

Sous la direction de

Marie-Jo **Brennstuhl** • Fanny **Marteau-Chasserieu**

AIDE-MÉMOIRE

L'alliance thérapeutique

en **66** notions

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2021
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-082088-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

Présentation des auteurs IX

Avant-propos XXI

PREMIÈRE PARTIE

FONDEMENTS, MODÈLES THÉORIQUES, CARACTÉRISTIQUES

Les fondements de l’alliance	5
1 Historique du concept d’alliance : du philosophe au psychothérapeute	7
2 Du transfert à l’alliance thérapeutique	13
3 L’alliance thérapeutique : un processus commun ?	19
4 L’alliance thérapeutique : une variable intégrative	25
5 Les principaux modèles d’alliance thérapeutique	31
6 Le modèle cognitif et comportemental de l’alliance thérapeutique	37
7 Le modèle psychanalytique de l’alliance : l’amour de transfert	43
8 Le modèle humaniste de l’alliance	49
9 Le modèle systémique de l’alliance thérapeutique	55

10	Neuro-spécificités de l’alliance thérapeutique	61
11	La triple alliance thérapeutique chez l’enfant	67
12	Évaluer l’alliance thérapeutique	73
Les caractéristiques de l’alliance thérapeutique		79
13	Les caractéristiques du patient influençant l’alliance thérapeutique	81
14	Impact des styles d’attachement sur l’alliance thérapeutique	87
15	Habilités et ressources du thérapeute influant sur l’alliance thérapeutique	93
16	Focus sur la présence thérapeutique et son rôle dans l’alliance	99
17	La congruence du thérapeute garante de la qualité de l’alliance thérapeutique	105
18	Mieux distinguer compétences, connaissances et efficacité du thérapeute dans la théorie de l’alliance	111
19	Les techniques favorisant l’alliance thérapeutique	117
20	Représentations, perceptions du monde et alliance thérapeutique	125
Création, rupture et restauration de l’alliance thérapeutique		131
21	Création de l’alliance thérapeutique et amorçage de la thérapie	133
22	Création de l’alliance : le cadre d’une rencontre	139
23	L’interaction verbale et non verbale dans l’instauration de l’alliance thérapeutique	145
24	Déjouer les pièges de l’entretien : un enjeu pour l’alliance thérapeutique	151
25	Les résistances en résonance avec les mouvements d’alliance thérapeutique	157
26	Qu’entend-on par rupture de l’alliance ?	163
27	Les ruptures d’alliance : une opportunité d’évolution thérapeutique	169

28	Restauration du rapport collaboratif	175
29	Deux modèles pertinents de résolution des ruptures : le retrait et la confrontation	181
30	Le rôle de la supervision dans la création, le maintien et la restauration de l’alliance	187

DEUXIÈME PARTIE

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

	L’alliance thérapeutique selon les spécificités du patient	197
31	L’essentialité de l’alliance thérapeutique en périnatalité	199
32	L’alliance thérapeutique lors de la thérapie conjointe parent-bébé	205
33	L’alliance thérapeutique dans la prise en charge du préadolescent et de l’adolescent	211
34	L’alliance thérapeutique avec la personne âgée	217
35	L’alliance thérapeutique au sein d’une prise en charge familiale	223
36	L’alliance thérapeutique avec le couple	231
37	L’alliance thérapeutique avec le patient d’une autre culture : le contexte transculturel	237
38	L’alliance thérapeutique avec le patient présentant un traumatisme complexe	243
39	L’alliance thérapeutique avec les patients présentant des troubles dissociatifs	249
40	L’alliance thérapeutique avec le patient borderline	255
41	L’alliance thérapeutique avec le patient addict	261
42	L’alliance thérapeutique avec les auteurs de violences sexuelles	267
43	Alliance thérapeutique avec les personnes ayant un handicap intellectuel	273

