

Tous les gestaltistes québécois, en particulier les membres de l'AQG, ont une dette de reconnaissance envers ce pionnier de notre association.

Agnès Trempe

L'alliance, ses ruptures et leurs réparations dans le processus thérapeutique

Marc-Simon DROUIN

Résumé

L'alliance thérapeutique s'avère être un concept clé dans la recherche sur les processus thérapeutiques. Ce n'est toutefois pas un élément statique du processus thérapeutique et des fluctuations de la qualité de l'alliance semblent inévitables en thérapie. Cet article propose de retracer brièvement l'évolution du concept d'alliance, de faire le point au sujet des connaissances actuelles sur les liens entre l'alliance et l'efficacité thérapeutique pour ensuite présenter une taxonomie des interventions pouvant s'adresser aux diverses formes de ruptures d'alliance ainsi que deux modèles de résolution des ruptures d'alliance que nous rencontrons dans le travail avec nos clients et, plus particulièrement, ceux souffrant de pathologies de la personnalité.

INTRODUCTION

L'alliance thérapeutique s'avère être un concept clé dans la recherche sur les processus thérapeutiques. Une méta-analyse de Horvath, Del Re, Flückiger et Symonds (2011), recensant 201 études portant sur l'alliance thérapeutique et l'efficacité des thérapies, fait ressortir que la qualité de l'alliance serait constamment corrélée au succès d'une psychothérapie, et ce indépendamment de l'approche thérapeutique utilisée. D'autres études ont même révélé que l'attrition thérapeutique peut être liée à une alliance plus faible (Bordin, 1979; Sharf, Primavera, & Diener, 2010).

Bien que les résultats semblent militer en faveur de l'importance de l'alliance, il s'agit toutefois d'un concept complexe dont la définition a grandement évolué au fil du temps. L'importance qui y est accordée varie selon les approches.

L'alliance n'est toutefois pas un élément statique du processus thérapeutique et des fluctuations de la qualité de l'alliance semblent inévitables dans tout processus. Toutefois, comme le mentionnent Lecomte, Savard, Drouin et Guillon (2004), les thérapeutes les plus efficaces sont ceux qui peuvent créer une alliance

thérapeutique tout en étant capables de réguler des relations émotionnellement intenses et variables comportant des tensions et des ruptures inévitables.

Nous nous proposons, dans cet article, de retracer brièvement l'évolution du concept d'alliance, de faire le point au sujet des connaissances actuelles sur les liens entre l'alliance et l'efficacité thérapeutique, ainsi que de traiter de la gestion de cette alliance pour une clientèle souffrant de pathologies de la personnalité. Nous présenterons ensuite une taxonomie des interventions pouvant s'adresser aux diverses formes de rupture d'alliance que nous rencontrons dans le travail avec nos clients et, plus particulièrement, ceux souffrant de pathologies de la personnalité. Nous souhaitons, de plus, présenter deux modèles de résolution de ruptures d'alliance tirés des travaux de Safran et Muran (2000). Tout au long de cet article, nous tenterons de faire ressortir les liens possibles entre le travail des ruptures d'alliance, tel que nous le proposons Safran et Muran, et les préoccupations spécifiques des thérapeutes ayant comme cadre théorique la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO).

ÉVOLUTION ET DIVERSES PERSPECTIVES DU CONCEPT D'ALLIANCE

Dans la perspective freudienne, l'alliance est principalement considérée comme une forme de transfert positif. L'attachement à la personne du thérapeute apparaît comme un préalable à tout travail thérapeutique. Zetzel (1956, 1966) est la première à avancer l'idée que l'alliance thérapeutique est essentielle à l'efficacité de n'importe quelle intervention thérapeutique. Elle affirmait que l'alliance est dépendante de la capacité fondamentale à former une relation de confiance stable. Cette capacité n'est pas nécessairement présente d'emblée; il peut donc être nécessaire que le thérapeute suscite une relation de soutien qui facilite le développement d'une alliance, de la même façon que la mère fournit un environnement maternel approprié pour faciliter le développement d'un sentiment de confiance fondamentale chez son enfant. Dans cette perspective, l'alliance est vue comme la forme de travail, engagé entre l'analyste et son client, qui doit précéder l'analyse véritable.

Greenson (1965) envisage la relation thérapeutique comme relevant à la fois des dimensions transférentielles et réelles de la relation. La relation réelle réfère à une résonnance mutuelle du client et du thérapeute qui inclut des perceptions non déformées, un lien authentique et un respect réciproque. Il conceptualise l'alliance de travail comme une habileté du client et du thérapeute

à travailler dans le sens de l'objectif du traitement dans lequel ils se sont engagés. Il met l'accent sur l'importance de faire confiance à la dimension consciente, rationnelle et objective du client en thérapie. Il note que, bien qu'un travail important doit se faire sur les dimensions transférentielles de la relation, il existe aussi des éléments non négligeables de la relation telle qu'elle se présente dans sa réalité immédiate; ceux-ci doivent faire partie intégrante du travail thérapeutique.

C'est à Bordin (1979) que nous devons la définition qui fait le plus consensus en ce qui concerne l'alliance. Il propose le terme d'alliance de travail qui se compose de trois éléments: l'entente sur les objectifs, l'entente sur les moyens et la création d'un lien affectif entre le client et le thérapeute. L'alliance nécessite une négociation continue entre le thérapeute et le client, aux plans conscient et inconscient, en ce qui concerne l'entente sur les objectifs et les tâches thérapeutiques. Ces négociations continues établissent les conditions nécessaires au changement et sont également une part intrinsèque du processus de changement. Le processus de négociation entre deux subjectivités est au cœur du processus de changement. Il ne s'agit pas d'une négociation superficielle en vue d'un consensus. À un niveau plus profond, ces négociations mettent en lumière les dilemmes fondamentaux de l'existence humaine: la négociation entre les désirs respectifs des deux partenaires, la tension entre le besoin d'affirmation et le besoin d'affiliation (Rank, 1945; Aron, 1996). Ogden, Minton et Pain (2006) font ressortir l'importance de cette tension entre ces deux besoins, tant au niveau développemental que dans ce qui se rejoue dans la relation thérapeutique.

Norcross (2011) recense les résultats de décennies de recherche sur les liens entre l'alliance et l'efficacité thérapeutique et fait ressortir les éléments suivants:

- 1- L'alliance thérapeutique n'est pas synonyme de relation thérapeutique. La relation est faite d'éléments imbriqués (empathie, résonnance, création d'un environnement sécuritaire). L'alliance est une façon de rendre compte de l'utilisation judicieuse de ces éléments.
- 2- Le développement de l'alliance n'est pas un processus séparé des interventions que les thérapeutes mettent en place pour aider leurs clients. Le développement de cette alliance est influencé par tout ce qui se passe en thérapie. Le thérapeute ne construit donc pas l'alliance, mais déploie plutôt le processus thérapeutique de telle façon que celui-ci forge la robustesse de l'alliance.

