Gardner, Jill (1995). Supervision Of Trainees: Tending The Professional Self.
*Clinical Social Work Journal, v*ol. 23, n° 3, pp. 271-286.

SUPERVISION DES STAGIAIRES : SOIGNER LE SOI PROFESSIONNEL

Jill R. Gardner, Ph.D.

RÉSUMÉ : Cet article cherche à démontrer comment les concepts de la psychologique de soi peuvent être appliqués au processus de formation des psychothérapeutes dans une variété de milieux cliniques et communautaires. L'auteur examine le rôle de la supervision clinique dans le développement, la consolidation et le maintien d'un Soi professionnel cohérent. Le rôle de l'expérience, besoins, transfert et contretransfert objetsoi tel qu'il se manifeste dans la relation de supervision est élaboré. Le superviseur et le supervisé forment une unité soi-objetsoi, à l'intérieur de laquelle les angoisses et les vulnérabilités du stagiaire peuvent être régulées. Cette matrice objetsoi permet le maintien de l'estime de soi, l'expansion de la compréhension cognitive et la construction d'une structure du soi professionnel. Pour atteindre ces objectifs, le superviseur forme une alliance empathique avec l'expérience interne et subjective du thérapeute. L'importance de se concentrer sur l'expérience de soi et les besoins objetsoi du thérapeute en formation via un mode d'observation empathique est illustré par plusieurs exemples et vignettes. L'application de la théorie à la pratique est souligné avec des exemples choisis parmi une variété de milieux cliniques et de modalités.

Les professionnels "graduent" souvent vers des rôles de supervision avec peu ou pas de formation formelle sur la façon de conceptualiser le processus de supervision. Dans cet article, j'aborde la supervision clinique des thérapeutes en formation comme une activité qui inclut parmi ses objectifs fondamentaux le développement, la consolidation et le maintien d'un soi professionnel cohésif. Le terme soi professionnel est utilisé ici pour désigner les aspects de la structure et de l'expérience de soi qui entrent en jeu lorsque l'on fonctionne dans le domaine professionnel choisi.

Je suis très reconnaissante à Ann Bergart, LCSW, Carla Leone, Ph.D., et Diana Beliard, Ph.D., pour leur aide éditoriale précieuse sur les premières versions de cet article et aux supervisés décrits ci-dessous pour leur permission de partager leurs expériences à publier. Je voudrais également exprimer ma profonde gratitude à Miriam Elson, A.M., pour son soutien constant et ses encouragements à écrire. Une version plus courte de cet article a été présentée à la dix-septième conférence annuelle sur la psychologie du soi, octobre 1994, Chicago.

I. L'EXPÉRIENCE OBEJTSOI DANS LA RELATION DE SUPERVISION

Les théoriciens de la psychologie du soi conceptualisent la psychothérapie comme un processus de structuration qui a pour objectif central le renforcement du soi (Kohut, 1977, 1984; Wolf, 1988). L'accent mis sur l'expérience de soi du patient et la dimension objetsoi (Stolorow, 1986) de la relation thérapeutique est au cœur de la pensée psychologique de soi.

Les concepts d'expérience, de besoins, de transfert et de contre-transfert objetsoi sont également pertinents pour la relation de supervision, qui est également un processus de structuration dans lequel les besoins objetsoi sont exprimés et, à des degrés divers, satisfaits par les deux parties. Le superviseur et le supervisé forment une unité soi-objetsoi, par laquelle les angoisses et les vulnérabilités du stagiaire peuvent être contenues et travaillées au service de la consolidation d'un soi. professionnel cohésive. Elson (1989) a décrit la dimension objetsoi de cette manière :

> Entreprendre un nouvel apprentissage expose les individus à l'anxiété qu'ils peuvent ne pas réussir, que l'échec et la honte peuvent en résulter. Des sentiments d'anticipation de plaisir provenant de son enfance sont réactivés chez l'apprenant adulte, mais aussi des appréhensions de se retrouver démuni, le besoin que lui soit reflétée une image significative de lui-même, d'être confirmé et guidé, et le besoin de fusionner avec la force et la sagesse d'un objetsoi idéalisé. (Elson, 1989., p. 796)

Muslin & Val (1989) décrivent également l'apprentissage comme nécessitant des fonctions objetsoi spécifiques pour la régulation de l'estime de soi. Cependant, ils voient les individus différents dans le timing, la nature et la forme que prennent ces besoins. Cela conduit à la nécessité pour le superviseur de faire un « diagnostic empathique des besoins objetsoi de l'apprenant » (p. 161) à tout moment de son développement. Alors qu'ils décrivent les fonctions soutenantes du soi des réponses en miroir comme cruciales pour certaines personnes, ils observent que l'apprentissage peut aussi se produire et se produit également sans des attitudes de confirmation de la part du superviseur. De même, le degré d'idéalisation varie : « certains enseignants sont vécus comme des figures messianiques qui parlent avec omniscience tandis que d'autres sont vécus comme des partenaires qui offrent des suggestions » (p, 162). Ces profils variés sont compris comme reflétant le degré du besoin idéalisant de l'apprenant, mais aussi à quel point le superviseur est confortable dans l'acceptation de cette idéalisation.

Un article non publié de Reams suggère une progression développementale ou une séquence de besoins objetsoi dans la supervision. L'étudiant débutant, se sentant dépassé, est peut-être plus susceptible de rechercher des expériences objetsoi idéalisantes qui peuvent fournir force et structure. Au fur et à mesure que l'étudiant commence à gagner en force et à avoir des idées plus autonomes, il a un besoin accru d'un public pour refléter ses efforts et son soi professionnel émergent. Au fur et à mesure que les supervisés commencent à se sentir comme des professionnels compétents, ils peuvent souhaiter valider leur appartenance au groupe des thérapeutes accomplis en éprouvant un sentiment de jumelage avec le superviseur. Friedman et Kaslow (1986) décrivent une progression similaire dans les besoins des étudiants pour différents types de soutien et de réponse de supervision au cours de leur formation.

