson.

Rank, O. (1945). *Will therapy; and, Truth and reality*. Oxford, England: Knopf.

Rennie, D. L. (1998). *Person-centred counselling: An experiential approach*. Sage.

Rennie, D. L. (2000). Aspects of the patient's conscious control of the psychotherapeutic process. *Journal of psychotherapy integration*, 10(2), 151.

Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process*. New York; London: Guilford Press.

Robbins, M. (1996). The Mental Organization of Primitive Personalities and its Treatment Implications. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44(3), 755-784. <https://doi.org/10.1177/000306519604400305>

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412. <https://doi.org/10/c7c6cd>

Roussillon, R. (2012). Les fonctions de l'objet (du clinicien) et le médium malléable. Dans *Manuel de pratique clinique* (p. 25). Masson SAS: Elsevier.

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Safran, Jeremy D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(1), 11–24. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.1.11>

Safran, Jeremy D., Christopher, J., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 406-412. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.406>

Safran, Jeremy D., Christopher, J., Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating alliance-focused intervention for potential treatment failures: A feasibility

study and descriptive analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 512-531. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.512>

Safran, Jeremy D., & Kraus, J. (2014). Alliance Ruptures, Impasses, and Enactments: A Relational Perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>

Safran, Jeremy D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>

Safran, Jeremy D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford Press.

Safran, Jeremy D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286-291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>

Safran, Jeremy D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>

Safran, Jeremy D., Muran, J. C., & Shaker, A. (2014). Research on Therapeutic Impasses and Ruptures in the Therapeutic Alliance. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 211-232. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880318>

Sandelowski, M. (2004). Metasynthesis, Metastudy, and metamadness. Dans S. Thorne, L. Jensen, M. H. Kearney, & G. Noblit (Éd.), *Qualitative Health Research* (Vol. 14, p. 1342-1365). Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1177/1049732304269888>

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2003). Writing the Proposal for a Qualitative Research Methodology Project. *Qualitative Health Research, 13*(6), 781-820. <https://doi.org/10/d3c2zx>

Scaer, R. C. (2001). *Trauma, dissociation, and disease: the body bears the burden*. New York: Haworth Press.

Schlesinger, G., & Wolitzky, D. L. (2002). The effects of a self-analytic exercise on clinical judgment. *Psychoanalytic Psychology, 19*(4), 651. <https://doi.org/10/dkpsfm>

Schore, A. N. (2003). Clinical Implications of a Psychoneurobiological Model of Projective Identification. Dans *Affect regulation & the repair of the self*. New York: W.W. Norton.

Schore, A. N. (2009). Paradigm shift: The right brain and the relational unconscious. Dans *plenary address to the American Psychological Association Convention, Toronto, Canada* (Vol. 8).

Schore, J. R., & Schore, A. N. (2007). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clin Soc Work J, 36*(1), 9-20. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7>

Schore, J. R., & Schore, A. N. (2011). Clinical Social Work and Regulation Theory: Implications of Neurobiological Models of Attachment. Dans *Adult Attachment in Clinical Social Work. Practice, research an policy* (p. 57-75). New York: Springer.

Schreiber, R., Crooks, D., & Stern, P. N. (1997). Qualitative meta-analysis. Dans J. M. Morse (Éd.), *Completing a qualitative project: Details and dialogue* (p. 311–326). Thousand Oaks, CA: Sage.

Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637.

Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., & Fonagy, P. (2011). Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents With Borderline Traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(6), 563-573.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017>

Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 379-405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>

Sherwood, G. (1999). Meta-Synthesis: Merging Qualitative Studies to Develop Nursing Knowledge. *International Journal of Human Caring*, 3(1), 37-42. <https://doi.org/10/gft85p>

Slochower, J. A. (2014). *Holding and psychoanalysis: a relational perspective*. Hove, East Sussex: Routledge.

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752. <https://doi.org/10/dmx4s8>

Smith, N. (2013). *Les stratégies de régulation de la honte chez des psychothérapeutes de différents niveaux d'expérience professionnelle dans un*

contexte d'hostilité (Thèse ou essai doctoral accepté). Université du Québec à Montréal, Montréal (Québec, Canada).

Soygüt, G., & Gülüm, İ. V. (2016). A thematic analysis of therapists' perspectives on therapeutic alliance rupture moments. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(2).

Stern, D. (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi? Comment? *Psychotherapies*, Vol. 25(4), 215-222. <https://doi.org/10/dvgfqb>

Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41(2), 165. <https://doi.org/10/fhr86p>

Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: the intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Tansey, M. J., & Burke, W. F. (2009). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy* (digital edition). Psychology press.

Teasdale, J. D., Howard, R. J., Cox, S. G., Ha, Y., Brammer, M. J., Williams, S. C. R., & Checkley, S. A. (1999). Functional MRI Study of the Cognitive Generation of Affect. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 209-215. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.209>

Thériault, A., & Gazzola, N. (2005). Feelings of inadequacy, insecurity, and incompetence among experienced therapists. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5(1), 11-18. <https://doi.org/10/ds7vvx>

Thériault, A., & Gazzola, N. (2006). What are the sources of feelings of incompetence in experienced therapists? *Counselling Psychology Quarterly*, *19*(4), 313-330. <https://doi.org/10/cnkd7c>

Thériault, A., Gazzola, N., & Richardson, B. (2009). Feelings of Incompetence in Novice Therapists: Consequences, Coping, and Correctives. *Canadian Journal of Counselling / Revue Canadienne de Counseling*, *43*(2), 105-119.

Thorne, S., Jensen, L., Kearney, M. H., Noblit, G., & Sandelowski, M. (2004). Qualitative Metasynthesis: Reflections on Methodological Orientation and Ideological Agenda. *Qualitative Health Research*, *14*(10), 1342-1365. <https://doi.org/10/djqm9s>

Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, *48*(1), 50-57. <https://doi.org/10.1037/a0022061>

Vanaershot, G. (1997). Empathic resonance as a source of experience-enhancing interventions. Dans L. Greenberg & A. C. Bohart (Éd.), *Empathy reconsidered: new directions in psychotherapy* (p. 141-165). Washington: American Psychological Association.

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>

Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy for generalized anxiety*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Wurmser, L. (1981). *The mask of shame*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

Zetzel, E. R. (1966). The analytic situation. *Psychoanalysis in the Americas*, 30, 86-106.