

UNIVERSITE DE LAUSANNE
FACULTE DES SCIENCES SOCIALES
ET POLITIQUES
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

SESSION D'ETE 2015

**Micro et macro processus de l'alliance thérapeutique
chez des patientes hospitalisées avec dépression :
comparaison entre répondants et non-répondants**

Mémoire de Master en psychologie clinique et psychopathologie
Version définitive

Présenté par **Marie-Laure Grünig**
Sous la direction de Yves de Roten
Expert : Valentino Pomini

« I propose that the working alliance between the person who seeks change and the one who offers to be a change agent is one of the key, if not the key, to the change progress » (Bordin, 1979, p. 252)

Remerciements

Je tiens à remercier M. Yves de Roten qui m'a suivie dans ce travail et avec qui les échanges que j'ai pu avoir ont suscité ma réflexion et ceci au-delà du cadre de mon mémoire. Merci aussi pour sa disponibilité et son écoute, ainsi que pour le temps consacré, avec Mme Diana Ortega, à ma formation au manuel 3RS.

Merci à M. Valentino Pomini, expert pour la défense de ce travail.

Merci aussi à Elisa Bignasca avec qui j'ai passé de longues heures à coter les séances et à argumenter sur les catégories retenues.

Finalement, merci à mes collègues de master et à ma famille pour les encouragements et le soutien.

TABLE DES MATIERES

1. PROBLEMATIQUE.....	7
2. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE	8
2.1. LES COMPOSANTES DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE	8
2.1.1. Accord sur les tâches	8
2.1.2. Accord sur les buts	8
2.1.3. Lien affectif entre le patient et le thérapeute	9
2.2. L'ALLIANCE COMME RELATION DE COLLABORATION.....	9
2.3. L'ALLIANCE COMME PROCESSUS DE NEGOCIATION.....	10
2.4. LES FACTEURS INFLUENÇANT L'ALLIANCE	11
2.5. L'EVALUATION DE L'ALLIANCE.....	12
3. EVOLUTION DE L'ALLIANCE	14
3.1. EVOLUTION D'UNE SEANCE A L'AUTRE ; MACRO-PROCESSUS	14
3.1.1. La forme de l'alliance.....	16
3.2. L'ALLIANCE AU SEIN D'UNE SEANCE ; MICRO-PROCESSUS	16
3.2.1. Les ruptures	17
3.2.1.1. Les ruptures de retrait	19
3.2.1.2. Les ruptures de confrontation.....	19
3.2.2. Les résolutions.....	19
3.2.2.1. Résolution des ruptures de retrait	21
3.2.2.2. Résolution des ruptures de confrontation.....	22
3.3. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	22
4. METHODE.....	24
4.1. ECHANTILLON.....	24
4.2. INSTRUMENTS	25
4.2.1. Le QIDS	25
4.2.2. Le 3RS	26
4.2.3. La WAI.....	28
4.3. LE TRAITEMENT	29
4.4. PROCEDURE	30
5. RESULTATS.....	31
5.1. MOUVEMENTS DE RUPTURE ET DE RESOLUTION ; MICRO-PROCESSUS DE L'ALLIANCE.....	31
5.1.1. Fréquence des différents types de ruptures et de résolutions par cas	31
5.1.1.1. Répondantes.....	33
5.1.1.2. Non-répondantes	34
5.1.2. Illustrations des ruptures et des résolutions de l'alliance	35
5.2. NIVEAU D'ALLIANCE ; MACRO-PROCESSUS DE L'ALLIANCE	42
5.2.1. Répondante	42
5.2.1.1. Nora.....	42
5.2.2. Non-répondantes	43
5.2.2.1. Alice.....	43
5.2.2.2. Annie.....	44
5.3. MISE EN LIEN DES MICRO ET MACRO-PROCESSUS DE L'ALLIANCE	44
5.3.1. Répondante	45
5.3.1.1. Nora.....	45
5.3.2. Non-répondantes	47
5.3.2.1. Alice.....	47
5.3.2.2. Annie.....	48