Dans un article décrivant le développement du soi professionnel, Brightman (1984) détaille la vulnérabilité narcissique du thérapeute en formation. Il décrit les aspirations des étudiants comme reflétant initialement une triade d'attributs idéalisés qui déterminent l'estime de soi professionnelle : l'omniscience, la bienveillance et l'omnipotence. Ensemble, ils constituent le « soi professionnel grandiose » de l'étudiant, une image de soi en tant que thérapeute omniscient, universellement aimant et tout-puissant. Les expériences cliniques réelles des stagiaires les confrontent rapidement aux aspects irréalistes de cette image et, alors que les versions réelles et idéalisées de leur image de soi professionnelle se heurtent inévitablement, ils font face à la menace d'une blessure narcissique et à une perte abrupte d'estime de soi.

Pour réguler la tension générée par ce conflit entre les exigences de la formation clinique, leur niveau de compétence novice et leurs aspirations perfectionnistes, explique Brightman, les étudiants ont besoin et recherchent le soutien d'un superviseur compréhensif, attentionné et compétent. Une relation avec un tel mentor idéalisé fournit un environnement contenant (Winnicott, 1965) dans lequel l'image professionnelle de soi « grandiose » peut être modifiée vers un idéal du moi plus modique et accessible. Au fur et à mesure que la croyance du stagiaire en sa valeur professionnelle grandit, le besoin de faire partie de la compétence de quelqu'un d'autre diminue et un processus de désidéalisation graduelle se produit.

Les besoins objetsoi de l'étudiant thérapeute s'expriment non seulement dans la relation avec le superviseur, mais aussi dans la relation avec le patient. Plusieurs personnes ont écrit sur le besoin normal et non pathologique du patient de fonctionner comme un objetsoi confirmant le soi professionnel du thérapeute (Adler, 1984 ; Bacal, 1992 ; Barth, 1988 ; Wolf, 1983). Le comportement réel du patient peut servir à satisfaire, sur-stimuler ou frustrer les besoins objetsoi du thérapeute (Wolf, 1983). Par exemple, l'idéalisation du patient peut stimuler inconfortablement la grandiosité du thérapeute, tandis que la dépréciation du patient peut lui être douloureusement blessante. De nombreuses réactions contre-transférentielles négatives découlent de ce manque de validation de sa compétence professionnelle que le thérapeute ressent lorsqu'il ne peut pas apaiser ou contenir le patient, c'est-à-dire lorsqu'il vit une expérience d'échec ou de rejet en tant qu'objetsoi adéquat pour le patient (Adler, 1984). Dans les premiers stades de la formation, une grande attention doit être consacrée à aider les étudiants à faire face à ces besoins frustrés de validation et d'efficacité.

Les besoins objetsoi du *superviseur* sont également mobilisés dans le processus d'enseignement et d'apprentissage de la supervision et, comme ceux du stagiaire, ces besoins sont à des degrés divers satisfaits ou frustrés par l'expérience de supervision. Bien que l'estime de soi professionnelle du superviseur soit généralement beaucoup moins vulnérable que celle du néophyte, elle est, elle aussi, soutenue par des expériences d'idéalisation et de réponses de confirmation. La frustration du besoin du superviseur d'être fier de sa « progéniture professionnelle » ou de recevoir une affirmation reconnaissante de l'aide et des connaissances du superviseur peut conduire à des mises en acte contre-transférentiel du superviseur qui reflètent les propres sentiments d'incompétence, d'échec et de baisse d'estime de soi du superviseur. La conscience et la compréhension de ces sentiments sont cruciales si le superviseur veut maintenir la matrice objetsoi requise pour le stagiaire.

Une autre dimension de l'expérience de contre-transfert à laquelle le superviseur et le supervisé doivent rester finement attentifs concerne le processus d'accordage affectif. C'est le processus par lequel les états émotionnels suscités chez le thérapeute fournissent des indices précieux sur l'état interne du patient. Les thérapeutes débutants ont souvent honte de leurs sentiments négatifs et essaient de les désavouer, sans se rendre compte que ces sentiments peuvent être utilisés à des fins diagnostiques comme des sources légitimes et précieuses d'informations sur les états du soi de leurs patients.

> Une étudiante thérapeute a décrit à son superviseur des sentiments d'impuissance et de retrait envers son patient, le sentiment qu'elle n'avait rien à dire au patient. La thérapeute s'est montrée désolée de ces sentiments qu'elle prenait comme un signe d'échec de sa part. Elle se sentait incapable de saisir l'expérience du patient de manière utile. Et pourtant, après une brève période de dialogue de supervision, il est devenu tout à fait clair qu'un sentiment similaire d'impuissance était au cœur des sentiments actuels du patient, ainsi qu'un sentiment que sa seule réponse viable était de devenir passif. Le superviseur a aidé la thérapeute à comprendre qu'au lieu de se critiquer elle-même pour ses sentiments, elle pouvait les utiliser pour comprendre son patient.
>
> Dans un autre exemple, un thérapeute est entré en supervision en se demandant comment interpréter ou confronter le comportement d'une patiente dans le programme du milieu où il travaillait. La patiente se livrait à une sorte de sadisme social dans lequel elle se concentrait sur les lacunes du personnel, puis rendait les gens extrêmement mal à l'aise en commentant leurs défauts d'une manière désarmante et embarrassante. Il en résultait que les membres du personnel devenaient hostiles, méfiants et critiques envers la patiente, tout en se sentant mal de leurs réactions. Une myriade d'autres exemples de la faible estime de soi sous-jacente de la patiente, de sa sensibilité extrême aux blessures et aux affronts et de sa vulnérabilité à la critique, suggéraient que ces attaques contre les autres reflétaient une tentative de stabiliser sa propre estime de soi fragile en rabaissant les autres, ainsi qu'un moyen de communiquer quelque chose sur sa propre expérience intérieure. Son comportement faisait que le personnel se sentait comme elle se sentait, dépréciée et sans valeur. Comprendre le patient non pas simplement comme une personne hostile déversant son agressivité sur eux, mais comme quelqu'un qui ressentait intérieurement ce qu'elle leur faisait ressentir, permit au personnel de prendre une position très différente où ils pouvaient utiliser ces sentiments, d'abord pour comprendre la patiente, puis lui transmettre cette compréhension d'une manière empathique. Avec ce changement de la part du thérapeute, le comportement agressif de la patiente a nettement diminué et elle a commencé à parler de manière plus significative de ses propres sentiments douloureux.

