

Le processus parallèle en supervision*

andré renaud et nicole labbé

Les auteurs présentent le concept de « processus parallèle », selon lequel les relations diadiques superviseur-thérapeute supervisé et patient-thérapeute supervisé s'influencent l'une l'autre au niveau des principaux événements psychiques qui les caractérisent. Un historique du concept est présenté, suivi d'illustrations cliniques et de quelques réflexions théoriques.

Parmi tous les écrits actuels sur la supervision clinique, il ne semble pas exister de formule qui réponde de façon vraiment satisfaisante aux nombreux problèmes soulevés par l'acte de superviser et le discours d'un superviseur. La supervision d'une ou d'un stagiaire constitue une participation significative dans le cursus de formation professionnelle. Superviser une ou un psychologue à ses débuts, c'est accepter d'être utilisé inéluctablement comme modèle, accepter que notre manière de faire sera reprise, reproduite plus ou moins fidèlement et avec plus ou moins de clairvoyance. Notre façon de travailler, de comprendre, notre conception de l'intervention, de la pratique professionnelle sera reproduite, copiée avec plus ou moins de bonheur. Notre manière de se situer face à la misère humaine, notre conception d'une cliente, d'un client ou d'une patiente, d'un patient (et la préférence des mots n'est peut-être pas aussi innocente qu'on le voudrait), nos enthousiasmes, nos reculs seront perçus, discutés, justifiés et repris par les supervisé-e-s à leur manière propre. L'échange avec une ou un collègue senior à propos d'un cas qui lui fait présentement problème est le plus souvent complexe parce que sa susceptibilité est parfois alors plus vive et son narcissisme déjà blessé. Il faut une bonne dose d'audace et de prétention ou de naïveté et d'irréflexion pour oser faire ce travail de supervision et aimer cette tâche. Bref, la supervision demeure un problème fort intéressant, mais pour lequel nous n'avons pas encore trouvé une manière de faire et d'être qui apporte tranquillité et satisfaction. Cette manière existe-t-elle?

Par ailleurs, la psychanalyse n'est pas utile qu'aux psychanalystes dans leurs cabinets cossus et à leurs patientes névrosées. C'est pourtant ce que laisse entendre le cliché à la mode voulant que la psychanalyse laisse les patients plus difficiles aux autres formes de thérapies, souvent méprisées, et qu'elle relègue ainsi aux autres milieux la tâche de se démener seuls dans les difficultés du travail thérapeutique

* Ce texte est la version modifiée d'une conférence présentée au colloque Elliott Sokoroff, Montréal, novembre 1997.

avec une nature humaine de plus en plus complexe. Non. La psychanalyse est un instrument de pensée conçu pour réfléchir et comprendre une situation, une relation humaine, un groupe. On réfère à la psychanalyse et aux théories cognitives pour comprendre et expliquer la condition humaine et ses misères, pour tenter d'intervenir de façon efficace auprès des gens dépassés; par leurs difficultés d'être, pour assister les personnes qui essaient, du mieux possible, de leur venir en aide. Nous avons été supervisée et avons encore recours parfois à un superviseur pour nous aider à comprendre quand nous ne comprenons plus, quand nous n'arrivons plus à penser ce qui se passe avec telle patiente ou tel patient.

Voici une réflexion sur la problématique de la supervision professionnelle, sur la compréhension des situations dans lesquelles la supervision nous entraîne malgré nous et avec nous, et souvent à notre insu. Nous savons, parce que l'expérience s'est fait fort de nous le démontrer, qu'il n'y a pas de solution parfaite aux problèmes soulevés par la supervision. Il n'y a pas de solution miracle, mais seulement des bribes de solutions qui s'ajoutent les unes aux autres, au fur et à mesure que nous prenons conscience de nos erreurs et que nous cherchons à les corriger. Voici ici une série de réflexions cliniques et théoriques sur la supervision, plus particulièrement sur le processus parallèle qui s'établit lors d'un cheminement de supervision professionnelle.

Historique du concept

C'est au cours de supervisions de psychanalyses et de psychothérapies psychanalytiques qu'a été mise en lumière l'existence d'un phénomène nommé « processus parallèle ». Ce concept désigne, d'une part, la mise en scène, dans l'espace et le temps de la supervision et dans la relation du supervisé au superviseur, de ce qui se vit dans la relation psychothérapique et, d'autre part, par choc en retour, la contagion de la relation psychothérapique par les éléments vécus dans la relation superviseur/supervisé.

On a beaucoup écrit sur le processus parallèle depuis que Searles (1955) a offert ses premières réflexions sur l'expérience émotionnelle vécue en supervision et l'impact de celle-ci sur le déroulement de la psychothérapie dans l'après-supervision. On n'est pas pour autant parvenu à un consensus sur le phénomène et sur la théorie du processus parallèle. Notre réflexion traduira davantage ce que nous en avons personnellement compris à partir des écrits sur le sujet et de la supervision vécue, autant avec les superviseurs qu'avec les supervisés rencontrés. Nous rapporterons aussi une expérience menée au Service de consultation de l'École de psychologie de l'Université Laval avec quelques superviseurs et leurs stagiaires qui ont voulu se prêter à notre observation, nos recherches et enquêtes menées avec mesdames Louise Simard (1990) et Nicole Labbé (1993) à l'occasion de leur recherche de deuxième cycle en psychologie.

Searles (1955) fut le premier à présenter la possibilité d'un parallèle émotionnel entre la situation psychothérapique et celle de supervision. L'expérience émo-

tionnelle vécue par le supervisé à l'égard de son superviseur serait un reflet de celle vécue entre le patient et son thérapeute. Une bonne compréhension de cet affect dynamique entre le superviseur et le stagiaire éclairerait le fond émotionnel vécu dans la relation psychothérapique entre le thérapeute et son patient. Searles parlait alors de *relection process*.

Ekstein et Wallerstein (1958) ont repris les réflexions de Searles dans une expérience empirique. Ils ont filmé des supervisions professionnelles et les séances de psychothérapie soumises à ces séances de supervision. Ils ont analysé les matériaux et constaté qu'effectivement la manière empruntée par le supervisé pour rapporter à son superviseur la problématique de son patient traduisait davantage les difficultés affectives, émotives, relationnelles du supervisé avec son superviseur que celles dont le patient lui faisait part en séance de psychothérapie. De plus, ils ont remarqué que la relation du psychothérapeute avec son patient subissait une influence au point de ressembler à celle que le superviseur entretenait avec le thérapeute. Ils ont conclu que des impasses psychothérapiques découlaient des problèmes survenus, mais non résolus, dans la relation superviseur/supervisé. À l'inverse, ils ont observé que lorsque les difficultés relationnelles rencontrées en supervision étaient élaborées, discutées et dépassées, le supervisé se sentait libre et plus apte à favoriser le cheminement psychothérapique du patient. On peut cependant reprocher à ces auteurs de s'être trop exclusivement centrés sur le supervisé, d'avoir fermé les yeux sur la relation fantasmatique entre le superviseur et le patient et, inversement, entre celui-ci et le superviseur.