L’alliance thérapeutique selon les contextes de soins	279
44 Alliance thérapeutique et psychothérapie à distance	281
45 Rôle de l’institution dans la constitution de l’alliance patient-psychologue	287
46 Alliance thérapeutique en médecine et psychiatrie : particularité des soins sans consentement	293
47 Questionner l’alliance dans la prise en charge du soin aigu à l’hôpital	299
48 L’alliance thérapeutique lors des traumatismes aigus et des interventions d’urgence	305
49 L’alliance thérapeutique dans la prise en charge des militaires	311
50 Les caractéristiques de l’alliance dans un contexte de maltraitance du jeune enfant : repérage, signalement, soins	317
51 L’alliance thérapeutique au sein des groupes restreints	323
52 L’alliance thérapeutique en psychologie du travail et des organisations	329
53 L’alliance dans le travail social : un levier vers le pouvoir d’agir ?	335
L’alliance thérapeutique selon les thérapies	341
54 Le bilan psychologique chez l’enfant impose une <i>working alliance</i>	343
55 Thérapies brèves psychanalytiques et alliance thérapeutique	349
56 Approche centrée compétences et alliance thérapeutique	355
57 Alliance thérapeutique et spécificités de la thérapie EMDR	363
58 L’alliance thérapeutique en hypnothérapie	369
59 Place de la pleine conscience dans l’alliance thérapeutique	375
60 L’alliance thérapeutique en consultation avec traducteur	381
61 L’alliance thérapeutique en remédiation cognitive	389

62	Alliance thérapeutique et éducation thérapeutique du patient (ETP)	395
63	Alliance thérapeutique et évolution vers la e-santé	401
64	Alliance thérapeutique et thérapie virtuelle	407
65	L’alliance thérapeutique dans les thérapies psychocorporelles	413
66	Alliance thérapeutique et médiation animale	421

Présentation des auteurs

Sous la direction de :

Marie-Jo Brennstuhl

Docteure en psychologie, psychologue clinicienne, psychothérapeute, maître de conférences en psychologie, cheffe du pôle consultation, Centre Pierre Janet, premier centre psychothérapeutique universitaire, université de Lorraine (EA 4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Éditrice associée de *l'European Journal of Trauma and Dissociation* (Elsevier), Co-responsable du parcours type de master « Psychothérapie et dimensions traumatiques » et du DU « Psychothérapie EMDR, psychotraumatologie et compléments psychopathologiques », université de Lorraine (Metz). Elle conduit des recherches sur l’efficacité des psychothérapies, le psychotraumatisme et la douleur chronique.

Fanny Marteau-Chasserieu

Docteure en psychologie, psychologue clinicienne, psychothérapeute et superviseur, maître de conférences en psychologie, École de psychologues praticiens, équipe VCR, Paris, France. Institut catholique de Paris, membre de l’unité de recherche « Religion, Culture et Société », pôle EMI, Paris, France. Université de Lorraine (EA 4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Responsable de la coordination des supervisions à l’EPP et co-responsable des recherches sur l’alliance thérapeutique et la formation des psychologues. Elle conduit depuis son doctorat des études sur l’alliance thérapeutique. Ses travaux portent précisément sur le concept de triple alliance thérapeutique chez l’enfant et sur

l’étude du processus d’alliance chez l’adulte. Elle s’intéresse notamment aux variables dites « communes » aux psychothérapies responsables de l’efficacité thérapeutique : les facteurs du patient, ceux du thérapeute, et ceux relevant de la qualité de la relation de collaboration patient-thérapeute. Ces recherches visent d’une part à explorer l’évolution thérapeutique du patient selon ces différents facteurs ; et d’autre part à identifier des « leviers d’alliance » favorisant la bonne évolution du patient.

Avec la collaboration de :

Lorraine Angeneau

Docteure en psychologie (UQAM), psychologue clinicienne, psychothérapeute et superviseur. Enseignante à l’École de psychologues praticiens, Paris, France. Elle travaille sur l’écoute, le pardon et la croissance post-traumatique en lien avec la psychothérapie humaniste-existentielle.

Jacques Arènes

Docteur en psychologie, HDR, psychologue clinicien, psychanalyste, directeur de l’École de psychologues praticiens et professeur, équipe VCR, Paris, France. Institut catholique de Paris (EA 7403), équipe EMI, Paris, France.