Le parallèle entre l'expérience du patient et l'expérience du patient par le thérapeute, ainsi que son utilisation diagnostique, s'étend également à la relation avec le superviseur. Gediman et Wolkenfeld (1980) décrivent comment les thérapeutes mettent en action des

modèles et des processus avec leur superviseur qui sont parallèles à ceux qui se produisent dans leurs interactions avec le patient. En vertu de ce processus parallèle, les réactions émotionnelles du superviseur envers le supervisé peuvent éclairer ce que c'est qui arrive au thérapeute avec le patient. Par exemple, ils citent un étudiant qui embrouille tellement sa présentation que son superviseur ne peut pas répondre de manière cohérente et qui se plaint ensuite au superviseur de "l'inarticulation exaspérante" de son patient. Gediman et Wolkenfeld voient dans ce type de contre-transfert un atout de supervision : « C'est comme si le thérapeute disait au superviseur : "Je ne peux pas vous dire avec des mots à quoi ressemble le patient, mais je peux vous montrer et vous faire ressentir comment il est.'" (p.239).

L'expérience quotidienne des superviseurs est remplie d'exemples de tels processus parallèles. Le sentiment d'avoir à être très prudent avec un étudiant, par exemple, peut refléter l'expérience similaire du thérapeute avec le patient. D'autres exemples courants incluent le sentiment du superviseur d'être impuissant, attaqué, confus, inondé de demandes de conseils et de direction, ou frustré parce qu'il semble que tout ce qu'il offre est rejeté. Au départ, les superviseurs peuvent être tentés de répondre à un cycle de "oui, mais..." en essayant d'offrir encore une autre suggestion. Cependant, une fois que le superviseur s'occupe de l'expérience de manière diagnostique, il ou elle peut changer le niveau du dialogue pour une intervention plus pertinente sur le processus. Par exemple, le superviseur pourrait commenter : « Je commence à sentir que peu importe ce que je dis ou suggère, cela ne va pas vraiment vous sembler très utile, ou comme si c'était suffisant. Je me demande si c'est ce que vous ressentez avec ce patient parfois." Ce type d'intervention ouvre une nouvelle voie par laquelle le superviseur et le thérapeute peuvent mieux comprendre leur propre expérience et celle du patient.

Les commentaires précédents sur le contre-transfert soulignent le fait que les réactions des thérapeutes envers leurs patients relèvent de plusieurs catégories différentes, que les stagiaires peuvent avoir besoin d'aide pour distinguer. Des expériences de résonance affective ou d'accordage comme celles que nous venons de décrire peuvent faciliter, par un processus de décentrement (Basch, 1988), une compréhension empathique précise de l'expérience du patient. Celles-ci diffèrent clairement des réactions contre-transférentielles qui sont principalement fonction de l'histoire personnelle du thérapeute ou d’enjeux non résolus. (Casement (1985) a suggéré d'utiliser le terme « contre-transfert personnel » pour ce dernier et « réponse diagnostique » pour le premier.) Les réactions de contre-transfert liées à la frustration des besoins objetsoi du thérapeute (Adler, 1984 ; Bacal, 1992; Lichtenberg, 1988 ; Wolf, 1983) sont encore une autre source d'expérience du stagiaire. Qu'il s'agisse de réactions au fait de ne pas répondre aux attentes irréalistes du « soi professionnel grandiose » (Brightman, 1984), ou simplement du manque de sentiment d'efficacité et de valeur ressenti lorsqu'on ne peut susciter une réponse positive de la part du patient, le thérapeute peut avoir besoin de la réponse accordée affectivement de la part du superviseur pour aider à réguler les sentiments qui s’ensuivent.

J'ai élaboré, jusqu'à présent, le rôle de l'expérience, des besoins, du transfert et du contre-transfert objetsoi dans le processus de supervision. Comme indiqué précédemment, superviseur et supervisé forment une unité soi-objetsoi. Cette matrice objetsoi permet le maintien de l'estime de soi et l'expansion de la compréhension cognitive alors que le stagiaire s'efforce de consolider un soi professionnel cohérent. Dans la section suivante, je me pencherai sur la

question de savoir comment cela se produit. Qu'est-ce qui favorise l'établissement de la matrice objetsoi requise ? Qu'est-ce qui permet de structurer le soi professionnel ?

II. LE MODE D'OBSERVATION EMPATHIQUE DANS LE PROCESSUS DE SUPERVISION

La méthode par laquelle les objectifs du processus de supervision sont atteints est fondamentalement la même que la méthode par laquelle les thérapeutes atteignent leurs objectifs de traitement : l'utilisation indéfectible d'un mode d'observation empathique. Depuis le début, une caractéristique déterminante de la psychologie du soi a été de tenter d'examiner l'expérience du point de vue de la perspective subjective du patient (Kohut, 1959 ; 1982 ; 1984). L'importance de se concentrer sur l'expérience subjective et d'éclairer la réalité interne se répercute sur la supervision, où le superviseur a la même tâche d'examiner le travail du thérapeute ; c'est-à-dire que le superviseur doit former une alliance empathique avec l'expérience interne et subjective du thérapeute.

Le superviseur doit comprendre pourquoi le stagiaire fait ce qu'il fait (quel est son problème, quel est son objectif) avant de pouvoir aider le stagiaire à envisager d'autres façons de se comporter. Il est important d'identifier et de comprendre le processus interne de l'étudiant qui a conduit à une intervention donnée et de s'en occuper, plutôt que de simplement s'occuper du produit final de ce que l'étudiant a fait. Cela implique d'expliquer et de comprendre le dilemme du thérapeute. Souvent, l'objectif ou l'intention de l'élève est parfaitement logique, mais la méthode qu'il a choisie pour l'atteindre n'est pas efficace. Ayant compris les motivations sous-jacentes du thérapeute, le superviseur est alors en mesure de soutenir, plutôt que de critiquer, certains aspects de l'objectif du stagiaire, tout en continuant à explorer de meilleures façons de l'atteindre. Un tel processus aide à protéger l'estime de soi vulnérable de l'élève contre les blessures.

Souvent, l'effort d'un stagiaire pour ne pas faire une chose conduira soit à une passivité excessive, soit à une activité excessive pendant la session. Par exemple, considérez les deux étudiants suivants, chacun aux prises avec des sentiments au sujet de leur activité d'interprétation pendant le traitement.

Un stagiaire était extrêmement réticent à faire une quelconque interprétation à ses patients et se taisait chaque fois que de telles interventions étaient nécessaires. Lorsque le superviseur s'est renseigné sur ce processus, le stagiaire a déclaré qu'il ne voulait pas "passer le patient au bulldozer", forçant le patient à accepter des vérités qui pourraient ne pas être les bienvenues ou exactes.