5.4. COMPARAISON REpondantes ET NON-REpondantes	50
6. DISCUSSION	52
6.1. LIMITATIONS DE L'ETUDE ET DIRECTIONS POUR LES RECHERCHES FUTURES.....	57
7. BIBLIOGRAPHIE.....	59
8. ANNEXES	65
8.1. DONNEES DES PARTICIPANTES	65
8.2. RESUME DES CATEGORIES DU 3RS	66
8.3. FEUILLES DE COTATION DES SEANCES ANALYSEES	70

Résumé

L'alliance thérapeutique est un processus dynamique, qui se développe au fil des interactions entre le patient et le thérapeute. Des micro-processus de l'alliance peuvent être observés au travers des mouvements de rupture et de résolution au sein d'une séance de thérapie. L'alliance évaluée au fil des séances permet de décrire l'alliance au niveau macro. Après l'analyse de ces processus et leur mise en lien, ce travail a pour but de comparer ce qu'il se passe chez les participantes qui ont répondu au traitement et celles qui n'y ont pas répondu.

Ce travail a permis de mettre en évidence certains liens entre les mouvements de rupture et de résolution et l'évaluation du niveau d'alliance. Des différences entre les répondantes et les non-répondantes ont été observées au niveau micro, mais il était plus difficile de tirer des conclusions concernant le niveau macro où les profils sont hétérogènes.

1. Problématique

Il ressort de la littérature que l'alliance thérapeutique est un facteur central dans le succès de la thérapie, et qu'il y a un lien entre sa qualité et les résultats de la prise en charge. Un macro-processus peut être décrit et renvoie à l'évaluation de l'alliance réalisée séance après séance. Ceci nous permet de voir la tendance générale de la qualité de l'alliance au cours de la thérapie (Horvath, 2005). En 1979, Bordin propose une conception de l'alliance définie par trois éléments interdépendants : l'accord entre le patient et le thérapeute sur les buts du traitement, sur les tâches et la création d'un lien entre le patient et le thérapeute. La force de l'alliance dépendant du degré d'accord et de la force du lien. Les différentes recherches sur l'alliance ont montré qu'elle n'est pas statique au cours du traitement, mais elle est à considérer comme un processus : l'alliance est sans cesse négociée entre le patient et le thérapeute, sa qualité changeant au fil de leurs interactions (Safran & Muran, 2006). Des micro-processus peuvent également être observés et ils correspondent aux mouvements de rupture et de résolution qui émergent au sein des séances. Safran, Muran, Wallner Samstag, et Stevens (2001), définissent deux types de ruptures ; les retraits et les confrontations. Les ruptures dans l'alliance sont inévitables, elles varient en intensité, en durée et en fréquence, en fonction de la dyade patient-thérapeute. Pour ces auteurs, s'intéresser aux ruptures dans l'alliance et que le thérapeute puisse les adresser et les résoudre permet non seulement de favoriser la continuité du traitement, mais joue un rôle dans le processus de changement et influe sur les résultats du traitement de la thérapie.

Ce travail porte sur l'étude des micro et macro-processus de l'alliance chez des patientes hospitalisées avec dépression et qui suivent une psychothérapie psychodynamique de la dépression à l'hôpital (PPDH). Il s'agira d'abord de décrire les mouvements de rupture et de résolution qui apparaissent au sein des séances analysées grâce au 3RS, puis de décrire le profil du niveau d'alliance séance après séance, grâce aux scores de la WAI. Il s'agira de voir si des liens peuvent être fait entre les micro-processus et les macro-processus de l'alliance. Le but est de comparer ces phénomènes entre les répondantes et les non-répondantes au traitement.