- 3- Le développement d'une alliance suffisamment bonne, très tôt en thérapie, est essentiel au succès thérapeutique. L'esprit de collaboration crée un espace de travail qui permet d'envisager les difficultés du client d'une façon nouvelle ou alternative.
- 4- L'alliance est importante dans toutes les formes de thérapie incluant les traitements prodigués à l'aide de médias (internet, téléphone, etc.). Les diverses modalités thérapeutiques commandent des niveaux différents d'intimité et d'intensité. Le thérapeute et le client doivent trouver le niveau de collaboration qui convient à la nature de leur relation afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques, ce même en l'absence de contact face à face.
- 5- Dans les premières phases de la thérapie, il est important de moduler les tâches thérapeutiques afin que celles-ci soient ajustées aux attentes, aux capacités et aux besoins du client. Les clients sont souvent peu renseignés sur la nature du processus thérapeutique, et sur ce qu'on attend d'eux quant à leur participation. Ils sont peu au courant du lien qui existe entre ce qui se produit moment par moment en thérapie et les changements souhaités. Faire le pont entre les attentes du client et les interventions que le thérapeute juge appropriées est une tâche délicate et importante. La robustesse de l'alliance dépend de l'équilibre fragile entre ces deux éléments.
- 6- Il est très important que le thérapeute surveille étroitement la perception de l'alliance du point de vue du client en début de processus. Il n'est pas rare d'observer un décalage entre les perceptions respectives du client et du thérapeute concernant l'alliance. Une mauvaise évaluation de la perception qu'a le client de l'alliance (croire qu'elle est bonne alors que le client ne partage pas cette perception) peut altérer grandement l'efficacité des techniques utilisées.
- 7- La robustesse de l'alliance fluctue souvent entre les rencontres, voire même à l'intérieur d'une seule rencontre. Ces variations sont souvent dues à des événements survenant en cours de rencontre, par exemple lorsque le thérapeute confronte le client qui est aux prises avec des conflits en apparence insolubles, ou encore lorsqu'il y a de l'incompréhension ou des réactions transférentielles intenses. Ces fluctuations sont normales et lorsqu'elles sont reconnues et résolues, elles sont en général associées à de bons résultats thérapeutiques.

- 8- Afin de maintenir une bonne alliance, il est essentiel pour le thérapeute d'accueillir de façon non défensive l'hostilité ou le négativisme du client. Les thérapeutes ne doivent pas introjecter ou encore ignorer les réactions négatives du client.
- 9- Il est beaucoup plus difficile de développer et de maintenir une bonne alliance thérapeutique avec les clients présentant un haut niveau d'anxiété interpersonnelle ou encore un trouble de la personnalité.

La gestion de l'alliance représente donc un phénomène complexe et continu tout au long du processus thérapeutique et, comme Norcross (2011) le mentionne, cette gestion s'avère un défi particulièrement complexe pour les thérapeutes qui travaillent auprès d'une clientèle souffrant de pathologies de la personnalité.

LA GESTION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE AVEC UNE CLIENTÈLE SOUFFRANT DE PATHOLOGIES DE LA PERSONNALITÉ

Les troubles de la personnalité représentent une réalité bien particulière dans l'univers des troubles mentaux. Ces troubles sont syntones au Moi, ce qui a comme conséquence que la majorité des clients souffrant de troubles de la personnalité viennent consulter d'abord et avant tout pour une autre problématique à l'axe I (trouble de l'humeur, trouble anxieux) (Millon, 2011). La gestion de l'alliance thérapeutique devient donc très délicate chez des clients qui, en principe, viennent consulter pour un problème de l'axe I alors que le travail semble vouloir s'orienter sur la problématique de l'axe II. Les recherches sur les principes thérapeutiques validés empiriquement pour le traitement des pathologies de la personnalité attirent notre attention sur la nécessité de développer une alliance thérapeutique solide et de voir à la restauration de l'alliance tout au long du processus thérapeutique (Castonguay & Beutler, 2006).

Comme nous le mentionnions plus tôt, les clients souffrant de pathologies de la personnalité ne reconnaissent pas l'origine de leur souffrance. Ils déplorent les conséquences du trouble, mais ne remettent aucunement en question le fonctionnement de leur personnalité. Il devient donc particulièrement délicat de mettre en place les conditions de l'établissement et du maintien de l'alliance thérapeutique.

Le modèle de la PGRO développé par Delisle (1998) s'applique de façon spécifique aux clients souffrant de pathologies de la

personnalité. Delisle (2004) postule que le processus thérapeutique est fait de cycles plus ou moins longs où se déploie la trilogie : reproduction – reconnaissance – réparation. Pour que ces cycles se déploient, le thérapeute doit absolument se présenter au client dans un sentiment d'ouverture à sa complexité et à sa singularité expérientielle. Cette ouverture doit s'appuyer sur une tolérance à la reproduction des impasses en thérapie, à la distorsion perceptuelle à son égard et à la pression psychologique qui en résulte. Cette attitude exige du thérapeute une capacité à utiliser ses compétences affective, réflexive et interactive au service du développement d'une alliance thérapeutique robuste et une préoccupation constante des ruptures d'alliance et de la restauration de celle-ci. Bien que l'importance de cette préoccupation ne soit pas exclusive au traitement des pathologies de la personnalité, il nous apparaît tout de même qu'il s'agit d'un univers où les ruptures d'alliance et leur réparation sont fréquentes et font partie intégrante du travail thérapeutique.

Les ruptures d'alliance lors des trois phases du processus thérapeutique

Lors de la phase de reproduction, une rupture d'alliance peut empêcher le client d'être dans un espace thérapeutique qui lui permet de reproduire ses enjeux relationnels. Soit il cherche la confluence avec les attentes du thérapeute (ce qui en soi peut être une reproduction), soit le niveau de confiance nécessaire pour être reçu dans ses dimensions les plus intimes et pénibles ne peut être atteint et la reproduction lui semble intolérable. Le thérapeute et le client participent à leur façon à cette rupture. Le thérapeute doit alors se demander de quelle façon il a pu participer (bien malgré lui possiblement) à la difficulté qu'éprouve le client à se laisser aller dans cet espace de reproduction.

Lors de la phase de reconnaissance, les ruptures d'alliance peuvent se manifester en tant que refus du client à participer au dialogue herméneutique. La relation thérapeutique se situe alors dans un espace où le client ne vient que se plaindre du monde externe en refusant de considérer sa participation à son problème. Ici également, le thérapeute peut contribuer aux ruptures qui nuisent au bon déploiement de la phase de reconnaissance. Par exemple, un manque de compréhension du caractère archaïque de certains enjeux d'attachement et de leurs liens avec les ajustements de surface pourrait constituer un obstacle majeur à la capacité du thérapeute à établir un dialogue optimal. Cette qualité de dialogue est nécessaire à la reconnaissance de ces enjeux et leur méconnaissance peut provoquer d'importantes ruptures d'alliance.

Lors de la phase de réparation, les ruptures peuvent être multiples. Drault et Gravouille (2005) ont identifié un certain nombre d'obstacles à la réparation en PGRO ; ces obstacles sont, bien souvent, issus de ruptures d'alliance ou accompagnés de celles-ci. Le client peut, par exemple, s'accrocher de façon illusoire à la possibilité de réparer le passé, ce qui entraîne une rupture d'alliance quant à l'entente sur les objectifs de la thérapie. De son côté, le thérapeute peut souhaiter que le client puisse tirer un bénéfice immédiat de ses actes réparateurs, influençant ainsi négativement la qualité du lien affectif entre eux.

Les résultats négatifs en thérapie sont souvent empreints de processus interpersonnels négatifs (hostilité entre le thérapeute et le client) qui peuvent se produire fréquemment chez des thérapeutes pratiquant à l'intérieur du cadre de la PGRO ou qui interviennent auprès d'une clientèle souffrant de pathologies de la personnalité.

Certains thérapeutes obtiennent systématiquement de meilleurs résultats que d'autres en psychothérapie. Les habiletés personnelles du thérapeute semblent donc plus importantes que les modalités thérapeutiques et les thérapeutes les plus efficaces sont ceux qui sont capables de faciliter le développement d'une bonne alliance thérapeutique. Les difficultés relationnelles dans le processus thérapeutique et les ruptures d'alliance sont inévitables. Une des habiletés les plus importantes des thérapeutes est cette capacité à faire face aux processus négatifs et à réparer les ruptures d'alliance.

Le processus qui consiste à développer l'alliance et à résoudre les difficultés qui surgissent inévitablement n'est plus considéré uniquement comme prérequis au travail thérapeutique, mais devient plutôt l'essence même de la thérapie.