Plutôt que de critiquer l'inactivité de l'élève, le superviseur a volontiers soutenu son désir de ne pas passer au bulldozer comme un objectif raisonnable et valable, mais s'est demandé s'il devait être accompli en évitant complètement les interprétations. Le superviseur a ensuite offert une assistance technique sur des questions telles que le timing et la formulation des interprétations, l'importance de répondre avec empathie aux réactions des patients aux interprétations, etc. En traitant avec l'élève de sa motivation sous-jacente, le superviseur pourrait

respecter son besoin d'affirmation tout en l'aidant à résoudre son problème autrement qu'en ne faisant aucune interprétation.

> Un autre étudiant semblait s'engager justement dans l'activité de passer le bulldozer que le premier étudiant craignait. Après avoir fait une interprétation de l'affect douloureux dont le patient n'avait rapporté aucune conscience, le thérapeute a insisté à plusieurs reprises et catégoriquement sur la vérité de son interprétation malgré les dénégations également répétées et catégoriques du patient.
>
> Utilisant un mode d'observation empathique, le superviseur a commenté l'échange entre le patient et le thérapeute en déclarant qu'il semblait avoir été assez important pour le thérapeute de s'en tenir à sa propre vision de l'expérience du patient, malgré les objections du patient. Le superviseur se demanda ce qui avait rendu cet objectif si important pour le thérapeute.
>
> Le thérapeute a répondu qu'il était conscient à la fois du désir d'être aimé par son patient et d'un souhait de protéger le patient de l'expérience de l'affect douloureux, et qu'il craignait que les deux ne soient mis en action s'il "laissait le patient se tirer d'affaire, en ne confrontant pas sa résistance et en laissant tomber son interprétation". Afin de ne pas céder à ce qu'il percevait comme sa pression contre-transférentielle inappropriée de reculer, il continuait à affirmer son interprétation, quoi que le patient dise ou fasse.
>
> Malgré le fait que cela a abouti à une impasse thérapeutique dans laquelle le thérapeute a totalement perdu le contact avec l'expérience de son patient, le superviseur a été en mesure de transmettre une compréhension appréciative et empathique de ce qui a conduit le thérapeute dans ce dilemme, ainsi qu'un soutien à l'objectif du thérapeute de baser ses interventions sur les besoins du patient plutôt que sur son propre besoin d'être aimé ou de protéger le patient d'expériences douloureuses. Le thérapeute et le superviseur ont pu ensuite se lancer ensemble dans une exploration des alternatives qui permettraient d'atteindre cet objectif, tout en répondant plus efficacement aux besoins et à l'expérience du patient.

L'approche du superviseur vis-à-vis le comportement du thérapeute dans ce dernier exemple est cohérente avec l'approche de la psychologie du soi pour interpréter les défenses et la résistance (Kohut, 1984, Ornstein et Ornstein, 1985). Le comportement défensif n'est pas considéré comme quelque chose de négatif ou de dysfonctionnel, mais plutôt comme la meilleure solution disponible à l'individu pour se protéger de revivre le traumatisme d'une blessure, d'une déception ou d'un échec empathique. En formant une alliance empathique avec l'expérience interne et subjective du stagiaire et en comprenant les fonctions adaptatives de son comportement plutôt que de le critiquer, le superviseur offrait également au thérapeute un exemple et une expérience de cette approche alternative à l'analyse de la résistance. Inutile de dire que c'est une approche qui protège mieux la fragile estime de soi du stagiaire et diminue la posture défensive. Parce que le besoin de confirmation et la peur de la critique de l'étudiant

thérapeute sont tous les deux si élevés, il est utile que le superviseur réponde autant que possible à ce que le thérapeute fait bien. L'approche décrite ici facilite ce processus.

Il est également important de mettre en évidence pour les stagiaires les aspects positifs de leur comportement car souvent ils sont engagés dans un processus très constructif, mais manquent d'outils conceptuels pour le voir ou le comprendre en tant que tel. Un stagiaire peut se dire frustré parce que "rien ne se passe" ou se plaindre, "j'ai l'impression de ne rien faire si je ne fais que fournir des fonctions objetsoi". Ces sentiments déclenchent souvent des efforts frénétiques pour tout comprendre et tout expliquer tout de suite, ou des tentatives d'intervenir rapidement pour soulager la détresse. Ce dont les stagiaires ont généralement besoin à la place, c'est d'une meilleure compréhension conceptuelle de ce qu'ils offrent et de la façon dont ils sont utilisés par le patient. Le thérapeute qui a le sentiment qu'il ou elle fournit "juste" des fonctions objetsoi, par exemple, n'a généralement pas compris qu'il ou elle peut offrir, peut-être pour la première fois dans la vie du patient, un milieu objetsoi empathique et adéquatement soutenant. Le stagiaire ne reconnaît pas non plus que l'expérience de ce type de réponse peut faciliter, pour le patient, l'intériorisation des expériences objetsoi, la croissance de structure psychique interne, et l'augmentation de la cohésion et de la vitalité du soi, ce qui inclut, potentiellement, des améliorations de l'estime de soi, des capacités d'apaisement de soi, et la capacité d'identifier et de poursuivre des ambitions et des objectifs. Compris de cette façon, "juste ça" commence à être vu comme pas mal plus. Aider le stagiaire à acquérir une telle compréhension conceptuelle de ses activités fait partie de la fonction objetsoi du superviseur, alors que le superviseur permet au stagiaire de se sentir engagé dans une entreprise significative et valable. C'est une fonction objetsoi idéalisante qui ordonne et organise l'expérience.

Un autre problème pour les thérapeutes relativement nouveaux est que tout ce que fait le patient leur semble refléter quelque chose à leur sujet plutôt qu'à celui du patient. Par exemple, l'étudiant avec un patient qui déprécie ou rejette l'aide du thérapeute a besoin du soutien du superviseur pour comprendre que ces comportements disent quelque chose sur l'expérience personnelle et les besoins du patient, plutôt que sur la compétence de l'étudiant. L'étudiant dont le nouveau patient annule à plusieurs reprises les rendez-vous peut également avoir besoin d'aide pour voir que les annulations pourraient refléter l'ambivalence du patient à propos du traitement, plutôt que de refléter uniquement les pouvoirs d'engagement du thérapeute.