2. L'alliance thérapeutique

Plusieurs auteurs soulignent que la qualité de l'alliance thérapeutique est un des meilleurs prédicteurs des résultats, ceci pour les différentes formes de psychothérapies et différents groupes de patients. Elle représente ainsi un facteur de changement commun à tout type de psychothérapie, ce qui vient mettre sur le devant de la scène l'importance de la dimension relationnelle (de Roten, 2006a ; Safran & Muran, 2006). La perspective de l'alliance à laquelle je me réfère dans ce travail est celle proposée par Bordin et qui se veut transthéorique.

2.1. Les composantes de l'alliance thérapeutique

Bordin (1979) définit l'alliance thérapeutique par trois éléments interdépendants : l'accord sur les tâches, l'accord sur les buts du traitement et le lien affectif entre le patient et le thérapeute.

2.1.1. Accord sur les tâches

Les tâches sont définies comme des activités spécifiques dans lesquelles le patient doit s'engager afin de pouvoir profiter des bénéfices du traitement. De manière générale, c'est le thérapeute qui propose les diverses tâches, notamment en référence à son cadre théorique, mais le patient doit en comprendre leur importance et leur intérêt afin de se sentir toujours actif dans le traitement. La collaboration entre le patient et le thérapeute nécessite qu'ils se mettent d'accord sur les tâches à réaliser dans le cadre du traitement, ce qui passe par des échanges concrets (Bordin, 1994).

2.1.2. Accord sur les buts

Les buts de la thérapie renvoient aux objectifs envers lesquels le traitement tend. Ainsi pour Bordin (1994), les buts du traitement reflètent ce qui pose problème au patient en lien avec son histoire de vie. Le thérapeute se doit d'être attentif à ce qu'en pense le patient afin de maximiser sa satisfaction et de

minimiser les frustrations, permettant de développer un climat de confiance et de respect dans la relation. Pour Tryon et Winograd (2011), le consensus sur les buts passe par le fait que le thérapeute explique la nature et les attentes de la thérapie, la manière dont les buts sont négociés, le fait que le patient considère ces buts comme spécifiques, l'engagement du patient pour les réaliser et finalement la congruence entre le patient et le thérapeute sur l'origine des problèmes présentés et les aspects des solutions permettant de les résoudre.

2.1.3. Lien affectif entre le patient et le thérapeute

Ce lien renvoie à la qualité affective de la relation entre le patient et le thérapeute. Bordin (1994) le définit par la confiance, le respect mutuel, l'engagement commun et une compréhension partagée de ce qu'il se passe dans le traitement. Henry et Strupp (1994) ajoutent qu'une psychothérapie n'est pas efficace si le thérapeute ne peut pas répondre à son patient de manière chaleureuse, empathique et sans émettre de jugements cliniques.

La mise en place des buts et des tâches apparaît comme intrinsèquement liée à la nature de la relation entre le thérapeute et le patient. En effet, la capacité à se mettre d'accord et à trouver un terrain d'entente sur les tâches et les buts de la thérapie joue un rôle sur la qualité du lien affectif entre le patient et le thérapeute. A son tour, la qualité de ce lien influence la mesure dans laquelle le patient et le thérapeute sont capables de négocier les tâches et les buts de la thérapie afin de se mettre d'accord (Bordin, 1994).

2.2. L'alliance comme relation de collaboration

Pour de Roten (2006b), la conception que l'on a actuellement de l'alliance souligne la nécessité de la participation tant du patient que du thérapeute afin de favoriser son développement et de permettre un travail de collaboration. Ainsi, l'alliance résulte d'un « processus collaboratif, co-constructif qui nécessite que les partenaires, d'une part, s'engagent l'un vis-à-vis de l'autre et vis-à-vis de la situation, et, d'autre part, se coordonnent en fonction du but à

