

Travailler avec des schémas relationnels cycliques dans la psychothérapie psychodynamique contemporaine

Mark J. Hilsenroth¹ et Seth R. Pitman²

1. Derner School of Psychology, Adelphi University, New York, NY, États-Unis

2. Austen Riggs Center, Stockbridge, MA, États-Unis

L'exploration active des schémas relationnels cycliques des patients est un point central de la psychothérapie psychodynamique. Les idées sur le rôle que ces schémas jouent dans la vie des patients, dans la relation thérapeutique et dans le processus de changement thérapeutique ont évolué au fil des ans, parallèlement aux développements de la théorie psychodynamique et à l'avancée des preuves empiriques. Aujourd'hui, les cliniciens psychodynamiques peuvent adopter différentes approches pour travailler avec les schémas relationnels cycliques, en fonction de la nature des problèmes du patient, des caractéristiques du thérapeute et du patient, ainsi que de l'approche thérapeutique spécifique employée. Au sein des écoles psychodynamiques, il y a eu un mouvement s'éloignant de l'approche relativement limitée à l'interprétation du transfert vers un traitement plus descriptif et proche de l'expérience du contenu situé dans l'ici et maintenant, en session. Dans ce chapitre, nous retraçons l'évolution des méthodes nouvelles et émergentes de travail avec les schémas relationnels cycliques des patients et nous fournissons des preuves pertinentes de l'efficacité de ces méthodes ainsi que des applications cliniques.

Le transfert et son interprétation

L'importance du travail dans la relation thérapeutique a été reconnue pour la première fois par Freud (1916) dans son développement du concept de transfert, un phénomène intrapsychique basé sur le fantasme dans lequel les patients attribuent au thérapeute des qualités basées sur des expériences relationnelles antérieures vécues avec des figures importantes du passé. Freud considérait les transferts comme des spectres obsédants du passé qui

étaient « quelque chose d’analogue [à], mais d’incommensurablement plus important » que les circonstances du présent (1905/1953, p. 109). L’élément central de la conceptualisation originale de Freud est la compréhension que la réponse transférentielle du patient au thérapeute est intrinsèquement irréaliste. C’est pourquoi il a suggéré (1917/1963) que « Nous surmontons le transfert en faisant remarquer au patient que ses sentiments *ne proviennent pas de la situation présente et ne s’appliquent pas à la personne du médecin* » (c’est nous qui soulignons). Bien que la psychothérapie psychodynamique continue de mettre l’accent sur l’importance du transfert, il existe à ce jour peu de preuves scientifiques à l’appui de l’affirmation selon laquelle les manifestations transférentielles reflètent une perspective hautement irréaliste de la relation thérapeutique vue « à travers un verre, sombrement ». Parallèlement à cette question, des auteurs psychanalytiques plus récents ont suggéré que le concept de transfert devrait inclure des aspects supplémentaires de l’interaction entre le thérapeute et le client qui tiennent également compte de la contribution du thérapeute (Ehrenreich, 1989 ; Gabbard, 2000 ; Gill, 1984 ; Høglend et Gabbard, 2012).

Alors que la recherche sur le transfert a démontré qu’il peut être opérationnalisé et évalué de manière fiable par une observation minutieuse, la manière dont il se joue dans le processus thérapeutique et la façon dont il reflète et diverge des schémas relationnels problématiques et caractéristiques des patients est moins évidente. Les chercheurs ont tenté d’opérationnaliser le concept de transfert à partir d’une variété de perspectives et en utilisant plusieurs définitions de travail. Gelso et al., (1999) ont distingué deux modèles de mesure du transfert dans la relation thérapeutique : la mesure directe (dans laquelle les réactions et les émotions du patient en séance sont évaluées comme étant explicitement irréalistes par rapport à la situation de traitement) ou la mesure indirecte (qui évalue les schémas relationnels et les affects courants des patients tels qu’ils apparaissent dans le traitement, mais sans déduire la justification de ces réactions). Une mesure directe du transfert, la *Missouri identifying transference scale* (MITS) (Multon et al., 1996), demande aux thérapeutes de noter des adjectifs décrivant les réactions émotionnelles ou comportementales extrêmes et irréalistes de leurs patients. La validation initiale du MITS a trouvé des preuves partielles que l’opinion du patient sur sa mère (mais pas sur son père) était significativement liée aux réactions de transfert identifiées par le thérapeute. Ce résultat a été reproduit plus tard par Woodhouse et al., (2003), les thérapeutes ayant observé des réactions de transfert plus négatives chez les patients qui avaient perçu leur mère comme froide et rejetante. Les résultats de Multon et al. (1996) suggèrent également un lien direct entre les réactions du patient en séance et ses perceptions négatives du thérapeute. Lorsque le patient perçoit son thérapeute comme étant plus contrôlant et moins sociable, celui-ci observe plus de réactions de transfert négatif chez