La majorité des études sur le processus parallèle se centrent sur le patient. Certaines études voient plutôt le processus comme indubitablement initié par le supervisé. Rares sont les études qui examinent un processus parallèle initié par le superviseur. Pour ce que nous en comprenons et pour ce que nous en avons vécu nous-même, nous croyons que le processus peut être initié par n'importe lequel des trois protagonistes. En fait, il semble initié par celui des trois qui éprouve le premier une résonance intérieure devant le matériel apporté et n'importe lequel des trois est en position de réagir au matériel apporté par l'un des deux autres. Aucun des protagonistes n'est dans une situation plus confortable, à moins de rester en retrait, sur la défensive. Et encore faudrait-il que la défensive soit confortable! Il n'existe pas de superviseur qui n'ait eu envie de laisser tomber la supervision à un moment ou à un autre, qui n'ait jamais hésité à reprendre quelque supervisé ou stagiaire dans sa pratique. Tous les superviseurs peuvent trouver de bonnes raisons pour expliquer leur hésitation. Cependant, cette hésitation traduit parfois, entre autres éléments, un processus parallèle laissé en plan, non résolu, une sorte de blessure plus ou moins sérieuse et profonde qui l'incite à laisser tomber, à laisser passer, à reporter à plus tard. Il n'y a pas de thérapeute qui n'hésite jamais avant de recourir à une supervision. Le plus souvent on se demande d'être patient, on se dit que ça va passer, ou on espère secrètement que le patient difficile quitte la thérapie. Il y aurait là aussi, parfois, un reste de processus parallèle non liquidé, un souvenir pénible de supervision, une position blessante face à un superviseur qui

n'a pas perçu la difficulté de son supervisé. Enfin, il n'existe pas de patient qui ne devine la présence d'un superviseur extérieur au processus et qui n'en fait pas un des objets de ses fantasmes et de ses projections. Les cas-contrôles liés à la formation psychanalytique sont assez convaincants sur ce point. On ne trouve pas d'analysant qui ne connaisse pas la présence du contrôleur de son analyste, même si ce dernier ne lui en souffle mot. Les cas-contrôles constituent autant d'exemples évidents (Doucet et al., 1994). On pourrait y ajouter plusieurs exemples de nos supervisés (Renaud et Chouinard, 1988). Telle cette psychologue qui ne comprenait pas pourquoi son patient lui parlait sans cesse de son père à elle. Elle ne savait plus s'il s'agissait de son père propre ou du père de son patient. Un jour, nous lui avons avoué notre impression que son patient, en parlant ainsi, référait peut-être davantage à nous qu'à elle. « C'est impossible, il ne sait même pas que je suis en supervision! » lança-t-elle. Nous lui expliquons qu'elle ne peut pas garder son patient pour elle seule et canaliser ainsi toute son attention, toutes ses préoccupations et toute son énergie transférentielle. Nous lui demandons de tirer au clair de quel père il s'agit, si elle en a l'occasion. Ce qu'elle fit. Deux séances plus tard, elle profite de l'occasion et clarifie la situation.

— « J'ai eu l'occasion de vérifier votre hypothèse. Je crois bien que vous allez être déçu et obligé de réviser vos théories.

— À propos de quoi?

— Votre histoire du père-superviseur (ou su-père-viseur)... Mon patient me parlait encore une fois de mon père et je lui ai rétorqué que ça faisait quelques fois qu'il se référait ainsi à mon père et lui ai demandé à qui il pensait quand il parlait ainsi de mon père.

— À celui auquel vous référez, je ne sais pas moi! Je crois que vous êtes freudienne, alors Freud. C'est bien lui votre père spirituel? »

Elle nous regarde fièrement et nous demande si nous nous prenions pour Freud.

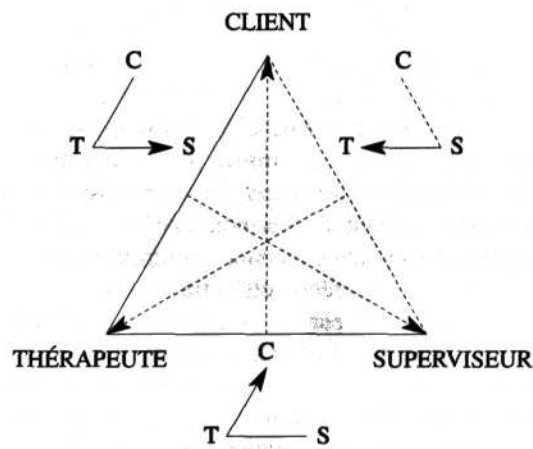
Nous lui répondons qu'elle ne peut, non plus, garder Freud pour elle seule et qu'elle n'est pas l'enfant unique de Freud. Elle rougit, garde silence... Après un certain temps, nous lui demandons à quoi elle pense. Elle hésite, et lentement, prudemment, elle raconte un souvenir qui vient tout juste de surgir dans sa mémoire. Lorsqu'elle était enfant, son père avait loué un chalet d'été et la famille y avait passé toute la saison. Cet été-là, son père portait la barbe et elle le trouvait très beau. « Il faisait patriarche comme dans les livres d'images » Elle venait de remarquer notre barbe pour la première fois et constatait la tache blanche au menton. Nous avons alors commencé à travailler le transfert de rivalité paternelle qu'elle élaborait avec nous en supervision, mais contre lequel elle luttait et qui recoupait le transfert paternel que son patient tentait en vain d'établir avec elle.

Définition du processus parallèle

Empruntons, pour le moment, la définition de Wolkenfeld du processus parallèle :

« Un système multidirectionnel de représentations dans lequel les événements psychiques majeurs, tels les schèmes de comportements, les affects, les conflits, etc. inhérents à une situation dyadique de thérapie et de supervision, sont repris dans les situations de supervision et de thérapie. » (Wolkenfeld, 1990, p. 96)
[traduction libre]

La figure suivante illustre ce réseau de représentations. Les lignes continues représentent une relation directe et les lignes pointillées, une relation indirecte.



