

Alliance thérapeutique dans la thérapie de famille

Nicolas Rechsteiner

Novembre 2007



Structure thérapeutique de la
Fondation Ethique Familiale

Résumé

Cet article est une petite synthèse sur l'art de favoriser l'alliance thérapeutique avec une famille. Nicolas Rechsteiner, psychologue, intègre les stratégies de type systémique dans une perspective plus large : la dimension éthique présente dans la relation intersubjective. Le concept de partialité multidirectionnelle de Boszormenyi-Nagy se situe précisément dans ce contexte éthique qui reste prioritaire dans le champ de la maltraitance.

Parmi les différents concepts étudiés dans le champ de la psychothérapie, il en est un qui est particulièrement important du fait qu'il pose une condition *sine qua non* pour le commencement et la poursuite du travail thérapeutique et qui, en même temps, est un facteur prédictif du succès de celle-ci. Il s'agit de l'*alliance thérapeutique*, concept que nous abordons dans cette brève contribution focalisée sur la thérapie de famille. Après avoir introduit le concept, nous illustrons un certain nombre de techniques, issues de courants théoriques différents, qui permettent aux thérapeutes de favoriser son émergence.

La thérapie, qu'elle soit individuelle ou de famille et quelle que soit son orientation théorique, peut être vue comme un travail de collaboration qui engage patients et thérapeutes à travers la mise en synergie de leurs compétences en vue d'atteindre un objectif commun : le changement d'un comportement ou d'un mode relationnel donnés. La possibilité d'atteindre un tel objectif, impliquant généralement la confrontation avec des thèmes douloureux, est subordonnée à la présence d'une qualité relationnelle entre patients et thérapeutes caractérisée par un climat de sécurité et de confiance, permettant une certaine collaboration et un engagement mutuel entre eux. Cette qualité relationnelle caractérise l'*alliance thérapeutique*, concept introduit originellement par la tradition psychanalytique nord-américaine et par Freud lui-même, et qui a ensuite été beaucoup étudié grâce au développement d'instruments permettant son évaluation. L'intérêt porté à l'étude de ce concept est, entre autres, lié au fait que plusieurs recherches (par exemple, Horvath & Luborsky, 1993 ; Krupnick et al., 1996 ; Samstag et al., 1998) ont montré qu'il existe une forte corrélation entre la qualité de l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie, ce qui ferait de l'alliance thérapeutique un facteur pronostique du résultat de la thérapie.

La possibilité que l'alliance thérapeutique puisse émerger, comme la qualité de celle-ci, résultent de l'alchimie entre plusieurs facteurs individuels et relationnels que différents auteurs (parmi lesquels Despland et al., 2000 ; Horvath & Symonds, 1991) ont tenté de cerner. Du fait du grand nombre de ces facteurs, nous pouvons avancer qu'il existe une forme d'alliance thérapeutique propre à chaque rencontre thérapeutique. Baillargeon et ses collaborateurs (2005) ont défini plusieurs dimensions relationnelles jouant un rôle dans l'émergence de l'alliance thérapeutique. Ils proposent la dimension des *tâches* (manière dont les attentes du patient à propos de la forme

d'interaction avec le thérapeute trouvent une correspondance dans les faits), celle des *objectifs* (impression du patient que le thérapeute et lui poursuivent les mêmes objectifs), enfin celle du *lien* (qualité des échanges affectifs entre le patient et le thérapeute). Outre ces dimensions, nous soutenons dans cet article qu'il est important d'en considérer une autre, d'une toute autre nature : la *dimension éthique*, soit, comme nous l'expliquerons ci-dessous, la qualité éthique de la relation, en référence aux notions de *sujet* (comme le définit l'éthicien Jean-François Malherbe) et de *partialité multidirectionnelle* (comme l'a définie le pionnier de la thérapie familiale transgénérationnelle, Ivan Boszormenyi-Nagy).