atteindre » (de Roten, 2006b, p.126). Pour Tryon et Winograd (2011), le thérapeute et le patient doivent fonctionner comme une équipe, ce qui implique un engagement mutuel de la part des deux intervenants dans une relation d'aide, la coopération de la part du patient et l'engagement de chacun dans son rôle respectif. Le thérapeute n'est donc pas seul responsable des effets de la psychothérapie : le patient amène ce qui le préoccupe et ensemble, avec le thérapeute, ils définissent les objectifs du traitement et la manière de les atteindre. Quand le patient perçoit qu'il s'agit d'un travail de collaboration, il sera susceptible de s'engager de manière plus importante et de ce fait retirera plus de bénéfices du traitement (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Son engagement peut être mis en lien avec ses croyances que tel thérapeute et telle thérapie vont pouvoir l'aider à changer, ainsi que par des sentiments positifs qu'il éprouve envers le thérapeute, un sentiment de confiance qui va venir mettre de côté les doutes et l'hostilité (Tryon & Winograd, 2011). Pour Bordin (1979), la thérapie est efficace tant que le patient et le thérapeute arrivent à travailler de manière collaborative.

2.3. L'alliance comme processus de négociation

La dimension de la collaboration entre le patient et le thérapeute est nécessaire pour le développement de l'alliance thérapeutique, mais la nature de l'alliance est aussi soumise à un processus de négociation entre le patient et le thérapeute. Dans son article de 1994, Bordin souligne l'importance de pouvoir négocier les tâches et les buts du traitement dans la construction de l'alliance, ce qui permet d'apporter une certaine force dans la relation. La négociation est nécessaire pour qu'il y ait un engagement effectif dans le traitement, rendant l'alliance plus forte et les résultats du traitement meilleurs. Ce processus de négociation de l'alliance commence au début de la thérapie et continue au long du traitement. Les patients et les thérapeutes débutent la thérapie avec leurs propres idées sur ce qu'un bon travail est. Le thérapeute a ses propres attentes sur le déroulement du traitement, notamment en lien avec sa méthode de travail et son référentiel théorique. Le patient a ses propres objectifs et évalue ce qu'il se passe dans la thérapie en fonction de ses attentes. Si l'expérience de la thérapie n'y correspond pas, le patient risque de se retirer ou d'arrêter son

traitement. Cette inadéquation nécessite que le thérapeute cherche et trouve une manière d'adresser ce qui pose problème, en accordant de l'importance aux ruptures présentes dans la relation et en essayant de les réparer.

Muran, Safran, et Eubanks-Carter (2010) proposent une conception de la négociation de l'alliance en terme de négociation intersubjective, dans laquelle le patient et le thérapeute sont engagés pour la reconnaissance mutuelle de leur propre subjectivité. Pour Safran et Muran (2001; 2006), cela renvoie à la négociation des besoins respectifs de deux sujets indépendants ; entre se vivre comme un sujet et en même temps reconnaître la subjectivité de l'autre. Pouvoir travailler sur cet aspect au sein de la relation thérapeutique peut donner aux patients l'opportunité d'apprendre à négocier ces deux besoins de manière constructive ; sans s'oublier soi-même, mais en prenant en considération l'autre, et de pouvoir transposer cela en dehors du cadre de la thérapie. Cette conception sert de base à Safran et Muran pour définir les ruptures dans l'alliance thérapeutique, comme précisé plus loin dans ce travail.

2.4. Les facteurs influençant l'alliance

Pour Horvath (2000), le développement d'une bonne alliance ne nécessite pas uniquement une position empathique et positive de la part du thérapeute, mais un cadre de travail qui offre la possibilité de développer une collaboration dans laquelle le patient se sent actif et respecté. La personnalité du thérapeute ainsi que son référentiel théorique sont des facteurs influençant le développement de l'alliance (Mallinckrodt, 1991 ; Moras & Strupp, 1982). Le fait que les thérapeutes ne s'intéressent pas au patient, imposent leurs propres valeurs, interviennent de manière inadéquate, soient distraits, centrés sur eux-mêmes, peu investis dans le traitement, ainsi que tendus, fatigués, ennuyés, distants, critiques, sur la défensive, dogmatiques, maintenant leur position sans prendre en compte la perspective du patient, et incapables d'offrir un environnement thérapeutique soutenant, est associé à un moins bon niveau d'alliance (Ackerman & Hilsenroth, 2001). La possibilité de développer une alliance positive est, à l'inverse, reliée à l'importance que le thérapeute puisse instaurer un climat de confiance et de confidentialité dans le cadre thérapeutique, qu'il