Dans ce schéma, le patient est en relation directe avec le thérapeute et en relation indirecte avec le superviseur. Il subit indirectement l'influence de la relation que le thérapeute entretient avec le superviseur. Le thérapeute est en relation directe avec le patient et le superviseur et subit indirectement l'influence de la relation patient-superviseur. Le superviseur est en relation directe avec le thérapeute et en relation indirecte avec le patient et subit indirectement l'influence de la relation patient-thérapeute.

Doerhman (1976) rapporte une recherche impliquant plusieurs cas cliniques. Il s'est centré autant sur le patient que sur le thérapeute et le superviseur, les considérant comme trois partenaires également et simultanément impliqués dans un même processus. Il montre ainsi que le parallélisme est parfois initié par le patient vers son thérapeute ou vers le superviseur pressenti, d'autres fois, appréhendé par le thérapeute envers son superviseur ou son patient et, d'autres fois, par le superviseur envers son supervisé avec lequel il retrouve quelque chose de personnel et de non liquidé ou envers le patient qu'il fait sien ou rejette.

Quelques vignettes cliniques

Voici une vignette clinique impliquant un collègue-superviseur et un stagiaire du Service de consultation de l'École de psychologie de l'Université Laval. Elle illustre le processus parallèle et recoupant, dans une certaine mesure, un des exemples rapportés par Doerhman.

Un patient froid et « intellectualisant » fait grand usage des mécanismes d'isolation et de rationalisation pour se protéger des sentiments dépressifs qui l'habitent. Il entretient, à son insu, des relations de dépendance infantile avec son environnement. Il recherche des personnes qui lui disent quoi faire, quand le faire, comment le faire, quoi penser, quelle décision prendre.

Son thérapeute est en conflit ouvert, depuis quelques mois, avec son superviseur. Ce dernier est irrité et impatient par le style trop intellectuel du stagiaire. Il lui reproche de manquer d'empathie, « d'être dans sa tête », de ne pas éprouver intérieurement ses patients. En séance de supervision, le supervisé se sent régulièrement agressé par son professeur et le trouve plus offensant avec lui qu'avec les autres membres du groupe de supervision. Son narcissisme est particulièrement pris à partie, blessé. Cet étudiant s'est toujours perçu comme une personne aux capacités intellectuelles supérieures, mettant à profit une facilité naturelle à bien communiquer avec un langage précis, clair, un vocabulaire riche et approprié. Devant la réaction de son superviseur, il se réfugie de plus en plus, à son insu, dans un détachement émotionnel, devenant effectivement de plus en plus rationalisant et « intellectualisant », ce qui a pour effet d'exaspérer davantage son superviseur. La relation entre les deux devient de plus en plus tendue, difficile et critique.

Parallèlement, le processus thérapeutique en souffre. Le thérapeute devient manifestement de plus en plus distant envers ses patients, moins spontané dans sa communication, voire même inhibé. Le patient en cause devient plus obsessionnel, intellectualisant, rationalisant et désinvestit manifestement la thérapie. Il multiplie les retards, annule des séances et demande que celles-ci soient placées aux quinze jours.

Le superviseur, dans une conversation à bâtons rompus entre collègues, parle de ce stagiaire et de son aversion croissante à son égard. Nous lui reflétons son irritation et lui signalons qu'il est certainement rejoint par ce que lui font vivre ce stagiaire et ce patient via la supervision. Nous lui confessons notre surprise de sa perception du stagiaire et notre difficulté à la partager. Nous connaissons cet étudiant comme non seulement brillant, mais capable de faire preuve de tact, d'affection et de sensibilité. La conversation se poursuivant, le superviseur brasse quelques souvenirs du temps de ses stages et raconte avoir travaillé avec le D^r X. Avec un humour cinglant, il rapporte les exigences exagérées du D^r X, les humiliations subies par tous ses supervisés, les critiques négatives abondantes et disproportionnées dont les « pauvres stagiaires » faisaient les frais. Il raconte qu'à l'époque un patient obsessionnel « carabiné » lui avait échappé après quelques semaines seulement et, qu'encore aujourd'hui, il demeure convaincu que s'il avait travaillé avec

un autre superviseur, il aurait pu aider ce patient. Nous devinons sa culpabilité et lui reflétons qu'il semble avoir introjecté ce superviseur critique et sévère et s'y référer encore aujourd'hui, alors qu'il se retrouve devant un autre patient obsessionnel, un patient qui vient jouer dans sa propre blessure narcissique d'antan. D'où peut-être son comportement actuel avec son stagiaire envers qui il agit comme un Surmoi sévère, plutôt que de lui offrir le support encourageant dont lui-même a jadis été privé. Il accepte cette interprétation et continue d'associer sur le D^f X et les humiliations imposées à ses étudiants. Il affirme ne pas vouloir ressembler à cet ex-superviseur qui lui est « toujours resté de travers dans la gorge ». Deux semaines plus tard, lors d'une supervision où l'envie de réagir est à son maximum, son irritation insupportable, il met cartes sur table devant ses stagiaires, confesse sa difficulté à venir en aide à son étudiant et demande leur aide. Les stagiaires mettent rapidement en jeu les ressemblances entre le patient, le thérapeute et le superviseur. Le stagiaire concerné s'interroge à savoir si c'est lui qui s'identifie au patient ou l'inverse. Ses collègues lui rétorquent spontanément qu'il s'identifie surtout au superviseur et que cette identification s'avère blessante plutôt que supportante. La prise de conscience courageuse, tant chez le supervisé que chez le superviseur, des différents éléments conflictuels liés à leur relation dans cette situation particulière leur permet de briser le cercle vicieux dans lequel ils s'enfermaient et de retrouver une communication authentique.

Voici une vignette tirée, celle-ci, de la recherche menée avec madame Nicole Labbé. Il s'agit d'une supervision de groupe impliquant trois stagiaires du programme de deuxième cycle en psychologie clinique et un professeur-superviseur.

L'équipe est composée du thérapeute, qu'on appelle fictivement Luc, de ses deux collègues stagiaires que nous nommons tout aussi fortuitement Jean et Yves. Nous baptisons la patiente Myriam et le professeur-superviseur, D^f Dupont.