Yann Auxéméry

Psychiatre des hôpitaux, chercheur associé HDR, université de Lorraine (EA 4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Il conduit des recherches sur le psychotraumatisme et l’évaluation des psychothérapies.

Élodie Barat

Docteure en neurosciences, maître de conférences – École de psychologues praticiens, équipe VCR, Paris, France. Institut catholique de Paris (EA 7403), équipe TRAJECTOIRES, Lyon, France. Centre de recherche en neurosciences de Lyon U1028/UMR5292/UCB Lyon1. Elle conduit des recherches sur le développement de la cognition sociale.

Fanny Bassan

Psychologue clinicienne, psychothérapeute, thérapeute et superviseuse EMDR (enfants, adolescents et adultes). Elle est chargée de cours et membre du Centre Pierre Janet, premier centre psychothérapeutique universitaire, université de Lorraine (Metz). Elle a participé à la publication de nombreux ouvrages et articles scientifiques.

Arnaud Béal

Psychologue social, maître de conférences à l’École de psychologues praticiens, membre de l’équipe VCR (EA 7403) ICP- École de psychologues praticiens, membre du comité de coordination de la démarche CAPDROITS.

Antoine Bioy

Professeur de psychologie clinique et psychopathologie, université de Paris 8 (LPN). Consultant au centre de ressources et de recherche en hypnose et méditation du CHU de Bordeaux. Responsable scientifique du centre de formation et d’études en hypnose IPNOSIA et de l’Agence de médecine complémentaire et alternative (A-MCA). Co-fondateur et conseiller éditorial de la *Revue de l’Hypnose et de la Santé* (Dunod).

Alain Blanchet

Professeur émérite des universités – Paris 8, président de l’École de psychologues praticiens de l’Institut catholique de Paris. Ses recherches ont porté sur l’interaction verbale et non verbale dans l’entretien clinique et les psychothérapies.

Nicolas Bosc

Psychiatre, docteur en psychologie, psychologue clinicien, psychothérapeute. Enseignant à l’École de psychologues praticiens (Paris), il s’intéresse particulièrement à la psychothérapie, la psychologie transculturelle et la situation de la santé mentale dans le monde.

Julien Bruno

Doctorant en psychologie, psychologue clinicien et du travail, psychothérapeute, chargé d’enseignement à l’École de psychologues praticiens, Paris, France et à l’université de Lorraine, Metz, France, université de Lorraine, APEMAC, F-57000, Metz, France. Il conduit des recherches sur la passion dans l’engagement et au travail.

Béatrice Chiaverini

Étudiante en master 2 « Maladie Chronique Prévention Intervention ». Elle a participé au projet « Approche Patient Partenaire de Soins » (APPS) mené par Interreg Grande Région : étude des représentations que les professionnels de santé se font de l’APPS et ce qu’ils proposent pour la développer.

Anna Cognet

Docteure en psychologie, psychologue clinicienne, psychanalyste. Enseignante associée en psychologie – École de psychologues praticiens, Paris, France. Membre associée au laboratoire CHSSC, université de Picardie Jules-Verne, Amiens, France.

Georges Cognet

Psychologue clinicien, docteur en psychologie, professeur honoraire de l’École de psychologues praticiens, expert ECPA par Pearson.

Hélène Dellucci

Docteure en psychologie, psychologue clinicienne, psychothérapeute, formatrice EMDR, chargée de cours à l’université de Lorraine, France. Elle travaille en pratique privée dans une équipe pluridisciplinaire à Genève, Suisse.

Danielle Desjardins

Psychologue clinicienne, chargée de cours en psychologie à l’université du Québec à Montréal, superviseur des stages cliniques d’orientation humaniste au Centre des services psychologiques de l’UQAM, directrice

fondatrice du Centre de psychothérapie et de formation Desjardins. Elle s’intéresse à la formation des psychothérapeutes de différentes formations et elle collabore à l’élaboration d’un programme de formation à la supervision pour le département de psychologie de l’UQAM.

Marc-Simon Drouin

Ph.D, professeur titulaire, directeur du département de psychologie, université du Québec, Montréal. Il conduit des recherches sur le rapprochement et l’intégration des modèles de psychothérapie, les facteurs associés au changement et le développement des psychothérapeutes.