UNE TAXONOMIE D'INTERVENTIONS POUR TRAVAILLER LES RUPTURES D'ALLIANCE

Les thérapeutes expérimentés utilisent un vaste répertoire d'interventions pour développer et gérer l'alliance thérapeutique et venir à bout des ruptures d'alliance lorsqu'elles se produisent.

Si nous adoptons le point de vue de Bordin (1979) sur l'alliance, il est utile de conceptualiser les ruptures d'alliance comme appartenant à deux catégories. Les ruptures qui consistent en une mésentente sur les objectifs et les tâches, et les ruptures concernant le lien entre le thérapeute et le client. Ces deux univers sont toutefois intimement liés. De plus, chacune de ces deux catégories de rupture peut être traitée de façon directe ou indirecte.

Safran et Muran (2000) proposent une taxonomie d'intervention visant à résoudre les différentes ruptures d'alliance et des interventions spécifiques visant à réparer ces ruptures. La figure 1 présente les catégories de rupture et les stratégies visant à les résoudre. Avant de présenter ces interventions de façon détaillée, nous souhaitons mettre l'accent sur l'importance du travail en champ 1, soit le champ de la relation thérapeutique immédiate (Delisle, 2004), dans le traitement des ruptures d'alliance.

En effet, nous ne saurions insister suffisamment sur l'importance du travail en champ 1 afin de prévenir ou encore de réparer les ruptures d'alliance. Comme nous le verrons plus loin, le travail en champ 1 peut permettre de reconnaître les ruptures d'alliance qui sont directement issues des reproductions du client dans le processus thérapeutique. C'est ce que nous entendons par le travail sur le thème relationnel central. Par contre, certaines ruptures sont issues de la relation thérapeutique sans pour autant être liées directement aux enjeux inachevés du client. Dans les deux cas toutefois, c'est à partir d'un travail assidu et d'une analyse minutieuse, en temps réel, de ce qui survient dans la relation thérapeutique immédiate que la résolution des ruptures pourra prendre place. Le travail en champ 1 sert donc à mettre au jour les enjeux inachevés du client à travers le processus de reproduction, et il sert également à réguler l'état de l'alliance thérapeutique tout au long du suivi.

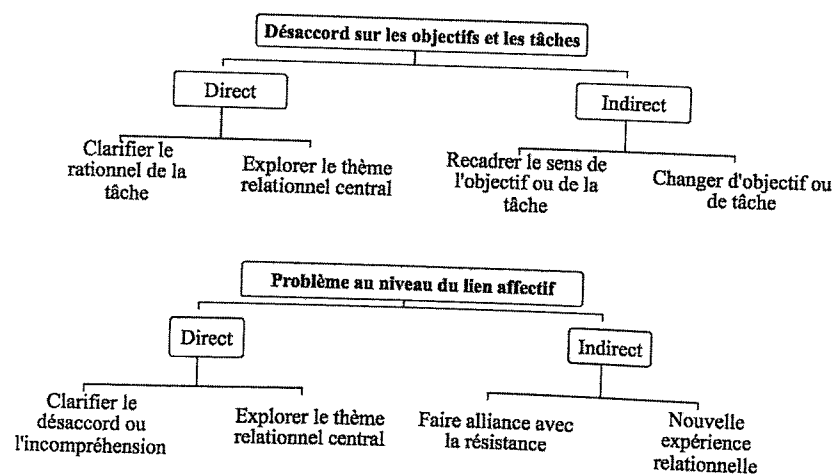


Figure 1. Les catégories de rupture d'alliance et les stratégies de résolution. [traduction libre] de Safran et Muran, 2000, p. 17

Désaccord sur les tâches et les objectifs

Les ruptures d'alliance prennent régulièrement la forme de mésententes ou de désaccords entre les thérapeutes et les clients quant aux objectifs et tâches thérapeutiques. Ces désaccords peuvent entraîner des stratégies de résolution directes ou indirectes.

Interventions directes sur le désaccord

1- Clarifier le rationnel des tâches et objectifs

Une des interventions de base pour travailler les ruptures d'alliance est de présenter à nouveau le rationnel qui sous-tend le traitement. Pour ce faire, le thérapeute peut expliquer à nouveau le fonctionnement de la thérapie et les facteurs de changement. Il peut aussi utiliser des *microexercices* (*microprocessing tasks*) qui peuvent aider le client à mieux comprendre le rationnel du processus thérapeutique. Par exemple, le thérapeute pourrait apprendre au client à se centrer sur son expérience interne en lui expliquant le lien avec le travail thérapeutique.

Il est utile d'explorer, en début de thérapie, les attentes spécifiques du client et ses croyances en regard de la façon dont la thérapie fonctionne et en quoi consiste le processus thérapeutique.

Lorsqu'une incompréhension demeure, il est important pour le thérapeute d'amener le client à spécifier les éléments qu'il ne comprend pas, car l'exploration de ceux-ci pourrait révéler que l'incompréhension est en fait un désaccord ou un manque de confiance de la part du client. L'exploration du désaccord ou du manque de confiance permet d'amener le travail à un niveau relationnel plutôt que cognitif. Si le thérapeute peut explorer adéquatement ce désaccord, l'alliance peut se trouver renforcée, car le client aura la sensation d'avoir été entendu et respecté.

Il y a des objectifs et des tâches explicites qui sont spontanément présentés par le client et d'autres qui sont plus implicites. Le travail au point de vue implicite requiert un certain doigté de la part du thérapeute et peut mener à des ruptures d'alliance. L'exploration de la relation thérapeutique fait souvent partie de ces éléments implicites qui méritent d'être travaillés pour raffermir l'alliance.

Un thérapeute pourrait, par exemple, dire à son client: «J'aimerais que nous prenions un peu de temps pour comprendre ce qui se passe entre nous en ce moment. Mon souhait est que cette exploration puisse nous aider à comprendre ce qui se passe dans vos relations avec d'autres personnes.»

Un autre thérapeute pourrait tenter d'explorer le processus défensif de son client en suggérant: «Avez-vous conscience de faire

quelque chose qui pourrait nuire à votre processus émotif en ce moment? Je veux simplement tenter d'attirer votre attention sur ce qui se passe en vous en ce moment pour vous aider à devenir plus conscient de ce que vous faites possiblement de façon automatique.»

2 - Comprendre le désaccord sur les tâches et objectifs en regard du thème relationnel central

Dans certaines situations, le processus de clarification des éléments qui ont contribué à un désaccord sur les objectifs et les tâches va mener à une exploration des thèmes relationnels centraux des clients ou à celle de l'impasse de contact pour un thérapeute pratiquant dans le cadre de la PGRO.

Par exemple, un client peut percevoir les questions de son thérapeute sur son monde interne comme intrusives, et ce sentiment d'intrusion peut être lié à des expériences relationnelles de non-respect de ses frontières. Un autre client peut avoir de la difficulté à considérer comme aidantes les interprétations de son thérapeute. Conséquemment, ce phénomène pourrait révéler la vulnérabilité du client relativement à certains enjeux. Il pourrait avoir de la difficulté à se sentir compris ou une tendance à voir chez les autres une attitude paternaliste à son égard. Dans le cas d'un client ayant été abusé sexuellement dans l'enfance, celui-ci pourrait facilement percevoir comme de l'exploitation sexuelle l'intérêt du thérapeute pour sa sexualité.

L'exploration de ces ruptures d'alliance peut donc mener à une exploration de la dynamique plus profonde du client. Toutefois, il est essentiel que, dans ces moments d'exploration, le thérapeute et le client collaborent à partir de la situation immédiate et dans les termes spécifiques de cette interaction. Le thérapeute doit éviter de généraliser tout de suite les éléments de cette interaction aux thèmes relationnels centraux de la vie du client. L'intervention du thérapeute pourrait prendre la forme suivante: «Commençons par regarder ce qui se passe entre nous et voyons nos contributions respectives à cette rupture et, par la suite, nous pourrions nous intéresser à ce qu'il y a de potentiellement récurrent dans cette interaction.» C'est un exemple de ce que nous entendons plus tôt en ce qui concerne le travail de champ 1 qui doit porter sur la relation immédiate avant de pouvoir nous intéresser à la dimension d'enjeux inachevés. Il est clair que le sens *développemental* à donner à cette rupture ne doit pas précéder l'expérience et l'exploration de la relation immédiate.