Pour les fins de la recherche, les séances de supervision étaient captées sur bande vidéo derrière un miroir unidirectionnel, pendant que le D^f Dupont et les supervisés utilisaient aussi des enregistrements vidéo d'entrevues réalisées et soumises à la supervision. Tout le monde était évidemment consentant à l'enregistrement des séances. Celles-ci ont été filmées depuis le début de l'année universitaire afin que tous soient familiarisés et oublient la caméra. Toutes les séances de supervision de ce groupe ont eu lieu dans le même local muni de miroirs unidirectionnels. Du matériel recueilli, on a pratiqué une analyse discursive selon une perspective psychanalytique. Les extraits présentés ici concernent les septième, neuvième et onzième séances de supervision considérant les septième, neuvième et onzième séances de thérapie, suivies des huitième, dixième et douzième séances de thérapie.

La première séquence implique la septième séance de supervision prenant en considération la septième séance de thérapie, suivie de la huitième séance de thérapie.

Le rythme des échanges entre les supervisés et le superviseur est rapide et saccadé. Luc rapporte le discours de sa patiente et souligne la lutte de celle-ci contre l'agressivité, la dépression et l'angoisse dont il dit pressentir la sévérité. Il est inquiet, angoissé et se sent dépassé par ce qu'il éprouve de souffrance et

d'angoisse chez Myriam. Celle-ci a 36 ans et consomme des anxiolytiques depuis l'âge de 18 ans. Elle est mère de deux enfants. L'année précédente, elle a perdu son père et s'est séparée de son mari. Au moment de la consultation, elle est engagée dans les procédures d'un divorce difficile et complexe. Elle est assez jolie, elle le sait et joue de ses charmes devant Luc, âgé de 24 ans et plutôt beau et gentil garçon. Myriam se présente comme la femme expérimentée en affaires. Elle aurait vécu des situations particulièrement difficiles dans son enfance et son adolescence. C'est la deuxième fois qu'elle se présente très déprimée à sa séance. La charge émotive paraît lourde et Luc s'inquiète du choix des bonnes actions professionnelles à poser et craint de ne pas être à la hauteur des attentes de la patiente, du superviseur et des siennes propres.

Les réactions des uns et des autres dans le groupe de supervision sont promptes, multiples, sans suivre d'hypothèse directrice. On dirait une réaction anxieuse ou, à tout le moins, une réaction défensive contre la souffrance aiguë de Myriam. On élabore rapidement un rationnel minimisant l'impact du vécu rapporté. On remet à plus tard le moment de considérer l'angoisse de Myriam pour se centrer sur la réalité de sa situation de divorce.

Les interventions nombreuses du groupe et l'attitude retenue de Luc ne sont pas propices à l'exploration des réactions et sentiments personnels de ce dernier. D^f Dupont l'invite à deux reprises à s'exprimer davantage sur sa réaction, mais Luc s'esquive et actionne l'appareil vidéo, déviant ainsi l'attention sur la patiente dans un moment présélectionné de la séance. Le superviseur ne relève pas l'attitude défensive de Luc et se centre sur le discours de la patiente. On discute encore un peu après le visionnement, on répète les mêmes recommandations que précédemment et on passe au cas suivant.

À la huitième séance de thérapie, Myriam exprime son désir d'abandonner les procédures trop pénibles du divorce. On entend l'expression de sentiments douloureux d'abandon, de solitude, éprouvés depuis la séparation. Son ambivalence envers les hommes n'en est que plus manifeste. Elle craint de céder naïvement à quelques désirs sexuels « pour un homme quelconque qui n'en vaudrait même pas la peine! » Elle aimerait bien pouvoir séduire un homme sans pour autant sombrer dans la dépendance affective, sans revivre la soumission connue avec son ex-mari. Puis, elle parle de la relation pénible avec son avocat. Elle n'aime pas son attitude paternaliste et autoritaire. Elle a tendance à se retirer et à bouder. Vers la fin de la séance, Myriam décrit le support que sa mère lui apporte en la recevant toutes les fins de semaine où elle a la garde des enfants. Elle louange la compréhension et le dévouement de celle-ci sans qu'il lui soit nécessaire de tout raconter. Elle fréquente aussi un organisme d'entraide pour femmes. Elle se propose aussi de suivre des cours d'affirmation de soi. C'est sa façon de dire qu'elle ne trouve pas auprès de Luc la compréhension et l'aide recherchées.

Myriam n'examine pas son mal de vivre, son mal être. En séance, elle est volatile et son discours reste factuel. Elle rapporte un à un les événements survenus depuis la dernière séance en décrivant rationnellement ses états d'âme manifestes.

Luc écoute patiemment Myriam, la suit de près, de trop près et renforce, à son insu, le caractère factuel et rationnel du discours de la patiente. Ses nombreuses interventions s'intéressent autant aux faits qu'aux émotions. Aucune intervention ne tente explicitement d'explorer le monde intérieur de la patiente et les quelques invites demeurent faibles et discrètes, perdues dans une multitude de phrases visant à supporter un discours qui n'a nul besoin de renforcement.

Il y a bel et bien un parallélisme entre la séance de supervision et les deux séances de thérapie. En supervision, le thérapeute présente la même difficulté que la patiente à explorer son monde intérieur et le superviseur invite faiblement et discrètement le thérapeute à explorer sa réaction personnelle. Le superviseur laisse passer sans pointer l'esquive du supervisé tout comme le thérapeute ne souligne pas les fuites de Myriam. Dans la vie quotidienne, la patiente se livre à beaucoup d'activités, afin de contrer sa détresse. En thérapie, elle est loquace, mais son discours reste factuel. En supervision, le thérapeute raconte avec moult détails les séances de thérapie, ce qui lui permet de passer sous silence, ou presque, son inquiétude, son angoisse. Il s'active beaucoup lui aussi et le maniement de l'appareil vidéo lui permet d'éviter l'introspection. Le superviseur laisse discourir le thérapeute et ne nomme pas les difficultés rencontrées, tout comme le thérapeute laisse parler sa patiente en séance. Tant en séance de thérapie qu'en supervision, l'anxiété sous-jacente est liée par le besoin de support, de sécurisation avec une crainte de ne pas être à la hauteur et de ne pas trouver une assise solide.

La deuxième séquence concerne la neuvième séance de supervision prenant en considération la neuvième séance de thérapie, suivie de la dixième séance de thérapie.