Mélanie Dupont

Psychologue, docteure en psychologie, psychothérapeute, unité médico-judiciaire, Hôtel-Dieu, Paris ; chargée d’enseignement à l’École de psychologues praticiens et à l’université Paris Nanterre ; présidente de l’association Centre de victimologie pour mineurs¹ ; présidente de l’association des psychologues de médecine légale².

Estelle Fall

Maître de conférences en psychologie de la santé, université de Lorraine (EA 4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Elle conduit des recherches sur l’efficacité des interventions complexes dans le champ de la santé, et plus particulièrement celui de l’éducation thérapeutique.

Christophe Ferveur

Psychologue clinicien (Fondation Santé des Étudiants de France), psychanalyste (membre de la Société Psychanalytique de Paris). Formateur à l’École de psychologues praticiens, formation continue, Association Psychothérapie et Psychanalyse (APEP). Président du Réseau de soins psychiatriques et psychologiques pour les étudiants (RESPPET). Consultant en prévention des risques psycho-sociaux.

-
1. www.cvm-mineurs.org
 2. www.psy-umj.fr

Matthieu Fouché

Psychologue, coordinateur de l’antenne Vietnam de l’École de psychologues praticiens à Hô Chi Minh-Ville. Il a co-fondé l’association Maac Lab avec Evie Rosset. Il travaille sur le développement de l’*empowerment* et l’utilisation de la motivation altruiste comme levier vers l’épanouissement des personnes.

Romane Ghestem

Psychologue clinicienne, psychothérapeute, Centre psychothérapique de l’Ain, centre pénitentiaire de Bourg-en-Bresse. Formatrice membre du Réseau pédagogique Institut Agatea, pôle Lyon.

Barbara Houbre

Docteure en psychologie, psychologue, psychanalyste, maître de conférences en psychologie clinique et psychologie de la santé, université de Lorraine (EA 4432), laboratoire Interpsy, équipe PsyCliP (Psychopathologie clinique et projective). Elle conduit des recherches sur le transgenre, la topologie et la temporalité psychique, la psychose discrète et l’épistémologie des psychothérapies.

Alix Lavandier

Psychologue, doctorante en psychologie, université de Lorraine (EA4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Elle travaille pour le projet *Cronos TSPT-C* « Compréhension et fonctionnement d’une nouvelle thérapie intégrative pour les adultes souffrants de trouble de stress post-traumatique complexe – le protocole TIM-E ».

Charlène Leconstant

Doctorante en psychologie de la santé, université de Lorraine (EA 4360), Laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Elle travaille sur l’implantation de l’approche « Patient Partenaire de Soins » dans un contexte transculturel.

Fabienne Lemétayer

Docteure en psychologie, professeur des universités en psychologie, université de Lorraine (EA 4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Elle conduit des recherches sur la santé en contexte pédiatrique et sur les interactions réciproques parent-enfant en matière de santé.

Juliette Machado

Psychologue, doctorante en psychologie, université de Lorraine (EA4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Elle travaille pour le projet DETECT-EMDR « la dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma simple : la dimension oubliée ? ».

Anaïs Marmuse

Psychologue clinicienne, psychothérapeute, militaire et référente de la cellule de soin du 3^e Centre médical des armées, Lille, France. Doctorante, université de Lorraine (EA 4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Elle exerce au profit des militaires français et conduit des recherches sur le lien entre les émotions et le trouble de stress post-traumatique.

Charles Martin-Krumm

Professeur de psychologie à l'École de psychologues praticiens de Paris (EPP), président élu de l'Association française et francophone de psychologie positive, professeur agrégé d'EPS, directeur de l'équipe Vulnérabilité, Capabilité et Rétablissement de l'EPP de l'Institut catholique de Paris (EA 7403), équipe EMI ; chercheur au sein du laboratoire APEMAC (EA 4360), Metz ; associé à l'Institut de recherche biomédicale des armées de Brétigny. Il conduit des recherches sur l'éducation et la qualité de vie dans les contextes de santé, du travail, de l'activité physique et de l'école.