Interventions indirectes sur les tâches et les objectifs

1- Recadrer le sens des objectifs et des tâches

Il est parfois essentiel de recadrer les objectifs et les tâches dans des termes qui sont plus accessibles ou acceptables pour le client.

Par exemple: un client (en thérapie analytique) pourrait percevoir les efforts de son thérapeute pour comprendre ses défenses comme autant de jugements négatifs et un manque d'acceptation de la part de celui-ci. La qualité de l'alliance se trouve donc menacée et ceci nécessite une intervention. Le thérapeute a recadré l'objectif thérapeutique en insistant sur le fait que ce qui était visé par son intervention était la compréhension et l'acceptation de son processus interne; les tensions ont alors beaucoup diminué. Ce genre d'intervention peut favoriser une diminution de la tension chez le client et faciliter son adhésion au travail thérapeutique en faisant le pont avec le motif pour lequel il est venu nous consulter. C'est un exemple d'un travail de champ 1 portant sur la relation immédiate qui ouvre un chemin vers des enjeux *développementaux* non résolus.

Il est impératif que ce type de recadrage ne soit pas fait d'une façon manipulatoire ou factice. L'idée n'est pas de doré la pilule au client, mais plutôt d'offrir un recadrage authentique en respectant et en validant le schème de référence du client tout en lui rappelant en quoi consistent un travail et un processus thérapeutiques.

2- Changer les objectifs et les tâches

Dans ce type d'intervention, le thérapeute tente de travailler sur des objectifs et des tâches qui sont plus importants pour le client. L'habileté et la volonté du thérapeute de travailler d'une façon qui est plus signifiante pour le client peuvent jouer un rôle critique dans le développement de l'alliance, mais également dans la possibilité que le client accepte éventuellement de tenter des expériences plus risquées ou moins familières.

Par exemple: reconnaître qu'il est difficile pour un client d'explorer son monde affectif et réduire le nombre de questions portant sur ses émotions peut permettre au client de se sentir davantage en sécurité pour éventuellement accepter d'aller plus loin dans l'exploration de ses émotions. Le respect démontré par le thérapeute est central et servira de levier.

Problèmes au niveau du lien affectif

Attention portée directement au lien affectif

1- Clarifier les mésententes

Lorsque le client ne fait pas confiance au thérapeute ou encore qu'il ne se sent pas respecté par celui-ci, ce dernier doit tenter de clarifier ce qui se passe en essayant de résoudre d'éventuelles incompréhensions. Dans un premier temps, il ne serait pas approprié de faire des liens avec les thèmes relationnels centraux du client.

Par exemple, un thérapeute pourrait noter que son client demeure en retrait et explorer ce qui semble se produire ici et maintenant dans le processus thérapeutique. Le client pourrait reconnaître qu'il se sent blessé par un commentaire du thérapeute. Plutôt que de faire un commentaire général sur la dynamique du client, il est primordial que le thérapeute tente d'explorer la nature du malentendu. Il doit également reconnaître sa contribution au différend.

Le seul fait de pouvoir parler du malentendu et de recevoir une réponse empathique et non défensive du thérapeute peut constituer une expérience nouvelle très importante pour le client.

2 - Explorer le thème relationnel central

L'exploration de ce qui peut faire entrave à l'établissement du lien thérapeutique peut mener à l'exploration de thèmes relationnels centraux. Dans ce type d'exploration, la résolution de la rupture d'alliance devient le centre du travail thérapeutique plutôt qu'une condition nécessaire à l'accomplissement d'autres tâches. Cela peut particulièrement être le cas avec des patients présentant, dès le départ, un haut niveau de scepticisme et de manque de confiance quant à la valeur du processus thérapeutique. La distinction devient toutefois moins nette entre ce qui appartient à l'univers de l'alliance et ce qui appartient à celui du transfert. Une perspective intersubjective (dans le sens large d'une psychologie à deux personnes), ainsi que le traitement adéquat des identifications projectives et introjectives nous permet d'envisager que, dans les deux cas, il y a participation du client et du thérapeute, et que nous devons explorer la participation respective des deux acteurs dans le dénouement possible de cette rupture.

Attention portée indirectement au lien affectif

1- Faire alliance avec la résistance

Une des façons courantes de faire alliance avec la résistance est de recadrer la résistance ou l'évitement d'émotions pénibles en tant que mécanisme adaptatif.

Une cliente pourrait s'approcher d'émotions pénibles et le thérapeute poursuivre cette exploration dans un accompagnement empathique, mais soudainement sentir que la cliente se referme. Si le thérapeute accompagne cette résistance et valide le fait que la résistance fut possiblement nécessaire au maintien de la cohésion de la cliente, celle-ci pourra probablement aller un peu plus loin dans son exploration émotionnelle.

Une autre façon de faire alliance avec les résistances est de valider les aspects plus négatifs du *Self* dans la relation. Cette façon de faire n'est pas étrangère au travail des polarités ou de l'ambivalence en Gestalt-thérapie. En accompagnant et en validant le manque de confiance et le désespoir d'un client, le thérapeute permet au client d'explorer éventuellement les aspects plus positifs de sa relation, car il n'est pas obligé de nier des aspects de son expérience pour se conformer au thérapeute. Ils peuvent donc travailler sur l'établissement graduel de la confiance.

2- Nouvelle expérience relationnelle

Une dernière stratégie pour travailler les ruptures d'alliance issues du lien thérapeutique consiste à les travailler par l'action plutôt que par l'exploration directe. En se retenant d'interagir d'une façon qui confirme au client son pire cauchemar relationnel, le thérapeute peut offrir une expérience correctrice au client. Cette expérience peut amener ce dernier à modifier tranquillement ses schémas relationnels.

Cette façon d'intervenir est particulièrement appropriée avec les clients ayant de la difficulté à explorer de façon explicite la relation dans l'ici et maintenant. Le travail du champ 1 est freiné par les caractéristiques du client. Le thérapeute manifeste donc sa compréhension par ses actions plutôt que par des mots.

Un thérapeute peut décider de donner un avis au client parce que, ce faisant, il se démarque de l'image du père *abandonnant*. Cette intervention doit toutefois se faire au réel service du client et non dans le but de rechercher l'affection de celui-ci.

Un autre thérapeute pourrait décider de ne pas accepter de réduire la fréquence des rencontres pour ne pas permettre au client d'avoir la sensation d'avoir mis en boîte le thérapeute.

Safran et Muran (2000) nous ont donc proposé une taxonomie d'interventions pour travailler les ruptures d'alliance. Ils nous proposent également deux modèles de résolution des ruptures d'alliance.

DEUX MODÈLES DE RÉOLUTION DES RUPTURES D'ALLIANCE

Ces deux modèles ne sont pas rigides et ne doivent pas être perçus ou appliqués de façon uniforme d'un client à l'autre. Il ne s'agit que de points de repère utiles pour la résolution des ruptures d'alliance. Pour des fins d'enseignement et de formation, il est utile de catégoriser les ruptures en deux types de manifestations: le retrait et la confrontation.

Dans les ruptures de retrait, le client se retire du processus thérapeutique ou se désengage partiellement du thérapeute, et semble s'éloigner de son monde affectif. Ce retrait peut prendre différentes formes.

Dans certains cas, il est évident que le client a de la difficulté à exprimer directement ses besoins et ses préoccupations par rapport à la relation thérapeutique; il le fera plutôt de façon détournée ou masquée. Dans d'autres cas, le client devient subtilement complaisant en réaction aux demandes qu'il perçoit de la part du thérapeute. Cette subtilité empêche parfois le thérapeute de saisir que le client ne fait que s'accommoder à ses demandes et il se forme alors ce qu'on peut appeler une *pseudoalliance*.