Luc rapporte avoir ressenti l'ampleur de la demande et de la détresse de Myriam recherchant de plus en plus activement un support et un réconfort qu'il doute pouvoir lui apporter. Il se sent impuissant et dépassé tout au long de la supervision. L'intérêt du superviseur porte sur la patiente. Plusieurs de ses interventions visent explicitement à traduire au thérapeute le monde émotif de la patiente. Luc opine de la tête, affirme comprendre les explications du superviseur. Cependant, de notre position d'observateur, nous doutons de sa compréhension. Il parle du besoin de la patiente d'être rassurée. Pour traduire ce qu'il entendait de sa patiente, il ajoute : « Réconforte-moi! Rassure-moi! Semblait-elle dire. Je n'ai pas été capable. On s'est laissé sur ça! » Le superviseur reste distant à l'égard de Luc et nie l'insécurité personnelle de celui-ci : « Il n'y a rien d'alarmant à se sentir impuissant! » Un peu plus tard, il se reprend et tente de supporter son supervisé, mais gauchement : « Ouais, c'est vrai, c'est pas facile de recevoir une telle charge dépressive, une telle demande d'aide, c'est écrasant! »

Luc est nettement insatisfait et s'agite autour de l'appareil vidéo pour lier son angoisse et son agressivité. Faute de trouver promptement le moment de la séance, il poursuit la description de son entretien avec Myriam. Le superviseur tait la difficulté du thérapeute à s'exprimer et se centre sur la patiente avec beaucoup d'empathie. Les deux autres stagiaires tentent de nier partiellement le découragement de la patiente au profit d'un « parler plus vrai », sans préciser le sens de cette expression.

Le superviseur précise le sens et la signification du discours de Myriam, met l'accent sur le désarroi réel de celle-ci. Soudain, coup de théâtre! D^r Dupont annonce avoir parlé à la patiente au téléphone hier et avoir été à même de saisir toute sa souffrance. Elle lui aurait téléphoné pour lui signifier ses doutes sur les capacités de Luc à lui venir en aide, de pouvoir porter tout ce dont elle parle, elle a peur de l'écraser. Il se veut rassurant en affirmant avoir dit à Myriam qu'il ne doutait pas un instant de Luc : « Tu peux te laisser aller, il est capable d'en prendre! »

Jean s'informe auprès de Luc sur ce que la patiente lui fait vivre, mais le superviseur l'interrompt et demande de passer au cas suivant. Puis paradoxalement, durant que Yves prépare sa démonstration vidéo, le superviseur donne quelques conseils au groupe sur l'importance de porter attention « aux phrases fermetures » utilisées par la patiente : des phrases du genre : « Bon! On verra bien! » « En tous cas! » « Voilà! »

Durant la dixième séance de thérapie, Myriam fait part de ses sentiments d'abandon et d'isolement accrus depuis le dernier entretien avec son avocat à propos du montant de la pension alimentaire qu'elle devra payer à son ex-mari. Elle est inquiète, craint de ne plus arriver financièrement, n'a plus confiance en son avocat. Elle aurait fait plusieurs appels à l'aide. C'est dans ce mouvement d'angoisse qu'elle a téléphoné au Dr Dupont, explique-t-elle. Elle a aussi téléphoné à un organisme d'entraide pour femmes où elle a obtenu un rendez-vous le jour même. Elle se serait sentie comprise et rapporte en détail sa rencontre avec l'intervenante. Puis, elle raconte avoir pris rendez-vous avec son ex-conjoint pour explorer les possibilités d'une entente à l'amiable. Celui-ci, conseillé par sa nouvelle amie, aurait refusé. Un ex-amant lui aurait téléphoné et proposé de reprendre leur relation d'antan, bien qu'il vive avec une autre femme actuellement. Myriam ne dit rien de son sentiment d'insulte et de colère suite à cette offre. Elle énumère plutôt d'autres événements, sans explorer davantage ses sentiments et pensées. Le récit déballe successivement des faits et des événements. Une seule fois, Luc l'invite à élaborer davantage sur le fait qu'elle se présente comme une personne imposante alors qu'elle se sent si vulnérable. Elle esquive en reprenant son énumération-description.

Luc suit toujours d'aussi près sa patiente. Il n'a pas le recul nécessaire pour se représenter une histoire de celle-ci. Il n'y a eu aucune tentative de perlaboration de l'agressivité d'une Myriam enragée et frustrée.

On constate que tant dans les séances de thérapie que dans les séances de supervision, on occulte l'agressivité, malgré sa présence explicite et déplacée tantôt sur l'avocat, tantôt sur le thérapeute, tantôt sur le superviseur. En supervision, on évite systématiquement les questions autour de la rivalité et de la méfiance à l'égard des collègues immédiats. Myriam, faute de trouver en thérapie l'aide et la compréhension désirées, cherche ailleurs. Luc discute son travail avec sa patiente en dehors des séances de supervision. Les émotions de Myriam, mises en évidence par le superviseur, ressemblent à s'y méprendre à celles que Luc ressent et exprime faiblement tout en s'en défendant. Le besoin d'être rassuré apparaît présent chez les deux protagonistes.

La troisième séquence porte sur la onzième séance de supervision prenant en considération la onzième séance de thérapie, suivie de la douzième séance de thérapie.

Luc qualifie la séance « d'ardue! » Myriam est de plus en plus angoissée et déprimée. Luc se sent de plus en plus impuissant. Il lutte contre ce sentiment en tentant de démontrer qu'il a su être à la hauteur, il n'est pas « tombé dans le piège de lui donner des conseils, ni de la reconforter! » Il raconte la séance sans s'interroger, sans chercher à comprendre au-delà des mots, sans dégager de fil conducteur. Le superviseur le questionne, l'invite à parler de ce qu'il éprouve. Luc raconte avoir personnellement vécu récemment la rupture d'une relation amoureuse et cela l'aide à bien comprendre les sentiments de Myriam. Le superviseur met alors en relation le désespoir du thérapeute et celui de la patiente, soulignant qu'il s'identifie à celle-ci. Luc se referme aussitôt et revient à une description de la séance tout en recherchant une nouvelle scène de l'entretien sur la bande vidéo. On visionne le passage choisi. Le superviseur l'invite encore une fois à s'exprimer sur son sentiment à l'égard de la patiente, mais Luc prend prétexte du temps qui s'écoule et du fait qu'il voudrait aussi parler d'un autre patient. Le superviseur ne dit rien de la difficulté de Luc à se confier et se laisse entraîner par le changement de cap de ce dernier.