Anne Plantade-Gipch

Docteure en psychologie, psychologue, psychothérapeute et superviseur, maître de conférences en psychologie, École de psychologues praticiens,

équipe VCR, Paris, France, université du Québec à Montréal, département de psychologie, Canada, université de Lorraine (EA 4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Elle conduit des recherches sur l’alliance thérapeutique et sur la formation des psychologues.

Élodie Pons Massiera

Psychologue clinicienne, psychothérapeute, enseignante associée à l’École des psychologues praticiens.

Anne-Laure Pujol

Docteure en psychologie, psychologue clinicienne, maître de conférences en psychologie, École de psychologues praticiens, équipe VCR, Paris, France, Institut catholique de Paris (EA 7403), équipe EMI, Paris, France, université de Lorraine, APEMAC, F-57000 Metz, France. Elle conduit des recherches sur le handicap et l’élaboration identitaire ; la réanimation, la fin de vie et le vécu des soignants.

Tania Ricci

Psychologue clinicienne, plateforme petite enfance et handicap, EGAL-DIA, groupe SOS ; enseignante à l’École de psychologues praticiens.

Christine Rotonda

Docteure en épidémiologie et santé publique, cheffe du pôle recherche, plateforme d’aide méthodologique et logistique à la recherche en sciences humaines et en santé, Centre Pierre Janet, université de Lorraine (EA 4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Elle conduit des recherches sur le développement et la validation des propriétés métriques d’instruments de mesures complexes et sur l’évaluation de l’efficacité des psychothérapies.

Jenny Ann Rydberg

Psychologue clinicienne, psychothérapeute, enseignante associée en psychologie, doctorante, université de Lorraine (EA 4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Éditrice associée de *l’European Journal of Trauma and Dissociation* (Elsevier). Elle conduit des recherches

sur l’efficacité des psychothérapies, le psychotraumatisme et les troubles dissociatifs.

Marianne Sanchez

Psychologue, psychothérapeute TCC et EMDR, doctorante université Paris Nanterre, chargée d’enseignement à l’École de psychologues praticiens et à l’université Paris Nanterre.

Bénédicte Sillon

Psychologue clinicienne, psychothérapeute, enseignante et chargée de mission à l’École de psychologues praticiens (Paris), Son travail porte sur la mise en cohérence interne de la personne et la communication interpersonnelle au sein des équipes.

Michel Silvestre

Docteur en psychologie, psychologue clinicien, thérapeute familial (ancien externe du *Mental Research Institute* de Palo Alto) et thérapeute et superviseur EMDR (enfants, adolescents et adultes) à Aix-en-Provence. Il est chargé de cours et coordinateur du DU EMDR Enfants et Adolescents à l’université de Lorraine (Metz), membre du Centre Pierre Janet, premier centre psychothérapeutique universitaire, université de Lorraine (Metz) et formateur EMDR enfant à l’Institut français d’EMDR.

Charlotte Soumet-Leman

Docteure en psychologie, psychologue clinicienne, psychothérapeute, maîtresse de conférences en psychologie, École de psychologues praticiens, équipe VCR, Paris, France, Institut catholique de Paris (EA 7403), équipe EMI, Paris, France, université de Lorraine (EA 4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Elle conduit des recherches sur les difficultés cognitives associées à différentes pathologies psychiatriques et le moyen d’y remédier.

Camille Tarquinio

Psychologue, doctorante en psychologie, université de Lorraine (EA4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Elle travaille pour le

projet CAPONE-Cancer « adversité durant l'enfance, **adaptation** et cancer du sein »

Cyril Tarquinio

Professeur des universités en psychologie, directeur du Centre Pierre Janet, premier centre psychothérapeutique universitaire, université de Lorraine (EA 4360), laboratoire APEMAC, responsable de l'équipe EPSAM, Metz, France. Éditeur en chef de *l'European Journal of Trauma and Dissociation* (Elsevier), et éditeur associé de *l'European Journal of Sexology and Sexual Health* (Elsevier). Responsable du master de psychologie clinique de l'université de Lorraine (Metz), et du parcours type « Psychothérapie et dimensions traumatiques ». Il conduit des recherches sur l'efficacité des psychothérapies, le psychotraumatisme et les maladies chroniques.