Encore une fois, le superviseur offre une validation de l'estime de soi de l'étudiant, validation qui n'est pas disponible de la part du patient, ainsi qu'un cadre cognitif pour comprendre le comportement du patient. Les nouveaux thérapeutes n'ont aucun moyen de distinguer les problèmes qui reflètent leur niveau de compétence naissante de ceux qui surviendraient même avec les thérapeutes les plus expérimentés.

Les thérapeutes en formation ont le problème supplémentaire de la désorientation lorsqu'ils assimilent de nouvelles connaissances et ont besoin d'aide pour réguler les sentiments qui accompagnent ce processus. Une stagiaire en psychologie, par exemple, en train d'apprendre différentes façons de travailler avec les gens par rapport à celles qu'elle avait utilisées dans sa pratique précédente, s'est plainte avec désespoir de se sentir totalement perdue, incapable de se souvenir de ce qu'elle faisait auparavant. Elle était sûre que tout avait disparu. Le superviseur

lui a répondu : « Ce n'est pas parce que vous ne pouvez pas articuler votre ancien modèle pour le moment que vous n'avez pas accès à ces compétences, ou qu'elles ne sont pas là et même actuellement utilisées. Vous faisiez très bien avant de venir ici, en fait si bien que vous êtes entré dans notre programme". Une fois de plus, le superviseur remplit ici une fonction objetsoi de restauration de la continuité en reconnectant le thérapeute avec des aspects de ses forces avec lesquels il a perdu contact.

Fuqua (1994) a décrit ce même processus lorsqu'elle a écrit sur l'apprentissage en tant que processus de déstructuration et de réorganisation. L'apprentissage implique une réorganisation de ce qui est connu, ce qui provoque une perturbation de la structure de soi. Selon Fuqua, le superviseur fonctionne comme objetsoi pour l'apprenant en aidant à la régulation de ces états perturbés.

L'emploi de l'empathie comme mode d'observation aide non seulement le superviseur à faire face aux vulnérabilités et aux besoins objetsoi du stagiaire ; il oriente également le superviseur vers le matériel spécifique qui devrait être abordé lors de la supervision. Le stagiaire doit être soutenu en tant que centre d'initiative (Kohut, 1977) dans la relation de supervision. Cela signifie se concentrer sur les questions et les problèmes que le stagiaire trouve saillants et qu'il souhaite résoudre à tout moment[1].

Bien sûr, ce qui semble le plus important pour le thérapeute n'est pas nécessairement le même que ce qui semble le plus important pour le superviseur. Parfois, la technique ou l'intervention de l'étudiant thérapeute peut laisser le superviseur mal à l'aise. Néanmoins, les superviseurs évitent de se précipiter trop vite pour condamner la forme ou le contenu d'une intervention.

Il existe un corpus substantiel de littérature en psychologie du soi qui souligne l'idée que le contenu manifeste des interventions peut être secondaire par rapport à d'autres aspects du processus thérapeutique. Le concept d'« empathie optimale » de Stolorow (1983), la « réponse optimale » de Bacal (1985) et « l'engagement affectif optimal » de P. Tolpin (1988) parlent d'une dimension et d'une expérience de relation qui n'ont pas grand-chose à voir avec la forme ou le contenu de l'intervention. Terman (1988, 1989) et Miller (1991) soulignent également le rôle central du lien objetsoi avec le thérapeute favorisant la formation de la structure et d'un processus curatif. Une « expérience objetsoi correctrice » (Bacal, 1990) peut prendre une grande variété de formes (Bacal, 1992, Gardner, 1991). L'investissement d'un étudiant thérapeute pour aider son patient peut être vécu par le patient comme un intérêt et une confirmation profonde, même si l'explication du thérapeute peut être erronée. Kohut (1984) a fourni un exemple élaboré de la façon dont une analyste kleinienne, faisant ce que Kohut considérait comme une interprétation « sauvage » et « farfelue », touchait néanmoins le cœur de l'expérience de son patient en communiquant une appréciation empathique juste et chaleureuse de la détresse du

[1] D'autres écrivant sur la supervision d'un point de vue de la psychologie du soi formulent une observation analogue. Fuqua (1994) déclare que le thérapeute doit être au centre du processus de supervision et que les changements internes dans sa structure personnelle constituent le centre d'attention. La façon dont le supervisé vit le patient est le seul point de départ viable du superviseur. P. Ornstein (1990) insiste également sur la nécessité de commencer par une immersion empathique dans l'expérience du thérapeute si l'on veut évaluer adéquatement ses interventions.

patient du fait que la thérapeute avait annulé un de ses rendez-vous. De même, l'offre par un thérapeute de suggestions et de conseils directs à certains moments pourrait être une réponse appropriée et optimale à l'expression par le patient de besoins idéalisants. Critiquer quelque chose que fait un élève et qui est efficace, crée une confusion et une attitude défensive inutiles. Nous ferions mieux de conserver notre objectif d'aider le thérapeute à réaliser les objectifs qu'il a. C'est l'expérience du thérapeute de ce qui ne marche pas qui doit être le point de départ, pas celle du superviseur.

Bien sûr, il existe des exceptions à ce principe. Bien que les superviseurs aient besoin d'une certaine tolérance pour les interactions moins qu'optimales des thérapeutes novices, certaines questions ne sont pas négociables. La situation de traitement doit être sécurisée, de sorte que les problèmes impliquant un préjudice potentiel au patient ou à d'autres personnes, la maltraitance ou la négligence des enfants, et ainsi de suite, peuvent nécessiter plus d'initiative de la part du superviseur. Toutefois, cela fait aussi partie d'un environnement contenant efficace. Tout comme un parent empêche un jeune enfant de courir dans la rue, un superviseur fournit une structure et une direction si le patient d'un stagiaire court un risque sérieux ou si le stagiaire est tellement dépassé qu'il ne peut pas fonctionner efficacement. Le superviseur permet au thérapeute d'emprunter le calme, la force et la connaissance du superviseur sur ce qu'il faut faire. Alors, le thérapeute intervient, se sent plus compétent et devient moins anxieux. Une fois que la situation est sous contrôle et que la tension du thérapeute diminue, le superviseur peut à nouveau inviter les pensées et les spéculations du stagiaire.