ait la capacité de se connecter avec le patient afin d'ajuster ses interventions, qu'il soit bienveillant, fiable, réceptif, flexible, expérimenté, respectueux, intéressé, chaleureux et ouvert. Le développement de l'alliance est également favorisé lorsque le thérapeute communique le fait qu'il y a de l'espoir, comprenne, accepte et respecte le patient, souligne qu'ils travaillent ensemble dans un effort conjoint et partage, avec le patient, le fait qu'il a confiance en lui et en sa capacité à utiliser ce qu'il a appris pendant la thérapie (Ackerman, Hilsenroth, & Knowles, 2005).

Safran et Muran (2001) suggèrent différents facteurs qui sont propres au patient et qui sont susceptibles d'avoir une influence sur l'alliance thérapeutique. Ainsi, ils parlent de la capacité du patient à faire confiance, à avoir de l'espoir et à croire au fait que le thérapeute ait la capacité de l'aider. Les patients vont accorder des significations différentes aux buts et aux tâches proposés dans le cadre de la thérapie en fonction de leur histoire personnelle. De même, la relation affective avec le thérapeute sera affectée par leurs schémas relationnels, leurs expériences antérieures, la qualité de leurs relations d'objet et leur fonctionnement interpersonnel, le support social qu'ils peuvent avoir et leurs capacités d'attachement (Connolly et al., 2003 ; Mallinckrodt, 1991 ; Moras & Strupp, 1982). Par rapport aux caractéristiques du patient, Bordin (1994) considère qu'elles peuvent influencer l'alliance en début de thérapie, mais par la suite voit plutôt ces patterns relationnels comme des buts de la thérapie sur lesquels il s'agit de travailler.

2.5. L'évaluation de l'alliance

Le niveau de l'alliance peut être mesuré à la fin de chaque séance et permet de pouvoir rendre compte de ses fluctuations au cours de la thérapie. Horvath (2005), propose de s'y intéresser à partir de plusieurs perspectives ; celle du thérapeute, du patient et d'un observateur externe. Pour Martin, Garske, et Davis (2000), l'évaluation que les patients font de l'alliance semble plus constante et montrer une meilleure qualité d'alliance que lors de l'évaluation faite par les thérapeutes. Pour eux, lorsque les patients voient l'alliance comme positive en début de traitement, ils auront tendance à l'évaluer également

positivement en fin de traitement et à voir les résultats comme positifs. Comparativement à l'évaluation faite par le patient, le thérapeute verrait plus de changements au cours de la thérapie, son évaluation de l'alliance est moins constante et moins stable que celle du patient (Martin et al., 2000). Pour Bachelor (1995), le thérapeute peut, de par ses interventions et sa vision de l'alliance, influencer la perspective que les patients ont. Si la perception par le thérapeute est négative, qu'elle est acceptée comme telle ou laissée de côté, cela va affecter la capacité du thérapeute et du patient à développer une bonne alliance thérapeutique et peut affecter le traitement (Brossart, Wilson, Patonn, Kivlighan, & Multon, 1998). Pour Kramer, de Roten, Beretta, Michel, et Desplands (2008), la perspective que les thérapeutes ont de l'alliance est cependant un meilleur prédicteur des résultats que la perspective des patients. Pour Fitzpatrick, Iwakabe, et Stalikas (2005), les recherches sur l'évaluation de l'alliance ont montré qu'une convergence entre la perspective du patient et celle du thérapeute est un facteur positif qui contribue au processus thérapeutique et donc aux résultats du traitement. Finalement, une évaluation de l'alliance par un observateur externe semble être un bon moyen de palier à une éventuelle différence d'évaluation entre le thérapeute et le patient (Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2010).