En ce qui concerne plus spécifiquement le champ de la thérapie de famille, Baillargeon et ses collaborateurs (2005) considèrent l'alliance thérapeutique comme composée de différentes formes d'alliances : *alliances individuelles* (entre chaque thérapeute et chaque membre de la famille), *alliances sous-systémiques* (alliances entre les thérapeutes et les sous-systèmes de la famille), *alliance avec le système tout entier* (alliance que les thérapeutes établissent avec la famille élargie dans son ensemble, et qui est qualitativement différente de la somme des autres types d'alliance), *alliance intrasystémique* (alliance qui se forme soit entre les membres de la famille eux-mêmes, soit entre les co-thérapeutes). Cette complexité exige un certain savoir-faire de la part des thérapeutes qui, outre le fait qu'ils doivent veiller à la qualité de leur alliance intrasystémique de co-thérapeutes, doivent aussi tenir compte des autres formes d'alliance.

De par cette complexité, il est difficile d'imaginer une « recette type », à l'usage des thérapeutes, qui permettrait de favoriser l'émergence de l'alliance thérapeutique dans le cadre d'une thérapie de famille. Il est néanmoins important de mentionner qu'il existe un certain nombre de techniques qui peuvent contribuer à son apparition. Nous en exposons ci-dessous quelques-unes provenant de courants théoriques différents.

Les techniques mises en lumière par la voie structurale de Salvador Minuchin (1974) (qui parle de *joining*) sont les suivantes :

- *Filature* : le thérapeute « (...) adopte rapidement le style symbolique de la famille, repérable dans son langage, son histoire, ses thèmes de vie privilégiés, ses valeurs, bref tous ses *marqueurs* de l'identité familiale » (Salem, 2001, p. 135, souligné par l'auteur);
- *Ajustement* : le thérapeute adopte les règles (patterns relationnels répétitifs) propres à la famille;
- *Mimésis* : le thérapeute « (...) laisse déteindre sur soi les gestes et comportements des membres de la famille en les imitant et en y faisant écho » (Salem, 2001, p. 135).

Ces techniques permettent au thérapeute d'augmenter ses chances de gagner la confiance de la famille, en se faisant « accueillir » par elle en tant que ressource plutôt que menace, ce qui crée un socle favorisant l'émergence de l'alliance thérapeutique, essentiellement pour l'alliance visant le système tout entier.

En nous inspirant des travaux de Carl R. Rogers (1951) et de Daniel N. Stern (2004), nous exposons ci-dessous deux techniques qui agissent essentiellement sur les liens affectifs:

- *Empathie* : technique approfondie entre autres par Rogers qui prévoit que le thérapeute se laisse toucher par l'émotion ressentie et exprimée par le patient, et le lui montre (tout en gardant une distance suffisante avec lui) ;

- *Intersubjectivité* : notion approfondie par Stern, qui explique que le thérapeute doit se montrer ouvert et disposé aux moments où il partage avec le patient, pendant un certain temps, le même paysage psychique et affectif (ce que Stern définit comme des *moments de rencontre*).

Le thérapeute qui adopte ces attitudes montre au patient que celui-ci mérite l'écoute de quelqu'un. Il le conforte ainsi dans son existence d'être humain. De plus, le thérapeute signale au patient qu'il peut comprendre son vécu émotionnel, et le valide ainsi dans sa souffrance (ce qui ne signifie en aucun cas qu'il le traite avec condescendance). Ceci contribue à mettre en place un climat de sécurité et de confiance, favorable à l'émergence de l'alliance thérapeutique.