Fournir une direction plus active à un stagiaire ne signifie pas que nous abandonnons notre mode d'observation empathique, seulement que nous l'élargissons. C'est toujours une erreur d'insister d'une manière qui n'est pas empathique envers le thérapeute pour qu'un thérapeute soit plus empathique envers le patient. C'est comme essayer de traiter un parent inadéquat en lui donnant des leçons sur l'éducation des enfants, une intervention qui aide rarement. Ce qui aide dans la situation parentale, c'est de renforcer le soi du parent afin qu'il ait moins besoin d'utiliser l'enfant pour répondre à ses propres besoins et qu'il ait plus à donner à l'enfant. De même, plus le superviseur peut renforcer le soi professionnel du thérapeute en comprenant ce que le thérapeute vit et ce qui l'empêche d'intervenir efficacement, plus tôt le thérapeute sera en mesure d'offrir au patient ce dont il a besoin.

C'est un point facile à perdre de vue pour les superviseurs, comme l'illustre la vignette suivante :

> Un stagiaire avec une orientation généralement cognitive-comporte-mentale en psychothérapie avait approché son superviseur avec un intérêt pour l'apprentissage de la psychologie de soi. Après des mois à essayer de l'aider à comprendre comment prendre une perspective plus empathique par rapport à l'expérience de ses patients, le superviseur a constaté que l'étudiant fonctionnait toujours en grande partie via un mode de conversation hautement directif, rationnel et éducatif avec eux. Le superviseur finit par devenir passif dans un état de "résignation fatiguée" (Brighton, 1984) en réponse à l'activité incessante du thérapeute.

> Il arriva alors que le thérapeute vécut une tragédie impliquant une mort subite dans sa famille et, en réponse aux questions du superviseur, passa la première rencontre de supervision après son retour à parler entièrement de cet événement. Le superviseur l'écoutait attentivement et parlait peu, mais se sentait intensément "avec" le thérapeute.
>
> Deux semaines plus tard, le thérapeute a amené un cas en supervision et a décrit comment, pour la première fois, cela avait du sens pour lui de simplement s'asseoir avec son patient et de l'écouter : "J'ai soudainement réalisé que j'avais peut-être quelque chose à offrir en faisant cela." Il a ensuite raconté au superviseur son expérience de leur conversation précédente au sujet de sa famille. "Je n'ai jamais eu une expérience comme ça. Quand tu as finalement parlé, *j'ai eu l'impression que ton souffle me traversait*... comme si non seulement tu savais ce que je ressentais, mais que *tu ressentais ce que je ressentais*." Cette profonde expérience d'empathie lui fit une impression dramatique. Malgré les tentatives précédentes du superviseur pour l'aider à adopter une position plus empathique, il avait besoin de le vivre lui-même comme quelque chose de valeur avant de pouvoir à son tour offrir une expérience similaire à ses patients.
>
> Lorsqu'à la fin de l'année, le stagiaire et le superviseur ont passé en revue ensemble leur histoire et tout leur répétitions de ce même pattern avant cette percée, l'étudiant a demandé au superviseur : "Qu'est-ce qui vous a pris si longtemps ?" Après des tentatives initiales infructueuses pour essayer de comprendre l'expérience de son supervisé, le superviseur avait finalement répondu à ses interminables harangues à ses patients avec ses propres harangues sur le fait de ne pas faire de harangues.

Cela rappelle la conclusion de Sloan (1986) selon laquelle essayer de transmettre toute sa "sagesse latente" sur l'empathie à ses stagiaires n'aboutit qu'à ce qu'ils assument de la même manière "des rôles d'autorité et de direction" (p. 189) avec leurs propres patients. Sarnat (1992), lui aussi, rapporte avoir trébuché sur la même difficulté :

> ... J'ai réalisé que mon propre besoin de me sentir compétent en interaction avec la position passive caractéristique [de la supervisée], m'avait conduit à devenir mon soi le plus dominant. Je me demandais si elle me donnait peut-être une leçon de choses sur la façon dont les figures dominantes peuvent être destructrices, son ton autoritaire avec ses patients étant un sous-produit de l'interaction pathologique avec moi. (p.397)

Sloan (1986) fournit également une belle description de l'antidote :

> Plus j'étais capable de... reconnaître, d'apprécier... ou de situer dans un contexte plus large quelque chose de valeur dans ce que mes résidents vivaient comme étant naturellement et authentiquement le leur (même s'ils étaient très différents de moi), plus ils devenaient confiants et compétents avec leurs patients ... En même temps, ils semblaient devenir plus capables d'adopter un point de vue

empathique avec leurs patients, ce qui à son tour apportait plus de matériel utilisable dans la supervision. En bref, ils ont appris à mieux écouter en se faisant écouter par quelqu'un. (p.190)

III. VIGNETTES CLINIQUES

L'importance d'être attentif à l'expérience de soi et aux besoins objetsoi du thérapeute en formation via un mode d'observation empathique est illustrée dans les vignettes suivantes, plus détaillées, qui sont des exemples supplémentaires de la manière dont les concepts que j'ai décrits peuvent être traduits en pratique.

Vignette #1

La patiente, une jeune femme qui avait récemment informé sa famille élargie de l'inceste de son enfance, cherchait un soutien et une validation sans équivoque de la part de tous les membres de la famille. Tout commentaire positif de la part de la famille à propos de l'auteur de l'abus ressemblait à une trahison intolérable qui annulait leur soutien à son égard.

La thérapeute, trouvant les demandes et les attentes de la patiente irréalistes et déraisonnables, a essayé de confronter le "clivage" qu'elle percevait chez cette patiente. Elle considérait que la patiente devrait avoir une vision plus équilibrée de la réaction des autres. En réponse à cela, la patiente est devenue plus anxieuse et bouleversée.

En supervision, j'ai discuté avec la thérapeute du besoin de sa patiente de sentir que la thérapeute soit de son côté. Je lui ai recommandé de prendre une position plus empathique, plutôt que d'essayer d'aider la patiente à percevoir les choses de manière plus "réaliste" à ce stade. Cependant, comme la patiente a continué au fil du temps à persister dans ses souhaits d'accord total et de soutien de tous les membres de la famille, la thérapeute a eu du mal à faire preuve d'empathie envers ces « demandes irréalistes ».