Bien que ces situations n'empêchent pas toutes formes de progrès thérapeutique, ces processus ont tendance à plafonner et à maintenir le schème relationnel problématique du client.

Dans les ruptures de confrontation, le client exprime directement de la colère, de la rage, du ressentiment ou de l'insatisfaction au thérapeute.

Les deux formes de rupture sont représentatives de formes de tensions entre les besoins d'affirmation et de différenciation du client et ses besoins d'affiliation (Rank, 1945; Aron, 1996).

De façon caractéristique, dans les ruptures de retrait, le client cherche activement l'affiliation avec l'autre au détriment de ses besoins d'affirmation et de différenciation. Dans les ruptures de confrontation, le client négocie ce conflit en favorisant le besoin d'affirmation au détriment du besoin d'affiliation.

Les clients peuvent manifester les deux types de rupture, mais en privilégient souvent une qui est caractéristique de leur style d'adaptation. Dans les deux cas toutefois, nous pouvons affirmer

que le client se présente, en général, avec un profond désir d'être aidé, et aussi avec une très grande crainte d'être traumatisé à nouveau (Bacal, 1985).

Il est important que le thérapeute soit sensible aux deux types de rupture chez tous les clients plutôt que de cantonner sa vision du client dans une forme de manifestation spécifique de retrait ou de confrontation. Nous présenterons maintenant les modèles de résolution des ruptures de retrait et des ruptures de confrontation avec leurs étapes spécifiques. Les étapes de ces modèles sont des points de repère et ne sont pas absolument nécessaires ni séquentielles pour arriver à une résolution. Cependant, ils mettent en perspective des éléments importants du processus de réparation.

Modèle de résolution des ruptures de retrait

Le modèle de résolution des ruptures de retrait est composé de cinq stades, tels que présentés dans la figure 2. Chaque stade est caractérisé par des interventions spécifiques du thérapeute et des tâches particulières pour le client.

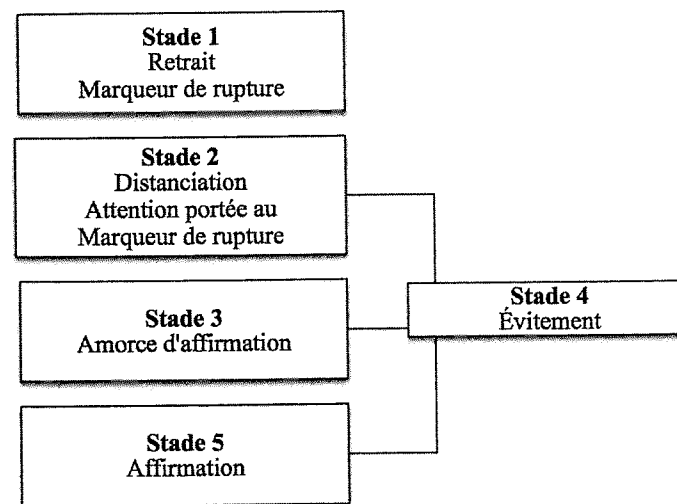


Figure 2. Modèle de résolution de ruptures de retrait. [traduction libre] de Safran et Muran, 2000, p. 143

Dans un premier temps, le thérapeute doit être attentif à la manifestation des marqueurs indiquant une rupture d'alliance. Le tableau 1 présente les marqueurs spécifiques aux ruptures de retrait.

Tableau 1
Marqueurs de rupture de retrait

- Dénî (dénî d'une émotion pourtant évidente, ce qu'un observateur neutre et de bonne foi pourrait remarquer).
- Réponse minimale (le client répond par un seul mot à des questions ouvertes d'exploration).
- Brusque changement de sujet (le client explore un thème et change soudainement de sujet vers un thème sans lien).
- Intellectualisation (un client raconte une expérience pénible sur un ton détaché).
- Raconter une histoire (un client raconte une histoire beaucoup trop élaborée pour expliquer une expérience).
- Parler des autres (un client passe un temps fou à parler des autres et de leurs faits et gestes).

Stade 1: Le client manifeste un marqueur de retrait.

Par exemple, le client répond de façon complaisante à toutes les interventions du thérapeute. Ce type de retrait fait souvent partie d'un scénario où le thérapeute est embourbé dans la dynamique relationnelle du client et répond à la passivité et à la soumission de celui-ci en devenant de plus en plus directif ou dominateur. Le client pourrait répondre à une interprétation du thérapeute par un acquiescement passif et le thérapeute, de son côté, continuerait d'approfondir son interprétation. Le client se comporte comme s'il anticipait que, de toute façon, ses besoins ne seraient ni entendus ni satisfaits.

Stade 2: Dégagement et attention sur le marqueur de rupture

Le thérapeute doit donc porter son attention sur le marqueur et mettre l'accent sur l'ici et maintenant de la relation thérapeutique. Les deux participants sont imbriqués dans la matrice relationnelle du client et doivent donc développer une conscience de leur participation à cette situation.

Dans les situations où les marqueurs de retrait se manifestent de façon subtile, le thérapeute doit porter son attention sur ses propres émotions et comportements afin de comprendre que quelque chose se passe qui mérite d'être exploré. Un thérapeute pourrait réaliser qu'il donne plus de conseils que d'habitude, qu'il est moins attentif à son client qu'il ne l'est en général avec ses autres clients, ou encore, qu'il ignore les préoccupations de son client.

Lorsque le thérapeute devient conscient que ce style d'interaction se met en place, sa tâche est de se distancier de cet espace relationnel et de commencer à explorer les émotions qui sont évitées par le client. Par exemple, le thérapeute pourrait dire: «Je me rends soudainement compte que j'ai de la difficulté à me concentrer en ce moment. Je me demande si ceci n'a pas quelque chose à voir avec la façon dont vous me racontez ce qui se passe. Pouvez-vous me dire ce qui se passe pour vous?»

Le client pourrait reconnaître qu'il se retire parce qu'il a été blessé par une remarque du thérapeute, ou encore, qu'il redoute que le thérapeute puisse ne pas tenir compte de ses perceptions.

À ce stade de résolution, il est important de diriger l'attention du client vers la situation thérapeutique immédiate: «Comment vous sentez-vous à propos de ce qui se passe entre nous en ce moment?»

Il est essentiel que le thérapeute maintienne une position empathique et soit ouvert à recevoir tout sentiment négatif qui commence à émerger chez le client. Il arrive fréquemment que ce dernier aborde des sentiments négatifs en des termes très généraux plutôt que de confronter directement le thérapeute.

Plutôt que de noter l'aspect général du discours, le thérapeute peut relever et valider l'expérience et tenter de la rallier au contexte actuel: «J'entends bien ce que vous dites et ce que cela peut avoir de décevant. On pourrait se demander si cela s'applique aussi à ce qui se passe ici entre vous et moi.»

Le thérapeute doit être très vigilant et ne pas pousser trop fort le client à exprimer des affects négatifs. Le client pourrait alors devenir complaisant et reproduire son univers relationnel habituel de soumission. Il s'agit toujours d'un processus interactif et le thérapeute doit solliciter chaque fois la participation volontaire du client dans cet espace relationnel délicat qu'est l'exploration de l'univers de ses schèmes relationnels. Dans le langage de la PGRO, le thérapeute devra à la fois explorer les manifestations des mécanismes de régulation du contact de la fonction Je tout en favorisant des transitions *interchamps* pertinentes et importantes.

Le stade de dégagement est suivi par deux processus d'exploration parallèles.

Le premier est le processus d'exploration expérientielle où le client commence à explorer les pensées et sentiments en lien avec la rupture (stade 3: Amorce d'affirmation et stade 5: Affirmation).