le patient. Sans l'ajout de l'évaluation du processus thérapeutique par un observateur indépendant, il est difficile de formuler si ces réactions de transfert négatif étaient basées sur les mauvaises interprétations irréalistes du thérapeute par les patients ou sur leur évaluation réaliste de la position interactionnelle de leur thérapeute. Les scores globaux de transfert négatif étaient faibles et seuls les scores de transfert positif des thérapeutes étaient liés de manière significative à leur perception de la « quantité » globale de transfert survenant au cours d'une séance. Si les distorsions internes des interactions relationnelles (incarnées par la distorsion de la relation patient-thérapeute) sont théoriquement au cœur des problèmes qui amènent les patients à se faire soigner, on pourrait raisonnablement s'attendre à ce que la majeure partie des réactions de transfert soit négative, en particulier au début de la rencontre thérapeutique.

De même, un certain nombre d'auteurs ont utilisé les mesures à un seul item de [Graff et Luborsky \(1977\)](#) pour mesurer le transfert positif, négatif et la quantité de transfert tels qu'observés par les évaluateurs du thérapeute. Bien que ces évaluations aient montré des qualités psychométriques modestes, convergeant avec les échelles de transfert positif et négatif de Multon et de ses collègues, les résultats liés à l'évolution des scores de transfert au cours du traitement sont incohérents. Les études suggèrent que le transfert augmente tout au long d'un travail psychanalytique réussi ([Graff et Luborsky, 1977](#) ; [Patton et Kivlighan, 1997](#)) mais diminue dans la dernière partie d'un traitement non analytique ou théoriquement homogène réussi ([Gelso et al., 1997](#)). Enfin, malgré le fait que ces instruments de mesure du transfert soient explicitement conçus pour évaluer les réactions relationnelles irréalistes et extrêmes, ils ne montrent pas de relations inverses significatives et constantes avec les évaluations du patient et du thérapeute quant à la générosité et au réalisme de la relation thérapeutique ([Gelso, 2002](#) ; [Marmarosh et al., 2009](#)).

En plus de cette tentative d'opérationnalisation du concept de transfert, les chercheurs en psychothérapie ont tenté d'isoler et d'examiner l'impact de l'interprétation du transfert en tant que technique thérapeutique. Parce qu'une interprétation thérapeutique peut être conceptualisée comme la mise en relation explicite de schémas implicites et parce que le transfert se manifeste par l'intersection d'états internes et d'expériences externes, trois principales « voies » d'interprétation du transfert sont possibles. On peut faire des interprétations qui établissent des liens avec des figures passées (interprétations génétiques), des relations actuelles en dehors de la psychothérapie (interprétations extratransférentielles), et/ou l'interaction patient-thérapeute (interprétation transférentielle) ([Høglend et Gabbard, 2012](#) ; [Malan, 1979](#) ; [McCullough et al., 2003](#)). En 1999, [Bøgwald et al. \(1999\)](#) ont présenté pour la première fois l'échelle de technique thérapeutique spécifique (STT) ([Høglend, 1994](#)), une échelle de processus de psychothérapie

brève et efficace pour mesurer la fréquence des interventions du thérapeute qui portent sur l'interaction patient-thérapeute et les phénomènes de transfert. Un seul aspect de l'échelle STT concerne les interprétations du transfert génétique telles qu'elles sont traditionnellement comprises (c'est-à-dire que le thérapeute tente d'explorer les schémas répétitifs interpersonnels avec les personnes importantes et/ou les parents et de relier ces schémas aux transactions entre le patient et le thérapeute). Les autres éléments se concentrent plus exclusivement sur la relation patient-thérapeute (par exemple, « le thérapeute aborde les transactions dans la relation patient-thérapeute », « le thérapeute encourage activement le patient à explorer ses pensées et ses sentiments à propos du thérapeute, de la thérapie et/ou de la relation patient-thérapeute » et « le thérapeute encourage le patient à discuter de la façon dont le thérapeute pourrait se sentir ou penser par rapport au patient »).