À la douzième séance de thérapie, Myriam cherche les raisons de sa souffrance dans des événements extérieurs : la mauvaise température, l'éclipse de lune, etc. Elle s'est encore une fois rendue dans un organisme d'entraide pour femmes et y aurait rencontré une intervenante compréhensive. Une autre fois, prise d'angoisse, elle a rejoint son médecin pour faire augmenter ses doses d'anxiolytiques. Elle a aussi téléphoné à une amie pour chercher du réconfort. Elle rapporte avec précision ses difficultés financières et dit ne plus avoir « une goutte de confiance » dans son avocat. Elle entrevoit une faillite personnelle. Luc cherche des informations techniques sur les lois financières et sur les moyens réels dont pourrait disposer sa patiente. Celle-ci rapporte une querelle avec une de ses sœurs et en éprouve encore de la rage. « Toute ma famille me traite comme si je n'étais qu'un bébé gâté! » Sa position de cadette a miné la confiance en elle-même et c'est pourquoi elle lutte avec tant de détermination pour prouver à tout le monde ses capacités, démontrer qu'elle n'est pas cette enfant gâtée et impuissante. Cette importance masque ses erreurs et toute tentative pour lui en faire prendre conscience incite à la défense et à la suraffirmation : « Je suis capable toute seule! Je n'ai besoin de personne! »

Luc suit le courant sans s'engager, sans relever l'agressivité.

Lors d'un entretien-enquête prévu dans le protocole de recherche, le D^r Dupont raconte que dans les faits, Myriam est une de ses anciennes patientes déjà reçue en cabinet privé. H avait reçu le couple en thérapie conjugale avant que les deux conjoints ne prennent la décision de se séparer. L'époux de Myriam avait surpris tout le monde en admettant aimer une autre femme et souhaiter poursuivre sa vie avec celle-ci. Le processus thérapeutique avait pris fin après une dizaine de rencontres et Myriam n'avait pas souhaité poursuivre. Elle a repris contact, près de deux ans

plus tard, alors qu'elle était tourmentée par des sentiments dépressifs aigus. D^r Dupont n'avait pas de disponibilité et l'a référée au Service de consultation de l'École de psychologie en lui indiquant qu'il allait être derrière le miroir ou la caméra de télévision à suivre les entrevues qu'elle aurait avec un stagiaire. Elle avait accepté cette proposition. Le superviseur se sentait maintenant mal à l'aise et regrettait de ne pas l'avoir reçue à son cabinet. Lors de l'enquête auprès du thérapeute, celui-ci raconte être au courant, à l'insu du superviseur, de cet arrangement entre le superviseur et la patiente, puisque celle-ci le lui avait confié dès leur première rencontre, avant d'entrer dans la salle d'entrevue, donc à micro fermé. Au début, Luc se sentait très gratifié narcissiquement que son superviseur lui cède ainsi une de ses « vraies » patientes, mais il s'agissait d'un cadeau toxique. En effet, sa compréhension narcissique de la situation l'avait incité à des ambitions thérapeutiques irréalistes et irrationnelles qui s'avéraient maintenant impossibles dans la réalité et blessantes narcissiquement. Les deux autres stagiaires n'étaient pas au courant de cette situation et le superviseur ignorait ce que Luc savait. Ce dernier voulait se comporter en thérapeute d'expérience et Myriam voulait montrer à tout le monde qu'elle était assez grande pour se débrouiller seule. Au fond, le superviseur doutait de Luc qui doutait de lui-même et de Myriam. Celle-ci doutait à son tour des hommes qui tentaient de lui venir en aide.

Cette observation systématique met en évidence des failles dans la communication, une contagion d'un système à l'autre et des réactions en chaîne chez tous les protagonistes.

Quelques réflexions théoriques

La difficulté majeure d'une explication cohérente réside dans la variété des illustrations cliniques du phénomène (Grey et Fiscalini, 1987). Les théories explicatives du parallélisme varient aussi en fonction du point de vue adopté par les auteurs sur l'origine initiatrice.

Plusieurs auteurs voient dans le processus parallèle une extension de la constatation de Freud (1914) à l'effet que « le patient n'a aucun souvenir de ce qu'il a oublié et refoulé et ne fait que le traduire en acte. Ce n'est pas sous forme de souvenir que le fait oublié reparait mais sous forme d'action ». Ce lien avec l'observation de Freud constitue une assise théorique du processus parallèle.

Les discussions s'articulent fréquemment dans la littérature autour des trois thèmes suivants : le transfert et le contre-transfert, les mécanismes d'identifications et les similarités entre le cadre de la supervision et celui de la thérapie.

Le transfert et le contre-transfert

Searles (1955) refuse de parler de contre-transfert pour nommer la réaction émotive du superviseur envers le supervisé. Le terme laisserait croire à une émotion infantile refoulée chez le superviseur et obligerait à sa liquidation par l'ana-

lyse. Il veut plutôt mettre en évidence que l'émotion transmise par le thérapeute au superviseur se retrouve aussi chez le patient via le supervisé.

Bromberg (1982) précise pour sa part que le contre-transfert relève d'une particularité idiosyncratique à la personnalité du superviseur, alors que le processus parallèle veut traduire ce qui se passe en supervision en terme de réciprocité émotionnelle entre les protagonistes.

Ekstein et Wallerstein (1958) préfèrent un langage propre à la supervision. Ils parlent plutôt de problèmes d'apprentissage pour exprimer les aspects transférentiels du thérapeute envers le superviseur et de problèmes au sujet de l'apprentissage pour signifier les dimensions contre-transférentielles du thérapeute envers le patient. Ils marquent ainsi une différence entre les implications relationnelles relevant de la supervision et celles relevant de la thérapie engagée par le thérapeute impliqué.

Doerhman (1976) précise que le paradigme transférentiel agit dans les deux types de relations en cause; soit celle entre le thérapeute et le superviseur et celle entre le thérapeute et le patient, en résonance à un noyau névrotique ou à une disposition transférentielle du supervisé et du superviseur. Il devient crucial pour le thérapeute-supervisé de prendre conscience de ses difficultés vis-à-vis du superviseur et de les perlaborer pour que le patient puisse en faire autant en thérapie.

Comme d'autres phénomènes liés au transfert, le processus parallèle serait le fruit des insécurités personnelles tant du thérapeute que du patient devant l'autorité et les besoins de dépendance. Le thérapeute représente une autorité aux yeux du patient et le superviseur constitue aussi une figure de pouvoir aux yeux du thérapeute-supervisé. D'où l'idée d'une série d'emboîtements et de croisements de réactions transférentielles liées à l'attraction des protagonistes pour le même mode de rapport défensif (Grey et Fiscalini, 1987).