Pascale Tarquinio

Psychologue clinicienne, psychothérapeute, thérapeute et superviseuse EMDR (enfants, adolescents et adultes). Elle est chargée de cours et membre du Centre Pierre Janet, premier centre psychothérapeutique universitaire, université de Lorraine (Metz). Elle a participé à la publication de nombreux ouvrages et articles scientifiques.

Marion Trousselard

MD, PhD, HDR, professeure agrégée de neurosciences et de sciences cognitives, Institut de recherche biomédicale des armées, Brétigny-sur-Orge, France, université de Lorraine (EA4360), laboratoire APEMAC, équipe EPSAM, Metz, France. Elle conduit des recherches sur les mécanismes du stress et de la pleine conscience.

Emmanuelle Vaux-Lacroix

Psychologue clinicienne, praticienne et superviseuse EMDR, en libéral (Levallois-Perret), chargée de cours à l'École de psychologues praticiens (Paris) et à l'université de Lorraine (Metz).

Laura Vismara

Docteure en psychologie judiciaire, psychothérapeute, *Assistant professor* en psychologie clinique, département de pédagogie, psychologie, philosophie, université de Cagliari, Italie. Elle conduit des recherches sur l’AAI (*Adult Attachment Interview*), la procédure de la « situation étrange », les représentations maternelles et paternelles durant la grossesse et à la naissance.

Yves Von Roten

Docteur en psychologie, *Privat-Docent* et maître d’enseignement et de recherche à la faculté de biologie et de médecine et à la faculté de psychologie de l’université de Lausanne, directeur du Centre de recherche en psychothérapie de l’Institut universitaire de psychothérapie, université de Lausanne.

Avant-propos

Jacques Arènes, Cyril Tarquinio

LES ÉCOLES DE PSYCHOTHÉRAPIE sont nombreuses aujourd’hui ! De l’hypnose à la psychanalyse, du comportementalisme à la systémie, ou encore de la thérapie centrée sur la personne à la *gestalt*. Toutes ces approches possèdent des spécificités et des facteurs qui leur sont propres, et permettent d’expliquer les résultats que chacune obtient. Mais il existe aussi des facteurs communs à toutes ces approches comme l’importance donnée aux caractéristiques du thérapeute (Wampold 2001 ; Wampold *et al.*, 2005). Le plus intrigant de ces facteurs communs reste à n’en pas douter la notion d’alliance thérapeutique. Le terme de « alliance » renvoie, en langue française, à un arrière-monde sémantique conjugal indiquant un engagement mutuel explicite et attesté. C’est dire combien cette notion d’alliance thérapeutique est souvent considérée comme un processus assez général, valorisé dans sa dimension éthique, défendu par le thérapeute. Pourtant, elle peut se définir opérationnellement comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d’accomplir les objectifs fixés.

De nombreuses recherches ont montré l’importance de l’alliance thérapeutique pour l’issue psychothérapeutique. Elle demeure cependant difficile à cerner, et on ne peut pas la considérer comme une intervention en soi (de Roten, 2006) : elle échappe en partie au thérapeute, et elle émerge comme une variable indicatrice de la mise en œuvre d’autres composants du dispositif thérapeutique (Stiles, 1999). Il faut alors bien avouer que la plupart d’entre nous n’en font pas grand cas, à tout le moins dans une démarche anticipative. Nous en constatons souvent *a posteriori* les heurs et les malheurs, expliquant alors pour une part les difficultés du processus thérapeutique. De ce fait, beaucoup d’entre nous ne la thématisent pas volontairement parce que cela nous conduirait *in*

fine à devoir questionner la spécificité des outils et des approches que nous utilisons dans nos pratiques psychothérapeutiques respectives. Pour autant, une bonne alliance ne suffit pas, même si au début de la thérapie, elle peut influencer les effets du suivi en augmentant l’engagement dans la thérapie, en donnant de l’espoir, fournissant ainsi un socle solide pour la suite du suivi. *A contrario*, il arrive qu’une alliance difficile débouche finalement sur un processus thérapeutique fructueux, pour peu que les ruptures et aléas de l’alliance soient pensés et nommés au cours du processus.