Ces dernières réflexions nous incitent à mentionner d'autres techniques qui, inspirées d'une approche de nature éthique, nous paraissent capitales pour l'établissement d'une alliance thérapeutique authentique et solide. Nous fondons cet approfondissement, comme déjà relevé plus haut, sur les apports de la voie transgénérationnelle de Boszormenyi-Nagy et sur les éclairages éthiques de Malherbe (2003):

- *Partialité multidirectionnelle* : attitude paradoxale, préconisée par Boszormenyi-Nagy, qui suggère que le thérapeute prenne « (...) le parti de chacun, sans se laisser pourtant happer dans le jeu des triangulations et des coalitions du système familial » (Salem, 2001, p. 136).
- *Subjectivation réciproque* : en nous référant à Malherbe, et pour dire les choses d'une manière très simple, nous partons du présupposé que la relation thérapeutique implique une part de séduction réciproque entre thérapeute et patient. Il s'agit pour le thérapeute de « ne pas y succomber » et de veiller à ce que le patient fasse de même. Cette attitude stimule l'élaboration d'une relation dans laquelle deux sujets se rencontrent, sans que l'un tente de ramener (et réduire) l'autre à soi. Ceci rend possible la mise place d'une forme particulière d'alliance, généralement non explicitée verbalement, fondée sur une réciprocité éthique qui prévoit que le thérapeute a pour objectif le « devenir-sujet » du patient, en s'affirmant lui-même en tant que sujet (en contraste avec une relation du type sujet-objet, que Malherbe décrit précisément comme « objectifiante »). Ceci exige une certaine flexibilité de la part du thérapeute, qui doit être capable de faire alterner des moments d'empathie avec des moments de confrontation au patient, en ouvrant si nécessaire un véritable « combat thérapeutique » avec lui (Salem, 2006). Cette mobilité caractérise le concept d'« alliance conflictuelle », décrite par Salem.

Cette double attitude, à la fois éthique et thérapeutique, et fondée sur un concernement mutuel authentique du patient et du thérapeute, introduit implicitement le thème de l'équité et de la justice dynamique, en référence à la notion de réciprocité (telle que le philosophe Martin Buber (1981) l'a définie). A notre avis, elle contribue de manière décisive à l'émergence d'une alliance thérapeutique authentique, et plus large, tant sur le plan individuel que systémique.

Pour conclure, nous dirons que l'alliance thérapeutique, donnée indispensable à tout travail thérapeutique et à son succès, semble tributaire d'une multitude de variables, tantôt individuelles, tantôt systémiques. Cette complexité est accentuée dans la thérapie de famille. Il peut s'avérer difficile pour les thérapeutes de trouver la bonne façon de favoriser l'alliance thérapeutique. Parmi les techniques que nous avons illustrées, il nous semble que l'adoption d'une attitude éthique de la part du thérapeute est le facteur qui, basé sur une relation de subjectivation réciproque, permet le mieux de faciliter l'émergence d'un tel accordage. Mais il ne s'agit pas ici d'une simple donnée

« technique », et cela nous paraîtrait inquiétant de réduire cette exigence à une question méthodologique et clinique. Il s'agit bel et bien d'une réalité existentielle, dont le champ de profondeur est d'essence ontologique, qui met en cause notre crédibilité humaine, au-delà de notre mission thérapeutique.

Dans la foulée de ces réflexions, il serait intéressant d'examiner ce que devient l'alliance thérapeutique dans des situations cliniques plutôt étranges, mais parfois inévitables, par exemple celles des thérapies contraintes, à la demande des tribunaux ou à la suite d'expertises psychiatriques.

Nicolas RECHSTEINER, psychologue

Bibliographie

Baillargeon P., Pinsol W.-M. & Leduc A. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 55, 137-143.

Buber M. (1981). *Je et Tu*. Paris : Aubier Montaigne.

Despland J.-N., de Roten Y., Martinez A.-C., Plancherel A.-C. & Solai S. (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Médecine & Hygiène*, 58, 1877-1880.

Horvath A. O. & Symonds B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139 - 149.

Horvath A.O. & Luborsky L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 61, No. 4, 561-573.

Krupnick J. L., Sotsky S. M., Simmens S., Moyer J., Elkin I., Watkins J., & Pilkonis P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.

Malherbe J.-F. (2003). *De la séduction dans l'éducation de la vie spirituelle*. Texte manuscrit remis par l'auteur à la CIMI.

Minuchin S. (1974). *Familles en thérapie*. Trad. Fr 1979. Paris :Delarge.