Le deuxième est le processus d'exploration de l'évitement qui consiste en l'exploration du processus interne défensif du client qui vient bloquer les émotions et les pensées en lien avec la rupture.

Stade 3: Amorce d'affirmation

À ce stade, le client commence à exprimer les pensées et les émotions en lien avec l'expérience de rupture. Il ne s'agit pas d'une affirmation complète, car nous sommes encore à proximité de l'émergence de la rupture.

Le client peut commencer à exprimer une émotion négative, mais a tendance à l'atténuer ou encore à retirer cette expression.

Par exemple, le client peut dire: «Je suis un peu irrité, mais ce n'est pas très important finalement».

À ce stade, le client commence à éprouver plus pleinement et à exprimer les affects sous-jacents qui sont, en général, liés à des besoins d'affirmation et de colère. Ces contenus s'accompagnent d'anxiété et le client a tendance à reculer et à ne pas éprouver ni exprimer pleinement ses affects.

Il existe un certain nombre d'interventions qui peuvent aider le client et le thérapeute à progresser au-delà de l'amorce d'affirmation. On les regroupe sous le terme d'interventions facilitant l'affirmation.

Le principe le plus important dans l'utilisation de ces interventions est de démontrer au client un intérêt et une curiosité authentiques concernant ses sentiments négatifs.

1 - Explorer et différencier divers états affectifs

Le client peut sembler éprouver un conflit entre deux affects. Le thérapeute doit alors accueillir et valider les deux affects. En voici un exemple:

«Vous semblez avoir deux points de vue sur ce problème. D'une part, vous êtes irrité et, d'un autre côté, vous dites que ce n'est pas très important. Les deux parties semblent authentiques et dignes d'intérêt. Si vous le voulez, j'aimerais vous suggérer d'aller un peu plus loin. Si c'est possible, je vous suggérerais de laisser de côté la partie qui dit «ce n'est pas très important» et de me parler un peu plus de l'autre partie, celle qui est irritée.»

Il est important ici que le thérapeute puisse donner une résonance empathique aux deux aspects, car les deux ont leur raison d'être et font partie de l'organisation psychique du client.

2 - Donner de la rétroaction au client sur la façon dont il atténue ses affirmations dans le but de le rendre plus conscient de ce processus

Le thérapeute pourrait attirer l'attention du client sur le fait qu'il commence par exprimer des sentiments négatifs et que, par la suite, il semble les retirer ou les atténuer. Il peut vérifier le niveau de conscience qu'en a le client pour ensuite l'inviter à évaluer ce qui aurait pu se produire, et quel était le risque s'il n'avait pas atténué son message.

3 - Proposer une expérimentation

Cette intervention demande d'encourager le client à exprimer directement les émotions qui ont été évitées et de rester sensible aux émotions qui seront évoquées par cette expérimentation.

Par exemple, l'échange pourrait ressembler à ceci:

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

Thérapeute - Je vous propose de tenter un exercice, de dire quelque chose comme «je veux plus de vous» et voir ce que ça vous fait.

Client - Je ne peux pas dire quelque chose comme ça.

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

Client - Je me sens très immature.

Ce passage pourrait mener à une exploration de l'attitude hostile ou autoaccusatrice que le client a envers ses besoins. Cela pourrait également mener à une prise de conscience de l'expérience évitée. Éventuellement, selon l'ouverture du client à avancer dans ce processus, l'expérimentation peut être construite avec le client qui essaiera alors une manifestation nouvelle d'expression de ses besoins.

Stade 4: Évitement

Au cours d'un processus normal de résolution de rupture d'alliance, nous progressons jusqu'à un certain point, mais il y a d'inévitables blocages. On peut repérer ces blocages grâce aux manœuvres défensives que le client met en place pour éviter les émotions liées aux ruptures.

Les exemples de manœuvres sont multiples. Le client change de sujet, parle sur un ton très neutre, ou parle en termes très généraux plutôt que de se centrer sur l'ici et maintenant de la relation thérapeutique. Le travail de l'évitement consiste en une

exploration des croyances, des attentes et d'autres processus internes qui contribuent à inhiber la reconnaissance et l'expression des émotions associées à la rupture d'alliance.

Il existe deux sous-types d'évitement :

Le premier sous-type d'évitement renvoie aux croyances et aux attentes relativement à la réaction de l'autre. Ces croyances et attentes interfèrent avec le processus d'exploration expérientielle. Dans le modèle de la PGRO, nous faisons référence ici à la Matrice de Représentation du Champ (MRC) qui reprend, au plan intrapsychique, les éléments constitutifs du champ, c'est-à-dire des représentations de Soi et des représentations de l'autre dans leurs dimensions positives et négatives. Chaque client organise sa vision du monde au sein de cette matrice (Delisle, 2004).

Par exemple: un client pourrait s'attendre à ce que l'expression de son agressivité provoque une riposte ou une vengeance de la part du thérapeute (représentation de l'autre comme agressant). Il pourrait donc avoir de la difficulté à reconnaître et exprimer de la colère (représentation de Soi comme étant soumis et victime).

Un autre client pourrait croire que l'expression de sa vulnérabilité et de ses besoins va amener l'autre à l'abandonner (représentation de Soi comme vulnérable et représentation de l'autre comme *abandonnant*). Ainsi, il aura de la difficulté à exprimer ses besoins de protection.

Dans ce contexte, les interventions les plus aidantes de la part du thérapeute sont l'exploration et l'empathie soutenues.

Ce type d'exploration est plus efficace si elle survient aussi près que possible du moment où se produit l'évitement. Le client devrait être invité à énoncer ses craintes de la façon la plus précise possible: «J'ai peur de vous offenser» plutôt que «c'est lié à ma peur de l'autorité».

Le deuxième sous-type d'évitement réfère à l'autocritique et au doute de soi, dont la fonction est également de bloquer le processus d'exploration expérientielle. Dans le modèle de la PGRO, ce type d'évitement peut être compris en tant que manifestation de la fonction Je à travers le mécanisme de rétroflexion. La rétroflexion redirige à l'interne une énergie qui est destinée à l'externe. Le résultat de l'utilisation de ce mécanisme sera de bloquer le processus d'exploration expérientielle.

Un client qui se trouve immature de faire des demandes à son thérapeute ou d'être fâché contre lui sera incapable de lui exprimer l'un ou l'autre.

Ce type d'autocritique peut être comprise en tant qu'intériorisation des réactions négatives reçues dans le passé; celles-ci sont maintenant intégrées au *Self* du client (la MRC). Cette forme de rétroflexion a d'abord eu un aspect adaptatif, mais son aspect rigide et automatique dans la relation avec le thérapeute devient un mécanisme d'ajustement conservateur.

Une erreur fréquente observée chez les thérapeutes est de considérer cette autocritique comme un progrès (une fausse maturité) plutôt qu'un indice d'évitement. Cette erreur se produit surtout lorsque le thérapeute se sent menacé par les critiques du client et il fait alors alliance avec l'évitement plutôt qu'avec le client.

Il peut être utile pour le thérapeute d'établir un dialogue entre les deux parties du *Self* du client (la partie qui cherche à s'affirmer et la partie autocritique).

Ceci permet au client d'avoir une expérience tangible et plus consciente du conflit interne et de la façon dont il se déploie en général. Idéalement, il pourra constater qu'il interfère lui-même avec l'expression de ses besoins.

À partir de ce moment, le thérapeute peut rediriger le client vers le processus d'exploration expérientielle.

Stade 5: Affirmation

À ce stade, le client a accès aux besoins sous-jacents à la rupture et les exprime. La principale différence entre ce stade et celui de l'amorce d'affirmation (Stade 3) est qu'à ce stade-ci, le client assume la responsabilité de ses besoins plutôt que d'espérer que le thérapeute les devinera, ou encore, que celui-ci est obligé de les satisfaire.