Les réactions contre-transférentielles affectent l'empathie du thérapeute envers le patient, induisent des mécanismes régressifs déclenchant un processus parallèle. Elles traduisent une identification massive au patient, une identification évidemment inconsciente, non verbalisée, mais non moins agie en supervision. Le thérapeute-supervisé prenant la position du patient devant son superviseur (Issacharoff, 1982).

Non seulement le thérapeute s'identifie-t-il au patient lorsqu'il se retrouve devant le superviseur, mais il démontre ce qui se passe en thérapie en l'agissant en supervision (Sachs et Shapiro, 1976). L'identification du thérapeute au patient est non seulement un indice de difficultés transférentielles, mais aussi un processus normal et essentiel dans le compte rendu que le supervisé fait du patient au superviseur. Celui-ci risque évidemment de se retrouver dans la fonction de thérapeute du thérapeute identifié au patient. La manière d'être du superviseur-thérapeute est donc reprise par le thérapeute-supervisé en présence de son patient.

Le piège du superviseur est d'interpréter le parallélisme uniquement en termes de contre-transfert du thérapeute envers le patient. Une telle interprétation risque d'être seulement de nature cognitive, sans aucune implication émotionnelle de la part

du superviseur (Caligor, 1981). L'impasse réellement expérimentée en supervision demeure, s'aggrave, se rigidifie, comme dans le premier exemple donné plus haut. Le thérapeute et le superviseur ratent une occasion de grandir ensemble.

En somme, la plupart des auteurs considèrent plus ou moins explicitement les implications transférentielles et contre-transférentielles implicites au processus parallèle. Cependant, réduire le processus à ces seules dimensions paraît limitatif (Gendiman et Wolkenfeld, 1980).

Le mécanisme d'identification

Pour Searles (1955), le processus parallèle est initié quand le travail psychothérapeutique en cours rejoint une aire de la personnalité du patient soulevant et ramenant, proches de la conscience, des sentiments réprimés ou dissociés. Le moi du patient éprouve alors une grande angoisse et s'en défend du mieux qu'il peut. Le thérapeute est exposé à cette angoisse plus ou moins contagieuse et sa propre angoisse se réveille à son tour dans une aire comparable de sa personnalité, une aire où pareille angoisse sommeillait jusqu'alors. Il est ainsi appelé, lui aussi, à se défendre. Souvent, il utilise des défenses semblables ou complémentaires à celles de son patient. Le superviseur vigilant réalise que le thérapeute angoissé révèle ce qui se passe chez le patient ou dans la relation psychothérapeutique. Ce qui se passe dans cette relation tend à s'installer dans la relation que le thérapeute-supervisé entretient avec le superviseur. Le phénomène apparaît d'autant que le thérapeute devient angoissé en même temps que le patient au sujet de problèmes avec lesquels ils ne peuvent pas composer pour le moment. Les aires de vulnérabilité du thérapeute et du patient se chevauchent. Le thérapeute, touché consciemment ou inconsciemment, se met à douter de ses capacités de mener à bien sa tâche, à douter également des capacités du patient à faire le travail qui lui revient. Le thérapeute prend en charge le désir du patient d'être rapidement soulagé de sa douleur. Le supervisé éprouve bientôt un sentiment d'échec et sa vulnérabilité narcissique le conduit à s'identifier au patient comme à un agresseur. On reconnaît cette situation lorsque le thérapeute-supervisé se plaint en supervision que son patient ne parle pas des bonnes choses, des vrais problèmes et qu'il ne parvient pas à le ramener vers le vrai discours thérapeutique. En même temps, apparaissent les retards aux séances chez le patient, les annulations de rendez-vous, les rendez-vous oubliés, l'oubli du paiement des honoraires, etc., et le thérapeute ne trouve pas le temps, la manière, le bon moment d'aborder la question avec son patient. On le verra même parfois arriver en retard à sa supervision, oublier les honoraires, oublier du matériel, avoir des blancs, ne plus se souvenir de ce dont son patient lui a parlé.

Les identifications au patient ne traduisent pas toujours des difficultés contre-transférentielles, elles sont parfois inhérentes à la nature même du travail thérapeutique, plus particulièrement avec les personnalités limites, les personnalités narcissiques. En pareille situation, le moi du thérapeute oscille entre l'identification et

l'observation. En supervision, il récapitule les identifications temporaires faites au patient. C'est, en quelque sorte, une façon de parler de ce qui s'est passé lors des séances de thérapie. Cette façon est normale et essentielle. C'est la communauté des résistances, des défenses et des désirs entre le thérapeute et le patient qui incite à une telle identification temporaire. En pareil cas, il importe que le superviseur puisse, lui aussi, provisoirement régresser et osciller entre la participation et l'observation pour bien saisir les enjeux. Cette implication du superviseur l'entraîne inéluctablement dans une identification secondaire et ponctuelle au patient. Cette reconstitution parallèle est importante, puisqu'elle mobilise l'identification et l'empathie entre les trois protagonistes et que ces éléments sont indispensables tant pour le bon fonctionnement de la thérapie que de la supervision. La compréhension cognitivo-affective du superviseur comme du thérapeute vient remplir les brèches des ambiguïtés rencontrées et renforcer l'identification empathique, ce qui aide à saisir l'identité expérientielle de l'autre (Kohut, 1966; Gendiman et Wolkenfeld, 1980). C'est bien la traduction des liens qui rattachent les membres de la triade.

Ainsi, le processus parallèle est une forme avortée d'empathie. Le thérapeute identifié au patient perd sa fonction d'observateur, sa neutralité, sa capacité de penser et d'interpréter ce qui se passe entre lui et le patient. Une telle identification n'est pas qu'un signe de difficulté contre-transférentielle, mais aussi une conséquence des ressemblances entre les personnalités en cause. Cette identification ne crée pas seulement une tache aveugle, au contraire, c'est une mise en scène de l'agir des protagonistes. C'est la reproduction d'une identification. C'est-à-dire que la situation actuelle en rappelle une autre du passé et suscite une réédition des sentiments et des gestes du passé, sans prise de conscience de ce fait. L'agir empêche justement la prise de conscience. La situation actuelle est traitée de la même manière que celle qui est ré-agie. Cependant, la reproduction de l'identification proprement dite parle du passé, alors que le parallélisme témoigne d'une internalisation effectuée dans le présent.