Quoi qu’il en soit, ce concept renvoie à tout un champ de savoirs assez mal connu en France. Le présent ouvrage aborde ainsi de multiples aspects de l’alliance et de son « travail ». Il a comme immense mérite de proposer aux lecteurs un panorama riche des conceptions de l’alliance thérapeutique dans son champ sémantique (alliance *versus* lien thérapeutique), dans ses relations avec d’autres facteurs communs (habiletés ou congruence du thérapeute, caractéristiques du patient), dans son déploiement temporel (ruptures et échecs d’alliances) et selon les différentes approches (psychanalytique, systémique, comportementaliste). Fruit d’une « alliance » de travail entre deux équipes universitaires, il permettra, à n’en pas douter, de découvrir ou redécouvrir la richesse de ce concept incontournable pour tous ceux, chercheurs ou praticiens, qui s’intéressent à la psychothérapie soit en la pratiquant, soit comme objet d’étude.

Bibliographie

DE ROTEN, Y., (2006), « Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques », *Bulletin de Psychologie*, 59 (6), 585-590.

STILES, W.B., (1999), « Signs and voices in psychotherapy », *Psychotherapy Research*, 9, 1, 1-21.

WAMPOLD, B.E., (2001), *The Great Psychotherapy Debate : Models, Methods, and Findings*, Lawrence Erlbaum.

WAMPOLD, B.E., BROWNG, S., (2005), « Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care », *J. Cons. Clin. Psychol.*, 73, 914-923.

Première partie

Fondements, modèles théoriques, caractéristiques

Les fondements de l’alliance	5
1 Historique du concept d’alliance : du philosophe au psychothérapeute	7
2 Du transfert à l’alliance thérapeutique.....	13
3 L’alliance thérapeutique : un processus commun ?.....	19
4 L’alliance thérapeutique : une variable intégrative	25
5 Les principaux modèles d’alliance thérapeutique.....	31
6 Le modèle cognitif et comportemental de l’alliance thérapeutique	37
7 Le modèle psychanalytique de l’alliance : l’amour de transfert	43

8	Le modèle humaniste de l’alliance.....	49
9	Le modèle systémique de l’alliance thérapeutique.....	55
10	Neuro-spécificités de l’alliance thérapeutique.....	61
11	La triple alliance thérapeutique chez l’enfant.....	67
12	Évaluer l’alliance thérapeutique.....	73
	Les caractéristiques de l’alliance thérapeutique.....	79
13	Les caractéristiques du patient influçant l’alliance thérapeutique.....	81
14	Impact des styles d’attachement sur l’alliance thérapeutique	87
15	Habiletés et ressources du thérapeute influant sur l’alliance thérapeutique.....	93
16	Focus sur la présence thérapeutique et son rôle dans l’alliance.....	99
17	La congruence du thérapeute garante de la qualité de l’alliance thérapeutique.....	105
18	Mieux distinguer compétences, connaissances et efficacité du thérapeute dans la théorie de l’alliance.....	111
19	Les techniques favorisant l’alliance thérapeutique.....	117
20	Représentations, perceptions du monde et alliance thérapeutique.....	125
	Création, rupture et restauration de l’alliance thérapeutique	131
21	Création de l’alliance thérapeutique et amorçage de la thérapie.....	133
22	Création de l’alliance : le cadre d’une rencontre.....	139

23	L'interaction verbale et non verbale dans l'instauration de l'alliance thérapeutique	145
24	Déjouer les pièges de l'entretien : un enjeu pour l'alliance thérapeutique	151
25	Les résistances en résonance avec les mouvements d'alliance thérapeutique	157
26	Qu'entend-on par rupture de l'alliance ?	163
27	Les ruptures d'alliance : une opportunité d'évolution thérapeutique	169
28	Restauration du rapport collaboratif	175
29	Deux modèles pertinents de résolution des ruptures : le retrait et la confrontation	181
30	Le rôle de la supervision dans la création, le maintien et la restauration de l'alliance	187