Lorsque le client arrive à s'affirmer et à exprimer ses réels besoins, il est important que le thérapeute réponde de façon empathique, sans jugement. Ce type de réponse joue un rôle important pour permettre au client d'exprimer ses besoins et désirs d'une façon différente. Ainsi, le client et le thérapeute collaboreront à la phase de réparation d'un possible dilemme de contact.

Modèle de résolution des ruptures de confrontation

Le modèle de résolution des ruptures de confrontation est, quant à lui, composé de six stades qui sont présentés dans la figure 3. Encore ici, il est à noter que chaque stade est caractérisé par des interventions spécifiques du thérapeute et des tâches particulières pour le client.

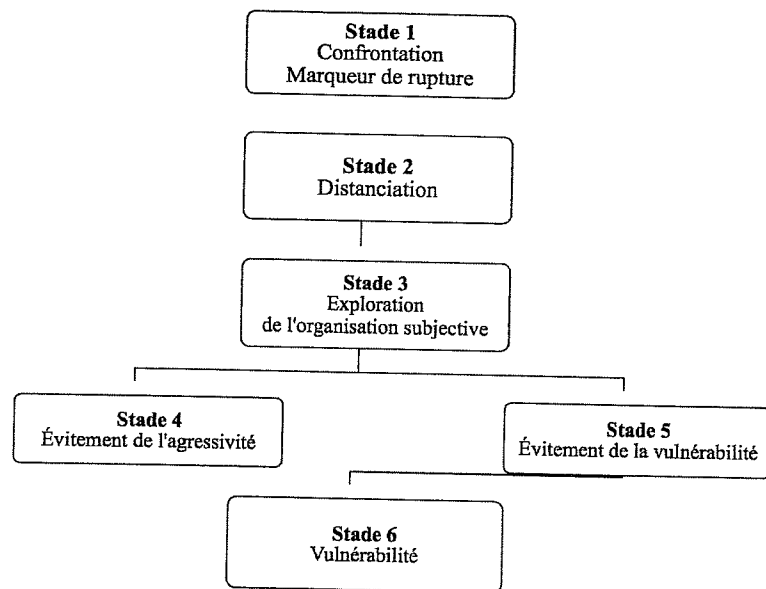


Figure 3. Modèle de résolution de ruptures de confrontation [traduction libre] de Safran et Muran, 2000, p. 156

Les ruptures de confrontation sont susceptibles d'éveiller d'intenses sentiments de rage, d'impuissance, d'autoaccusation et, éventuellement, de désespoir chez les thérapeutes. Ces émotions peuvent être suscitées par les ruptures de retrait également, mais les thérapeutes trouvent, en général, plus pénible d'être la cible d'agressivité intense et continue de la part de leur client.

Il est important de se rappeler que ce qui est central ici n'est pas d'employer une technique spécifique, mais plutôt de mettre en place un processus pour survivre à l'agression.

Les thérapeutes doivent reconnaître les émotions difficiles qui émergent en eux lorsqu'ils sont la cible de l'agressivité de leurs clients et doivent être également prêts à reconnaître, sur une base continue, leur contribution dans cette interaction.

Leur tâche consiste à démontrer un désir de rester en contact étroit avec le client et de tenter de comprendre ce qui se passe entre eux en dépit des émotions pénibles qui émergent.

Il y a beaucoup de ressemblances entre les modèles de résolution des ruptures, qu'elles soient de confrontation ou de retrait. Toutefois, l'on retrouve aussi un certain nombre de différences. Les stades 1 et 2 sont assez semblables et l'on retrouve également deux processus d'exploration parallèles: un processus d'exploration expérientielle et un processus d'exploration de l'évitement.

Lorsque le thérapeute est la cible de l'agressivité du client sur une longue période de temps, le processus de distanciation est plus central. Au stade 3, l'accent est mis davantage sur l'exploration de l'organisation subjective que sur l'affirmation et l'individuation. Le client s'affirme déjà amplement même s'il ne le fait pas nécessairement de façon adéquate. Les besoins qui émergent aux derniers stades sont davantage de l'ordre du besoin de contact et de présence (*nurturing*). Il importe également de faire une distinction entre l'évitement de l'agressivité et l'évitement de la vulnérabilité.

De façon générale, le client croit que ses besoins de soins attentifs, de protection, de chaleur (*nurturing*) vont demeurer insatisfaits. Il envisage que les autres vont y répondre par l'abandon ou par la riposte, et que la seule solution pour remédier à la situation est l'autoprotection et l'exigence que l'autre comble ses besoins.

La progression habituelle dans la résolution des ruptures de confrontation consiste à passer des sentiments de colère (stade 1), aux sentiments de blessure et de désappointement (stade 3), et ensuite aux sentiments de vulnérabilité et aux besoins de protection (stade 6).

Stade 1: Marqueurs de confrontation

Le tableau 2 présente les marqueurs de ruptures de confrontation les plus fréquemment rencontrés dans le travail clinique. La première étape pour le thérapeute consiste à déceler la présence d'un marqueur de rupture de confrontation.

Tableau 2

Marqueurs de rupture de confrontation

- Se plaindre
- Du thérapeute en tant que personne (le client attaque le style réservé du thérapeute comme étant trop passif).
- De la compétence du thérapeute (le client trouve que les interventions du thérapeute ne sont pas utiles et remet en question les habiletés du thérapeute).
- De la pertinence des interventions (le client est irrité des questions du thérapeute au sujet de ses émotions et s'interroge sur leur pertinence).
- Du fait d'être en thérapie (le client confronte le thérapeute par une remise en question de la poursuite de la thérapie).
- Des paramètres de la thérapie (le client se plaint des inconvénients liés à l'heure des rendez-vous).
- Des progrès thérapeutiques (le client se plaint de l'absence de résultats appréciables en thérapie).

Le client a une longue histoire chargée du désir qu'on prenne soin de lui et le thérapeute sera le dernier d'une longue liste de personnes susceptibles de le laisser tomber. Il entre donc dans le processus thérapeutique avec un réservoir bien plein de désappointements et de rage attendant d'être réveillés par les inévitables failles du thérapeute.

Il est presque impossible pour le thérapeute d'éviter de répondre de façon défensive aux demandes et aux critiques du client et, ce faisant, il offre la réponse à laquelle celui-ci s'attend, confirmant ainsi son scénario interne. Il est très fréquent pour le thérapeute de formuler des interprétations qui ont une subtile saveur de blâme ou qui rabaisent le client. Il arrive aussi que le thérapeute formule des interventions qui portent à la fois un aspect aidant et un aspect critique.

Stade 2: Distanciation

Le premier pas pour se distancier d'une rupture de confrontation est de tenter de briser le cercle vicieux de l'hostilité du client et de la contre-offensive du thérapeute en tentant de commenter cette lutte à partir d'une *métacommunication*. Il est important toutefois que le thérapeute reconnaisse sa participation à l'interaction difficile. Le thérapeute pourrait dire «Je crois que ce qui s'est produit c'est que je me suis senti critiqué par vous et que je vous ai répondu en tentant de vous blâmer pour ce qui se passait entre nous.»

Il peut être utile pour le thérapeute d'exprimer la sensation d'une lutte mutuelle: «Nous sommes dans une lutte de pouvoir en ce moment», et de décrire sa perception de cette lutte.

Les thérapeutes peuvent sentir une pression de prouver au client que la thérapie va les aider. Il sera plus utile de présenter ce dilemme plutôt que de répondre par des efforts de persuasion ou par de l'agressivité défensive. Le thérapeute pourrait commenter l'expérience plutôt que de tenter de répondre de façon réactive. De cette manière, le thérapeute passe à un niveau de *métacommunication* tout en demeurant en contact avec le client.

Ce travail thérapeutique permet: de libérer de l'espace interne et de donner de la rétroaction au client, ce qui lui permet de reconnaître ses sentiments négatifs envers le thérapeute, d'assumer à la fois son agressivité et l'expression de celle-ci de façon plus congruente.