L'identification projective

L'identification projective constitue un des mécanismes-clés du parallélisme. Par identification projective, le patient et le thérapeute ont l'opportunité de projeter les parties non-désirées de leur moi chez l'autre, d'entraîner l'autre à se sentir ou à agir de façon congruente à ce matériel pour ensuite s'identifier et réintrojecter les aspects ainsi modifiés par l'autre, du seul fait de l'acceptation faite des matériaux ainsi projetés. Le processus parallèle s'installe quand le matériel est troublant, pénible, plus particulièrement quand l'expérience du patient est de nature pré-verbale, précoce, archaïque, quand la différence entre l'objet et le moi reste confuse. C'est ce matériel, contenu par le thérapeute pour le patient, qui est alors rapporté en supervision. Les expériences et les besoins défensifs communs au patient et au thérapeute sont ici en jeu.

En pareille situation, le thérapeute-supervisé appréhende plus particulièrement la relation au superviseur comme une relation d'autorité. Il a davantage tendance à camoufler certaines parties de lui-même, surtout ses traits autoritaires et agressifs. En ce sens, il s'identifie au patient, mais l'identification ne constitue pas l'essentiel du phénomène. C'est simplement une façon efficace de communiquer avec le superviseur tout en camouflant des parties désavouées de lui-même. Cependant, en déniait ainsi certaines caractéristiques personnelles, le supervisé en vient à ne répondre à celles-ci que devant son superviseur. Le supervisé se retrouve comme son patient devant un personnage représentant davantage l'autorité que le témoin.

Si on prend en considération le théorème de l'émotion réciproque de Sullivan (1953, in Bromberg, 1982), le superviseur répond inconsciemment au besoin du supervisé en assumant le rôle complémentaire. Il ne s'agit pas d'identification, mais d'une réaction au besoin inconscient du supervisé d'un rôle complémentaire supportant le sien. Le superviseur diminue alors ses comportements efficaces en supervision et s'implique de plus en plus dans le seul rôle qui lui reste ouvert. Le résultat est une scène reproduisant en miroir ce qui se joue en thérapie. C'est le processus parallèle.

Un tel manque de conscience du jeu de l'autre prend naissance dans le besoin plus ou moins névrotique d'une compatibilité de caractère chez le superviseur.

Les similarités des cadres

En thérapie comme en supervision, une personne est supposée savoir et une autre en sollicite l'aide. Il y a bien là tout ce qu'il faut pour susciter des émotions profondes et dynamiques. Les attitudes liées au fait d'aider ou d'être aidé sont influencées par les dimensions psychosexuelles de la personnalité. Ainsi, la situation triangulaire de la supervision est susceptible de réveiller les conflits œdipiens et les rivalités fraternelles non ou mal résolus (Gendiman et Wolkenfeld, 1980). Au rapport d'autorité entre les protagonistes, à la quête d'une aide s'ajoutent la tension soulevée par la souffrance de l'autre et son désir d'en être débarrassé.

Dans ce contexte d'autorité et de dépendance plus ou moins marquées, la communication mutuelle franche et sincère est certainement indispensable (Grey et Fiscalini, 1987). Dans cette situation, la personne aidée se dévoile davantage que la personne aidante. La première tente, souvent à son insu, de ménager les impressions de la seconde, figure d'autorité, d'introduire des considérations socialement acceptables, voire même désirables non incluses dans la demande originale. C'est un terrain propice aux agendas cachés, aux dissimulations, aux manœuvres défensives et aux opérations de sécurisation. Même le superviseur peut se sentir menacé dans sa position d'autorité et engager une résistance, une défensive ou une offensive pour se rassurer et lier son angoisse.

C'est la prise en compte des motivations de chacun des protagonistes qui permet le plus souvent de distinguer entre la communication et la dissimulation. Chacun est mû par ses besoins et désirs propres et s'oppose spontanément aux actions

et discours qui lui paraissent étrangers, incompatibles avec son mouvement propre (Grey et Fiscalini, 1987).

andré renaud

nicole labbé

école de psychologie

université laval

c.p. 2208, succ, terminus

québec qc g1k 7p4

adresse électronique : andre.renaud@psy.ulaval.ca

Bibliographie

- Bromberg, P. M. (1982). The Supervisory Process and Parallel Process in Psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 16, 1.-27.
- Caligor, C. (1981). Parallel and Reciprocal Process in Psychoanalytic Supervision. *Contemporary Psychoanalysis*, 16, 1-27.
- Doerhman, M. J. (1976). Parellel Process in Supervision and Psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 40, 9-104.
- Doucet, P., Renaud, A., Girard, M., Pilon, C. (1994). Une supervision collective, in *Canadian Journal of Psychoanalysis/Revue canadienne de psychanalyse*, vol 2. n° 1. p. 47-75.
- Ekstein, R., Wallerstein, R. S. (1958). in Ekstein, Siegel Brenock, (1958). *The Teaching and Learning of Psychotherapy*, New York, Basic Books Inc.
- Freud, S., (1914). *La technique psychanalytique*, Paris. Presses Universitaires de France. 1981.
- Gendiman, H. K., Wolkenfeld, F., (1980). The Parallelism Phenomenon in Psychoanalysis and Supervision : Its Reconsideration as a Triadic System. *Psychoanalytic Quaterly*, 49, 234-255.
- Grey, A., Fiscalini, J. F. (1987). Parallel Process as Transference-Countertransference Interaction. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 131-144.
- Issacharoff, A. (1982). Countertransference in Supervision : Therapeutic Consequences for the Supervisee. *Contemporary Psychoanalysis*, 18, 455-473.
- Labbé, N. (1993). *Le processus parallèle : un instrument de supervision au début de la formation à la psychothérapie?* École de psychologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval, Sainte-Foy, Qc Canada.
- Renaud, A. Chouinard, L. (1988) Le contre-transfert à la lumière de supervisions de psychothérapie, *Psychanalyse à l'université*, octobre 1988, tome 13, n° 52, 627-645.
- Sachs, D. M., Shapiro, S. H. (1976). On Parallel Processes In Therapy and Teaching. *Psychoanalytic Quaterly*, 45, 394-415.
- Searles, H. F. (1955). The informational value of supervisons experience. *Psychiatry*, 18, 135-146.
- Simard, L. (1990). *Motivations et attentes des stagiaires face à la supervision de psychothérapie*, Essai non publié, École de psychologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval, Sainte-Foy, Qc Canada.
- Wolkenfeld, F. (1990). The Parallel Process Phenomenon Revisited : Somme Additional Thoughts About the Supervisory Process, in R. C. LANE, *Psychoanalytic Approaches To Supervision*, 95-109, New-York, Brunner Mazel.