La sagesse clinique conventionnelle a été que les patients ayant de plus grandes ressources psychologiques et des relations plus matures bénéficieront de la profondeur et de la complexité de l'interprétation du transfert (Gabbard, 2006 ; Sifneos, 1992). Cependant, plusieurs études ont démontré que les interactions entre la qualité des relations objet (QOR) du patient, l'exploration de la relation thérapeutique (dans le cadre de l'interprétation du transfert telle que mesurée par l'échelle STT ; Høglend, 1994) et les résultats sont mitigés et difficiles à interpréter. Par exemple, deux études ont démontré qu'un plus grand nombre d'interprétations transférentielles a conduit à des effets négatifs sur les résultats pour les patients ayant un QOR élevé (Høglend, 1993 ; Piper et al., 1991), alors que deux études ont trouvé des effets positifs ou équivalents pour les patients ayant un QOR élevé (Connolly et al., 1999 ; Ogrodniczuk et al., 1999). Ces études ont discuté de cette divergence en matière de fréquence des interprétations de transfert, les premières études ayant des niveaux élevés par session (c'est-à-dire cinq à six) et les dernières études utilisant des niveaux faibles à modérés par session (c'est-à-dire un à quatre) (Høglend, 1993 ; Piper et al., 2004). Plus récemment, dans une étude expérimentale, les patients avec un QOR élevé ont bénéficié de manière égale des traitements avec et sans interprétations de transfert, tandis que les patients avec un QOR faible ont bénéficié davantage du traitement incluant des interprétations de transfert, un effet qui s'est maintenu pendant le suivi à long terme (Høglend et al., 2006 ; Høglend et al., 2008 ; Høglend et al., 2007).

Comme les études empiriques antérieures ont traditionnellement examiné la fréquence et pas nécessairement la compétence dans l'utilisation des interprétations transférentielles, les résultats mitigés décrits ci-dessus peuvent suggérer que les traitements contenant des degrés plus élevés d'interprétation transférentielle pourraient refléter les tentatives des thérapeutes

de forcer des éléments interprétatifs ou des conceptualisations inexactes qui ne correspondent tout simplement pas à la situation. Les faux pas thérapeutiques, les erreurs et les corrections de cas font inévitablement partie du traitement, mais le travail d'interprétation soulève un risque unique : les patients qui rejettent ou écartent à juste titre des interprétations inexactes peuvent être considérés comme « résistants » ou « défensifs », ce qui conduit certains thérapeutes à renforcer leur position interprétative. Selon Høglend et Gabbard (2012), « il semble juste de conclure que les cliniciens devraient être conscients qu'un niveau de dosage élevé d'interprétations transférentielles (en moyenne quatre à six ou plus par session) ne semble pas surmonter la résistance et les défenses du patient et peut en fait contribuer à un processus thérapeutique négatif » (p. 454). Ces résultats sont également cohérents avec les données émergentes qui suggèrent qu'une focalisation en séance sur la relation thérapeutique est plus efficace lorsque l'alliance est élevée (Ryum et al., 2010 ; Schut et al., 2005).

Sur la base des preuves examinées ci-dessus, les interprétations de transfert ne sont très probablement pas le seul ni même le principal mécanisme de changement dans la psychothérapie psychodynamique. L'efficacité de l'interprétation de transfert en tant que technique thérapeutique n'est pas encore bien établie et semble être variable, en fonction des différentes définitions cliniques et de recherche de ce phénomène, des caractéristiques du patient telles que la QOR ou le degré d'insight et le contexte de la relation thérapeutique (c'est-à-dire l'alliance thérapeutique). Une conceptualisation contemporaine et empirique des phénomènes de transfert soutient la vision de la relation thérapeutique comme une expérience relationnelle unique et nouvelle, influencée par des styles de personnalité enracinés dans l'histoire du développement, pas simplement une distorsion basée sur des interactions du passé.

Travailler avec des schémas relationnels cycliques dans l'ici et maintenant : l'immédiateté thérapeutique

La discussion de ces résultats de recherche ne vise pas à suggérer que les patients entrent en psychothérapie avec une « *tabula rasa* relationnelle ». Les individus présentent des modèles caractéristiques de pensée et de relation avec les autres, qui peuvent être observables et stables dans des contextes relationnels, y compris la psychothérapie. Luborsky (1977 ; Luborsky et Crits-Christoph, 1998) a classé ces modèles relationnels comme des thèmes relationnels conflictuels centraux (*core conflictual relationship themes* [CCRT]), composés de trois éléments : les désirs interpersonnels, les réponses réelles ou fantasmées d'autrui et les réponses de la personne.