En discutant du cas en supervision, la thérapeute a clairement indiqué qu'elle ne ressentait pas les besoins du patient comme légitimes et ne me vivait pas comme étant empathique envers sa propre expérience d'être avec la patiente. Elle sentait que je me rangeais du côté de la patiente contre elle en nous accusant toutes deux d'être sans empathie. La thérapeute a dit que ce dont elle avait besoin de moi, c'était plutôt un moyen de réguler, plutôt que d'ignorer, les sentiments que la patiente évoquait en elle.

Une exploration plus approfondie de l'expérience de la thérapeute a clarifié comment la position exigeante et inconsolable de la patiente avait mené la thérapeute à se sentir dépréciée et impuissante (sentiments que j'avais ignorés). Elle sentait que tout ce qu'elle offrait était rejeté et qu'elle ne pouvait jamais en offrir assez. La thérapeute sentait que je considérais ces sentiments

comme "pas corrects", indiquant qu'elle était une mauvaise thérapeute (à mes yeux) et pas suffisamment empathique.

Bref, j'avais répété avec la thérapeute l'erreur qui se produisait dans le traitement : je ne voyais que l'attitude critique de la thérapeute envers sa patiente et non l'expérience intérieure sous-jacente. J'avais continuellement centré mon attention sur la légitimité et la pertinence de l'expérience intérieure de la patiente qui avait besoin d'une validation complète de cette expérience, mais je n'avais pas fait attention à ce qui rendait difficile pour la thérapeute de vivre la patiente de cette manière.

La thérapeute ne pouvait pas utiliser ce que je disais jusqu'à ce qu'elle puisse ressentir ses propres sentiments tels que compris par moi, tout comme la patiente ne pouvait pas utiliser les appels du thérapeute à être plus « réalistes » quand la patiente sentait que ses propres besoins urgents de validation de ses expériences traumatisantes n'étaient pas compris ou acceptés par le thérapeute. Une fois que j'ai pu comprendre les sentiments d'impuissance que la patiente évoquait chez le thérapeute, je pouvais être plus empathique envers les préoccupations de la thérapeute. Cela a ensuite permis à la thérapeute de mieux comprendre la légitimité de l'expérience et des préoccupations de sa patiente.

Vignette #2

Une thérapeute conjugale avait fonctionné comme une sorte de « standard téléphonique » pour un couple conflictuel. Chaque partenaire communiquait une plainte à la thérapeute au sujet du conjoint, et la thérapeute répondait ensuite par des réflexions empathiques et des clarifications à cet individu.

J'observais que si cela semblait initialement approprié en raison du degré élevé de tension et d'incompréhension du couple, le traitement semblait avoir suffisamment progressé pour que le thérapeute commence à changer de rôle. J'ai suggéré qu'il pourrait être plus utile à ce stade que la thérapeute aide le couple à se parler directement pendant les séances, sans que la thérapeute agisse comme intermédiaire.

En réponse à cette suggestion, la thérapeute est devenue consciente qu'elle s'y opposait fortement. Alors que je l'encourageais à m'exprimer sa réaction, elle prit conscience qu'elle était réticente à abandonner sa posture de compréhension et de traduction de l'expérience de chaque conjoint. Elle aimait ce rôle. Elle vivait la perspective d'y renoncer comme la perte d'une position importante dans ces interactions, une position qui la faisait se sentir compétente, importante et valorisée dans son rôle professionnel[2].

[2] J'ai découvert, incidemment, qu'il est assez courant que les réactions d'un thérapeute à l'intervention de supervision conduisent le thérapeute à prendre conscience d'autres sentiments (contre-transférentiels) qui étaient auparavant hors de sa conscience.

> J'ai suggéré à la thérapeute qu'elle n'avait pas besoin d'être moins importante dans ces interactions, mais plutôt qu'elle pourrait être importante d'une manière différente. J'ai suggéré que le plaisir que la thérapeute retirait maintenant du rôle d'être au centre de la scène dans la compréhension de ses patients (le moyeu de la roue) pourrait être remplacé par un plaisir tout aussi grand d'être témoin de son propre succès à faciliter un processus efficace de communication entre deux personnes qui avaient auparavant été incapables de parler entre eux de manière significative de leurs problèmes.

Comme décrit précédemment, le patient et le thérapeute forment une unité soi-objetsoi dans laquelle les besoins objetsoi sont vécus et satisfaits des deux côtés, bien qu'à des degrés différents et de différentes manières. Le thérapeute compte sur les réponses du patient pour la confirmation, la consolidation et le maintien du soi professionnel du thérapeute. Le besoin de se sentir comme la personne la plus importante dans la pièce en étant le canal par lequel tous les membres de la famille communiquent, ou en tentant d'obtenir des commentaires explicites des patients sur l'utilité du traitement, peut refléter comment les thérapeutes débutants expriment leur besoin de confirmation, rappelant la façon dont un jeune enfant pourrait rechercher des éloges et de l'attention. Au fur et à mesure que le soi professionnel se raffermit et que le thérapeute gagne en confiance et en sophistication, la confirmation objetsoi recherchée chez le patient peut provenir de la fierté et du plaisir intérieur que le thérapeute éprouve à voir son patient grandir en force intérieure, donner une voix à des choses jusque-là inexprimées, ses ambitions, talents et idéaux, ou faire d'autres pas en avant, tout comme un parent prend plaisir à la capacité accrue d'un enfant en pleine croissance à s'éloigner et à prendre en charge les choses qui nécessitaient auparavant les soins actifs du parent. Ces changements soutiennent le concept d'une progression développementale dans les expériences objetsoi nécessaires au maintien du soi professionnel, la forme de ces expériences prenant de la maturité au cours de la formation.

Le cas ci-dessus est également un exemple de recadrage de ce qui pourrait autrement être considéré de manière plus péjorative comme un contre-transfert. Bien que les besoins du thérapeute puissent en effet s'immiscer d'une manière qui interfère avec la technique thérapeutique utile dans cette situation, il n’est pas nécessaire que le superviseur réponde négativement à cela si le besoin légitime de confirmation du thérapeute peut être validé et canalisé dans une direction plus appropriée. Comprendre et accepter l'expérience du thérapeute de la situation atténue sa posture défensive et aide le thérapeute à changer son comportement de manière constructive. Plus important encore, cela fournit au thérapeute une expérience vivante du mode d'observation empathique que je lui recommande d'utiliser avec ses patients.