Crits-Christoph, Connolly Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz, et Gallop (2011) soulignent que l'évaluation de l'alliance qui prend en compte des mesures à plusieurs séances était un meilleur prédicteur des résultats que le niveau d'alliance mesuré à une seule séance. En effet l'alliance n'est pas statique. Son niveau ne doit ainsi pas uniquement être évalué une fois, mais plusieurs mesures sont nécessaires afin de pouvoir rendre compte de son aspect dynamique et de mettre en évidence les fluctuations de sa qualité (Michel, Kramer, & de Roten, 2011).

3. Evolution de l'alliance

Le développement de l'alliance peut prendre différentes formes et nécessite plus ou moins de temps en fonction du type de thérapie, de l'étape du traitement et de la dyade patient-thérapeute (Bordin, 1994). Pour Falkenström, Granström, et Holmqvist (2013), l'alliance doit être appréhendée comme un processus continu tout au long du traitement et dont la forme reflète les interactions entre le patient et le thérapeute. Comme précisé plus haut, plusieurs travaux ont montré que l'alliance est un processus dynamique, qui change au cours de la même séance et ces variations donnent un relief au niveau d'alliance évalué au cours du traitement. Je présente maintenant ce qui peut être défini comme un macro-processus de l'alliance, à savoir le niveau d'alliance au cours de la thérapie, séance après séance. Ensuite, je présenterai les micro-processus de l'alliance, à savoir les mouvements de rupture et de résolution de l'alliance qui sont observés au sein des séances.

3.1. Evolution d'une séance à l'autre ; macro-processus

Ce qui peut être décrit comme un macro-processus de l'alliance renvoie au niveau d'alliance évalué au cours du traitement, à la fin de chaque séance. Il correspond à une mesure et une représentation plus globale de l'alliance thérapeutique que ce qui peut être décrit au travers des ruptures et des résolutions au sein des séances.

Selon Horvath (2005), il est nécessaire de se pencher sur les changements dans la qualité de l'alliance au cours du traitement. Il semblerait qu'une bonne alliance en début de thérapie prédise des résultats positifs, plus que l'alliance en milieu ou en fin de thérapie (Horvath, 1994b). L'importance de ce qui se joue dans les premières séances de thérapies est également repris par Klee, Abeles, et Muller (1990) qui montrent que les contributions du patient au début du traitement prédisent ses capacités à former et maintenir une alliance thérapeutique au cours du traitement. Les patients qui ont des prédictions négatives à développer une alliance thérapeutique au début du traitement contribuent plutôt négativement à l'alliance pendant le reste de la thérapie contrairement à ceux avec des prédictions positives. S'atteler au

développement d'une bonne alliance dès le début de la rencontre est donc nécessaire. En effet, pour Klein et al. (2003), l'alliance précoce prédit de manière significative les changements dans les symptômes, notamment dans le cas de la dépression. De plus, le développement d'une bonne alliance en début de traitement semble important et cela d'autant plus lorsque les thérapies sont brèves car il y a moins de temps pour renforcer l'alliance si nécessaire et pour qu'il puisse y avoir des bénéfices pour la thérapie (Gelso & Carter, 1994). Ainsi une alliance présente dès le début de la thérapie viendra soutenir le développement de l'alliance au long du traitement. Les auteurs s'accordent sur le fait qu'une alliance thérapeutique forte et qui s'améliore au cours de la thérapie contribue aux résultats positifs du traitement (Safran, Muran, Wallner Samstag, et al., 2001). Une bonne relation en début du traitement est marquée, selon Sexton, Littauer, Sexton, et Tommeras (2005), par différentes actions du thérapeute ; une écoute active, une position centrée sur le patient, la possibilité d'offrir un espace de confiance, de permettre au patient d'exprimer ses émotions, d'éviter de donner trop d'informations ou de conseils et de ne pas utiliser un vocabulaire trop intellectuel que le patient pourrait voir comme un signe de détachement de la part du thérapeute. Il s'agit également de préciser que pendant la thérapie, le patient et le thérapeute travaillent ensemble pour explorer ce qui y est agit et que cela requiert une position active de leur part dans ces mouvements d'exploration.