LES FONDEMENTS DE L'ALLIANCE

1	Historique du concept d'alliance : du philosophe au psychothérapeute	7
2	Du transfert à l'alliance thérapeutique	13
3	L'alliance thérapeutique : un processus commun ?	19
4	L'alliance thérapeutique : une variable intégrative	25
5	Les principaux modèles d'alliance thérapeutique	31
6	Le modèle cognitif et comportemental de l'alliance thérapeutique	37
7	Le modèle psychanalytique de l'alliance : l'amour de transfert	43
8	Le modèle humaniste de l'alliance	49
9	Le modèle systémique de l'alliance thérapeutique	55
10	Neuro-spécificités de l'alliance thérapeutique	61
11	La triple alliance thérapeutique chez l'enfant	67
12	Évaluer l'alliance thérapeutique	73

1

HISTORIQUE DU CONCEPT D'ALLIANCE : DU PHILOSOPHE AU PSYCHOTHÉRAPEUTE

Jacques Arènes

Si le terme « d'alliance thérapeutique » est récent, il correspond, dans le champ moderne des psychothérapies (nées à la fin du XIX^e siècle) à la transposition d'un style d'accompagnement déjà présent dans la philosophie antique et au cours de la longue histoire occidentale. Ce lien particulier n'est donc pas nouveau, même s'il fut utilisé auparavant dans des domaines qui ne se définissaient pas comme « psychothérapeutiques ».

La conception d'une relation fondée sur la collaboration (teintée d'une dimension affective) entre un « accompagnateur » et une personne en souffrance s'ancre dans une histoire ancienne. Le terme de « maladie de l'âme » est ainsi apparu dans l'univers philosophique antique. Cette expression platonicienne suppose un dualisme corps/âme : si la médecine soigne les corps, la sagesse philosophique libère l'âme de ses passions (Pigeaud, 2006). Les textes importants à cet égard sont platoniciens et stoïciens. L'âme (*psyché*) « appartenait » aux philosophes, qui devaient l'accompagner dans sa libération vis-à-vis des passions.

Le philosophe et l'âme malade _____

La « psychopathologie » antique est imprégnée de l'idée de la dimension destructrice des « passions » – colère, mélancolie, etc. – et c'est dans la mouvance du stoïcisme que les passions sont définies précisément comme des « maladies ». Le propre des maladies de l'âme, par opposition à celles du corps, est que l'on ne peut pas faire appel complètement à un médecin « externe » :

« Cela veut dire que, finalement, la maladie de l'âme est sous la responsabilité de l'individu, que dans la maladie de l'âme, et quelle que soit sa définition, le seul médecin possible c'est soi-même » (Pigeaud, 2006, p. 538).

La responsabilité du sujet, soutenu par l'univers stoïcien concernant le travail sur les passions, implique une collaboration particulière avec le philosophe. Si, en effet, la personne est son propre médecin, elle doit s'en remettre aux conseils d'un sage. Il arrive qu'elle sache qu'elle est malade de ses passions, et elle doit alors faire confiance au philosophe. Cicéron l'exprime ainsi (dans les *Tusculanes*) : il suffit que l'âme désire la guérison, et le sage stoïcien travaille à gagner ce consentement à guérir, en un projet d'éducation. Cette pédagogie peut être autoritaire, comme le soutient Sénèque, mais il arrive aussi qu'elle déploie une approche plus fine. Dans un passage des *Lois* (livre IV), Platon évoque ainsi les médecins des « hommes libres » qui instruisent le malade lui-même en cherchant à le persuader, et à le disposer pour l'amener à la santé. Cette vision du médecin s'applique évidemment au philosophe.

Une préoccupation éthique _____

L'intérêt des Anciens pour les « maladies de l'âme » a introduit l'idée d'un contenu éthique et pédagogique inhérent à la thérapeutique de ce type d'affection. Pendant la période médiévale, la dimension morale, de type platonicien, de sollicitude et d'accompagnement de la maîtrise des passions, n'a jamais quitté l'approche « psychothérapeutique ». Arnaud de Villeneuve préconisait, par exemple, d'adopter vis-à-vis des malades mentaux une approche fondée sur la confiance, la persuasion et la suggestion (Laharie, 2004, p. 61). Cet accompagnement est imprégné