Les échelles CCRT présentent une consistance interne satisfaisante et peuvent être utilisées pour le codage du CCRT de manière fiable par des évaluateurs indépendants. Les schémas communs du CCRT des patients avec les personnes significatives de leur vie sont, dans une certaine mesure, liés à des éléments d'interaction similaires qui émergent avec le thérapeute au cours des interactions de psychothérapie (Barber et al., 2002).

Les théoriciens psychodynamiques contemporains considèrent la relation thérapeutique non seulement comme une base importante du travail thérapeutique, mais aussi comme l'un des mécanismes fondamentaux du processus de changement lui-même, par l'exploration du processus dans « l'ici et maintenant » des séances (Strupp et Binder, 1984). Cela inclut l'exploration par le clinicien des pensées et des sentiments des patients concernant les interactions au sein de la relation thérapeutique, dans une perspective dyadique et relationnelle (Cooper, 1987 ; Safran et Muran, 2000 ; Wachtel, 1993, 2008) et sans relier directement cette exploration à une relation passée (comme dans la perspective plus traditionnelle de la distorsion intrapsychique). La différence entre ces perspectives théoriques – l'une centrée principalement sur l'ici et maintenant et l'autre centrée sur les distorsions fruits des relations du passé – est une distinction importante qui brouille souvent les pistes dans la recherche des interactions patient-thérapeute en séance.

Pour surmonter l'ambiguïté définitionnelle de ces perspectives, Hill et al. (2008) ont fait une distinction entre les interprétations du transfert et ce qu'elle appelle *l'immédiateté du thérapeute* (« la révélation, au cours de la séance de thérapie, de ce que le thérapeute ressent à propos du patient, de lui-même ou d'elle-même par rapport au patient, ou de la relation thérapeutique », p. 298). Elle suggère que l'accent mis sur la relation thérapeutique peut être utilisé pour aborder les problèmes relationnels en général, discuter de questions importantes spécifiques à la relation thérapeutique, inciter les patients à reconnaître des schémas inadaptés, rendre plus directe la communication secrète au cours de la séance, fournir au patient un retour d'information et lui donner un modèle de résolution des problèmes interpersonnels.

Afin de rendre compte de la nature plus interactive et dyadique de la relation thérapeutique, cette définition a récemment été élargie pour prendre en compte toute révélation, à l'initiative du patient, de sentiments concernant le thérapeute ou la relation patient-thérapeute. Kuutmann et Hilsenroth (2012) ont suggéré le terme révisé *d'immédiateté thérapeutique*, qui implique toute discussion au cours de la séance de thérapie sur la relation entre le thérapeute et le patient qui se produit dans l'ici et maintenant, ainsi que le traitement de ce qui se produit dans la relation patient-thérapeute dans l'ici et maintenant. Parmi les exemples typiques d'immédiateté thérapeutique, on peut citer : (1) l'exploration de parallèles sur la façon dont les

thèmes interpersonnels et affectifs abordés dans d'autres relations au cours d'une séance peuvent être exprimés ou se produire dans la relation thérapeutique ; (2) l'expression d'un affect ou d'une association immédiate en séance concernant la relation thérapeutique ou le processus de traitement ; (3) le fait de demander à l'un des membres de la relation thérapeutique (patient ou thérapeute) d'adopter la perspective (pensées ou sentiments) de l'autre ; (4) demander à l'une ou aux deux parties de réfléchir ou de se centrer sur ce qui se passe dans l'interaction thérapeutique immédiate ou le ressenti dans la pièce ; (5) explorer les expériences émotionnelles dans la relation qui auraient pu être évitées ou non reconnues ; (6) aborder un événement de rupture ; (7) reconnaître les changements adaptatifs dans le fonctionnement qui se produisent en relation avec la relation thérapeutique ou le processus de traitement ; (8) soutenir, affirmer et valider explicitement l'engagement, la participation ou une plus grande expérience dans la relation thérapeutique ou le processus de traitement ; et (9) traiter la fin de la relation thérapeutique. L'immédiateté thérapeutique cherche donc à créer une expérience émotionnelle et relationnelle correctrice pour le patient en se concentrant sur la prise en compte de l'ici et maintenant. Cette approche s'oppose à l'utilisation des interprétations de transfert afin d'aider le patient à découvrir et à comprendre l'origine de ses schémas interactionnels inadaptés antérieurs, déplacés, mis en place pendant la session.