La transition vers le stade 3 d'exploration de l'organisation subjective est facilitée par des processus du stade 2:

- 1- Une *métacommunication* sur le processus qui se termine par une question concernant le sens que cela peut prendre pour le client. «Qu'est-ce qui semble rendre cela nécessaire?»
- 2- La reconnaissance de l'impact que le client a sur nous.
- 3- L'aide au client afin qu'il confronte le thérapeute de façon directe et précise, ce qui peut éclairer la motivation sous-jacente à la confrontation.
- 4- L'expression par le thérapeute de ses propres sentiments agressifs, mais d'une façon adéquate, mesurée et réflexive. Ceci peut servir d'expérience vicariante pour le client qui est alors témoin d'une nouvelle façon d'utiliser l'agressivité, ce qui la rend moins terrifiante et moins potentiellement destructrice pour lui.

Stade 3: Exploration de l'organisation subjective

La tâche du thérapeute est de tenter d'élucider les nuances de la perception du client qui sont à la base de la rupture de confrontation. Il doit faire une exploration phénoménologique de l'expérience consciente du client et proposer une articulation qui se situe à la limite de sa conscience sans toutefois proposer d'interprétation dynamique. Pour un thérapeute *PGRiste*, ce travail consiste en une intervention très fine et délicate autour de la MRC tout en naviguant très prudemment entre les champs interne et externe de l'expérience du client. Le thérapeute doit respecter l'expérience consciente du client; dans le cas contraire, cela peut ressembler à un effort du thérapeute de s'extirper de la colère et de reprendre le contrôle. Il est important que le client puisse faire l'expérience que la colère, les blessures, le désappointement existents, sont acceptables et peuvent être tolérés. Cette nouvelle façon de se percevoir et de percevoir l'autre (réaménagement de la MRC) doit être suffisamment mise en place avant que le client puisse saisir ce qu'il peut y avoir de plus vulnérable derrière son agressivité.

En général, cette étape sert à permettre au client de dévoiler l'interprétation qu'il a faite de la situation problématique qu'il a vécue avec le thérapeute, de mettre une étiquette sur ses perceptions plus nuancées, et de faire un début de lien avec des situations caractéristiques de sa vie actuelle (transition *interchamps*). Le client se sent davantage compris et validé et les confrontations diminuent en intensité. C'est une étape de reconnaissance où le thérapeute et le client *coconstruisent* le sens de l'expérience immédiate tout en saisissant le lien avec les autres situations importantes de la vie du client.

Stade 4: Évitement de l'agressivité

Dans les stades précédents, le thérapeute devait porter une attention soutenue aux changements d'affects du client. Même les clients les plus ouvertement agressifs ou hostiles vont expérimenter des moments d'anxiété ou de culpabilité à propos de l'expression de leur agressivité. Ils peuvent tenter de réduire la sensation de danger qu'ils éprouvent en justifiant leurs actions ou en dépersonnalisant leurs attaques.

Si le thérapeute est trop pris dans ses émotions en réaction à l'agressivité du client, il aura de la difficulté à reconnaître et à suivre ces mouvements d'humeur. Les mouvements agressivité/culpabilité sont importants à identifier, car ils indiquent que, pour le client, l'agressivité évoque une angoisse intolérable. Il faut aider le client à devenir conscient des processus internes qui induisent ces transitions.

Stade 5: Évitement de la vulnérabilité

Dans certaines situations, le client va commencer à éprouver des sentiments de vulnérabilité et va se réfugier dans l'univers plus familier et plus sécurisant de l'agressivité. Le thérapeute doit, une fois de plus, être attentif à ces changements de tonalité affective et les exposer au client. Il peut, par exemple, demander au client: «Avez-vous une idée de ce qui s'est passé en vous au moment de ce changement?» C'est en quelque sorte une invitation à donner un sens à l'expérience.

En passant et en repassant dans ces cycles de la reconnaissance de la reproduction avec un thérapeute empathique à son expérience, le client acquiert peu à peu une plus grande maîtrise de l'automatisme de ses mécanismes de régulation et peut graduellement les assouplir et prendre de nouveaux risques. Le client devient un expert de son processus interne.

Stade 6: La vulnérabilité

Les besoins primaires cachés derrière l'agressivité du client peuvent prendre beaucoup de temps à émerger. Lorsque le thérapeute a démontré avec constance son désir et sa capacité à recevoir l'agressivité du client et à lui donner un sens accessible et pertinent pour lui, celui-ci pourra avoir accès à sa vulnérabilité.

Lorsque le thérapeute comprend le client 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 client, il ouvre la voie à l'émergence des sentiments plus vulnérables contre lesquels se défendait le client.

Au contraire de ce qui se passait plus tôt dans le processus où le désespoir pouvait être vécu, mais de façon cynique et rageuse, ce qui avait tendance à éloigner les autres, la relation thérapeutique devrait maintenant pouvoir évoluer vers quelque chose de différent. Cette expérience nouvelle pourrait s'exprimer en un assouplissement de la MRC, et en une meilleure régulation des mécanismes d'adaptation et de résistance au contact. Ainsi, les besoins légitimes de protection n'ont plus à se camoufler derrière un mur d'agressivité désespérée.

Comme pourrait le suggérer la PGRO, la dyade thérapeute-client fait alors un pas vers la relation réelle où des réparations peuvent prendre place. Ces réparations seront vécues sur un mode réel et seront corollaires des limites de chacun.

CONCLUSION

L'alliance thérapeutique, ses ruptures et ses réparations font partie intégrante de tout processus thérapeutique. Elles ne doivent donc pas être perçues comme des accidents de parcours à éviter, mais plutôt en tant qu'essence même du processus thérapeutique et une voie royale pour la résolution d'enjeux relationnels fondamentaux pour nos clients. Cette dimension inévitable des ruptures et réparations d'alliance trouve son écho dans la notion de reproduction des enjeux *développementaux* en PGRO. Le thérapeute doit permettre la reproduction de ces enjeux même s'ils sont souvent pénibles à affronter. Ainsi, tout thérapeute doit être à l'affût des ruptures d'alliance, car c'est là que se joue l'essentiel des difficultés relationnelles qui ont bien souvent amené le client à consulter. Un réel travail de réparation ne peut donc être accompli sans que ces ruptures soient affrontées. Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance du travail de champ I dans la reconnaissance et la réparation des ruptures d'alliance.

Références

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Bacal, H. (1985). Optimal responsiveness and the therapeutic process. Dans A. Goldberg (Éds), *Progress in self psychology*, (vol. 1), (pp. 202-227). New York: Guilford Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16 (3), 252-260.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.

- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité: Perspectives développementales*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Draut, E., & Gravouille, J.-F. (2005). Le processus de réparation dans la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet. *Revue québécoise de Gestalt*, 8, 69-99.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 9-16.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les thérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25 (3), 73-102.
- Millon, T. (2011). *Disorders of Personality: Introducing a DSM/ICD Spectrum from Normal to Abnormal*, 3^e éd. New York: Wiley.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work*, 2^e éd. New York: Oxford.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *The trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Rank, O. (1945). *Will therapy*. New York: Harcourt, Brace.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: Guilford.
- 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), 637-645.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.
- Zetzel, E. (1966). The analytic situation. Dans R. E. Litman (Éds), *Psychoanalysis in the Americas*, (pp. 86-106). New York: International University Press.

Abstract

Therapeutic alliance is a key concept in psychotherapy research. It is not to be considered as a static element of the psychotherapy process. Therefore, fluctuation in the quality of the therapeutic alliance is inevitable. The author wishes to retrace the evolution of the concept of therapeutic alliance and to enlighten the link between therapeutic alliance and therapeutic efficacy. He will then present a model of intervention strategies to work on therapeutic alliance rupture and a two stage-process model of alliance rupture resolution.