Ces dernières vignettes, ainsi que les exemples présentés plus haut dans cet article, illustrent à la fois le besoin des thérapeutes en formation d'être aidés à réguler leur propre expérience et la manière dont les superviseurs peuvent répondre efficacement à ce besoin. Le but est d'aider le thérapeute à discuter des sentiments plutôt qu'à les agir. Le comportement du thérapeute n'est pas vu comme quelque chose de mauvais, mais plutôt comme une solution à un problème. En utilisant le mode d'exploration empathique, le superviseur aide le thérapeute à identifier ce qu'est ce problème, ainsi que la solution tentée, puis aide la personne à explorer des

alternatives plus adaptatives. En procédant de cette façon, le superviseur est capable de fournir un milieu objetsoi suffisamment sensible aux besoins émotionnels et cognitifs du thérapeute pour que la tâche centrale de la supervision soit accomplie : l'initiation d'un processus de construction de structure qui aboutira à l'acquisition par le thérapeute d'un soi professionnel cohérent.

BIBLIOGRAPHIE

Adler, G. (1984). Issues in the treatment of the borderline patient. In A. Goldberg & P. Stepansky, (eds.), Kohut's legacy. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 117-134.

Bacal, H. (1985). Optimal responsiveness and the therapeutic process. In A. Goldberg (Ed.), Progress in self psychology (Vol. 1, pp. 202-227). New York: Guilford.

Bacal, H. (1990). The elements of a corrective selfobject experience. Psychoanalytic Inquiry, 10, 347-372.

Bacal, H. (1992). The selfobject relationship in psychoanalytic treatment. Presented at the 15th Annual Conference on the Psychology of the Self, Los Angeles.

Barth, F. D. (1988). The patient as a selfobject: A form of countertransference. Bulletin of the Menninger Clinic, 52, 294-303.

Basch, M. F. (1988). Understanding psychotherapy: The science behind the art. New York: Basic Books.

Brightman, B. (1984). Narcissistic issues in the training experience of the psychotherapist. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 10, 293-317.

Brandchaft, B., & Stolorow, R. (1984). A current perspective on difficult patients. In A. Goldberg & P. Stepansky, (eds.), Kohut's legacy. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 93-115.

Casement, P. (1985). Learning from the patient. New York: Guilford Press.

Elson, M. (1989). The teacher as learner; the learner as teacher. In K. Field, B. Cohler and G. Wool (Eds.), Learning and education: Psychoanalytic perspectives (pp. 789-808). Madison, Corm: International Universities Press.

Friedman, D. and Kaslow, N. (1986). The development of professional identity in psychotherapists: Six stages in the supervision process. In F. Kaslow (Ed.), Supervision and training: Models, dilemmas, and challenges (pp. 29-49). New York: Haworth Press.

Fuqua, P. (1994). Teaching, learning, and supervision. In A. Goldberg, (ed.), A decade of progress: Progress in self psychology (Vol. 10, 79-98). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Gardner, J. (1991). The application of self psychology to brief psychotherapy. Psychoanalytic Psychology, 8, 477-500.

Gediman, H., & Wolkenfeld, F. (1980). The parallelism phenomenon in psychoanalysis and supervision: Its reconsideration as a triadic system. Psychoanalytic Quarterly, 49, 234-255.

Kohut, H. (1959). Introspection, empathy and psychoanalysis. In P. Ornstein, (ed.), The Search for the Self. New York: International Universities Press, 1978, 205-232.

Kohut, H. (1977). The restoration of the self. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1982). Introspection, empathy, and the semi-circle of mental health. International Journal of Psychoanalysis, 63, 395-407.

Kohut, H. (1984). How does analysis cure? Chicago: University of Chicago Press.

Lichtenberg, J. (1988). Rethinking the scope of the patient's transference and the therapist's countertransference. Presented at the llth Annual Conference on the Psychology of the Self, Washington D.C.

Miller, J. (1989). Can psychotherapy substitute for psychoanalysis? Paper presented to the 12th Annual Conference on the Psychology of the Self. San Francisco.

Muslin, H. and Val, E. (1989). Supervision: A teaching-learning paradigm. In K. Field, B. Cohler and G. Wool (Eds.), Learning and education: Psychoanalytic perspectives (pp.159-179). Madison, Corm: International Universities Press.

Ornstein, P. (1990). A self psychology view. Psychoanalytic Inquiry, 10, 478-497.

Ornstein, P., & Ornstein, A. (1985). Clinical understanding and explaining: The empathic vantage point. In A. Goldberg, (ed.), Progress in self psychology (Vol.1, 43-61). New York: Guilford Press.

Reams, R. (unpublished paper) Selfobject transference in supervision.

Sarnat, J. (1992). Supervision in relationship: Resolving the teach-treat controversy in psychoanalytic supervision. Psychoanalytic Psychology, 9, 387-403.

Sloan, J. (1986). The empathic vantage point in supervision. In A. Goldberg, (Ed.), Progress in self psychology (Vol.2, pp. 188-211). New York: Guilford Press.

Stolorow, R. (1983). Self psychology--A structural psychology. In J.D. Lichtenberg & S. Kaplan, (eds.), Reflections on self psychology (pp. 287-296). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Stolorow, R. (1986). Critical reflections on the theory of self psychology: An inside view. Psychoanalytic Inquiry, 6, 387-402.

Terman, D. (1988). Optimum frustration: Structuralization and the therapeutic process. In A. Goldberg, (ed.), Learning from Kohut: Progress in self psychology (Vol. 4, pp. 113-126). HiUsdale, NJ: Analytic Press.

Terman, D. (1989). Therapeutic change: Perspectives of self psychology. Psychoanalytic Inquiry, 9, 88-100.

Tolpin, P. (1988). Optimal affective engagement: The analyst's role in therapy. In A. Goldberg, (ed.), Learning from Kohut: Progress in self psychology (Vol. 4, pp. 160-167). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Winnicott, D. W. (1965). The Maturational processes and the facilitating environment. New York: International Universities Press.

Wolf, E. S. (1983). Empathy and countertransference. In A. Goldberg, (Ed.), The future of psychoanalysis (pp. 309-326). New York: International Universities Press.

Wolf, E. S. (1988). Treating the self: Elements of clinical self psychology. New York: Guilford Press.

Jill R. Gardner, Ph.D.
180 N. Michigan Ave., Suite 1915
Chicago, Illinois 60601