Les bénéfices de l'immédiateté ont été étudiés en utilisant des méthodes quantitatives et qualitatives dans trois études de cas récentes de thérapeutes expérimentés d'orientations psychodynamiques et interpersonnelles (Hill et al., 2008 ; Kasper et al., 2008 ; Mayotte-Blum et al., 2012). Bien que le degré d'immédiateté varie d'un cas à l'autre, l'immédiateté a été perçue dans chaque étude comme favorisant la prise de conscience ou la reconnaissance du vécu émotionnel du patient, aidant à résoudre les problèmes dans la relation thérapeutique, facilitant l'expérience relationnelle correctrice et fournissant un modèle pour résoudre les problèmes relationnels en dehors de la thérapie. Des études ont également suggéré que certains facteurs liés au patient pourraient influencer la manière dont les thérapeutes utilisent l'immédiateté et son effet sur le traitement. Par exemple, Kuutmann et Hilsenroth (2012) ont constaté que des niveaux plus élevés de pathologie de la personnalité et de problèmes interpersonnels avant le traitement étaient positivement corrélés avec une plus grande concentration sur la relation patient-thérapeute au début du traitement. Cela était particulièrement vrai pour les patients ayant un style interpersonnel froid/distant et une faible estime de soi. De plus, ces deux caractéristiques du patient avant le traitement ont montré un changement significatif au cours de la thérapie et le degré de changement dans ces caractéristiques spécifiques du patient (style interpersonnel froid/distant et faible estime de soi) était significativement lié à une plus grande focalisation sur la relation patient-thérapeute au début

du traitement. En d'autres termes, les caractéristiques du patient avant le traitement sont liées à l'accent mis en début de séance sur les interactions patient-thérapeute et ont ensuite démontré un changement au cours de la thérapie, lié à une plus grande utilisation de ce modèle. De plus, les résultats de cette étude ont montré qu'un effet d'interaction entre la QOR (c'est-à-dire des niveaux plus élevés de relations d'objet) et une plus grande concentration en début de traitement sur la relation patient-thérapeute affectait positivement les changements ultérieurs des problèmes interpersonnels froids/distants des patients. La focalisation sur la variable de la relation thérapeutique utilisée dans l'étude était beaucoup plus large que la focalisation spécifique sur les interprétations du transfert et englobait toute discussion en séance au sujet de l'interaction entre le patient et le thérapeute, c'est-à-dire les neuf exemples d'*immédiateté thérapeutique* énumérés plus haut, qu'ils soient ou non interprétatifs.

Enfin, la recherche s'est également concentrée sur les effets d'un aspect de l'*immédiateté thérapeutique* : l'autorévélation par le thérapeute de contenu intrasession ou extrasession. Les partisans de l'autorévélation du thérapeute suivent l'approche traditionnelle centrée sur la personne telle qu'elle a été initiée par Rogers, qui a souligné l'importance du modèle d'ouverture, de force et de vulnérabilité du thérapeute dans l'entretien d'une relation thérapeutique de confiance et d'empathie. Cette position plus ouverte contraste avec les préoccupations psychanalytiques traditionnelles liées à l'impact négatif potentiel de l'autorévélation du thérapeute au sujet du processus thérapeutique, notamment avec l'avertissement de Freud qui compare le thérapeute à un « écran blanc » (1912/1958). L'autorévélation du thérapeute a été examinée empiriquement sur un certain nombre de dimensions, y compris la qualité émotionnelle de l'autorévélation (valence positive ou négative du contenu), le fait que l'information divulguée révèle une similarité ou une dissemblance avec le client et le fait que la divulgation concerne un contenu survenant pendant la session (intrasession ; par exemple, « Je me sens tendu de manière inhabituelle pendant notre session aujourd'hui » ; « J'admire l'effort que vous faites en ce moment ») ou en dehors du contexte de la thérapie (extrasession ; par exemple, « Je suis aussi passé par là » ; « Je sais ce que c'est que de perdre quelqu'un qu'on aime »). L'autorévélation du thérapeute en intrasession recoupe un certain nombre d'autres constructions similaires, y compris (mais sans s'y limiter) les révélations de contre-transfert (Myers et Hayes, 2006) et l'*immédiateté thérapeutique*.

Un récent essai contrôlé randomisé a étudié l'impact de l'autorévélation du thérapeute sur les symptômes de détresse dans le cadre d'une forme de thérapie intégrative brève qui comprenait un accent psychodynamique sur l'insight (Ziv-Beiman et al., 2016), en utilisant trois conditions de contrôle. Les auteurs ont constaté que la psychothérapie intégrative contenant une