Horvath et Luborsky (1993) mettent en évidence deux phases importantes dans le développement de l'alliance. Pendant la première phase, qui renvoie au développement initial de l'alliance dans les premières séances de thérapie, le patient et le thérapeute doivent pouvoir développer une relation de collaboration et un climat de confiance. Le patient doit être d'accord sur les objectifs à atteindre et croire aux paramètres qui définissent le cadre de la thérapie. Si cette première phase a de la difficulté à être mise en place, cela peut avoir un impact sur les résultats et poser problème pour la thérapie. La deuxième phase arrive lorsque le thérapeute diminue son soutien et qu'il intervient de manière plus active, pouvant alors réactiver certains comportements et croyances dysfonctionnels chez le patient. Si cela se produit, des ruptures dans l'alliance peuvent émerger et se traduire par une diminution

du niveau d'alliance. Le fait que des ruptures surviennent n'entrave pas forcément le processus thérapeutique, car si elles sont résolues, elles peuvent permettre un retour à une collaboration entre le patient et le thérapeute et recréer une alliance positive. Une bonne alliance thérapeutique est importante, notamment dans les moments de crise, ce qui permet de faciliter le travail collaboratif des participants et de dépasser les tensions qui peuvent émerger au sein de la relation (Gelso & Carter, 1994).

3.1.1. La forme de l'alliance

L'alliance se développant au cours du traitement, plusieurs auteurs se sont penchés sur la forme que son évolution peut prendre. Kivlighan et Shaughnessy (2000) définissent ainsi trois profils d'alliance : une alliance stable avec peu de changements entre les séances, un profil linéaire avec une amélioration de l'alliance entre les séances, et un profil en U avec une bonne alliance en début et en fin de traitement et une alliance moins bonne pendant les séances du milieu. Cette forme en U peut être référée aux attentes du patient et à la manière dont la thérapie est vécue, une période d'optimisme, une période de frustrations et de réactions négatives et une dernière phase avec des réactions positives qui s'inscrivent plus dans la réalité que la première phase d'optimisme. Stiles et Goldsmith (2010) relèvent que l'alliance a une tendance à s'améliorer au cours de la thérapie et que ce mouvement est à mettre en lien avec des résultats positifs du traitement.

3.2. L'alliance au sein d'une séance ; micro-processus

Les micro-processus de l'alliance renvoient aux mouvements de rupture et de résolution observés au sein de chaque séance. Ainsi, pour Stiles et al. (2004), l'alliance au sein d'une séance peut être caractérisée par des mouvements en V qui correspondent à une rupture suivie d'une résolution.

Pour Bordin (1979 ; 1994), les ruptures et les résolutions qui apparaissent dans la relation thérapeutique la rendent plus forte et constituent des opportunités amenant le patient au changement. Les problèmes dans la relation

thérapeutique nécessitent donc une attention particulière et leurs résolutions permettent de faciliter le déroulement de la thérapie. Pour Safran, Muran, Stevens, et Rothman (2000), ce qui est au cœur du processus de changement est le fait de pouvoir, de la part du thérapeute, se pencher sur les problèmes qui ont lieu dans le ici et maintenant de la thérapie, reconnaître et adresser les ruptures ou les éventuelles faiblesses dans l'alliance thérapeutique, ce qui influe sur le succès de la thérapie. Bordin (1994) précise que le thérapeute doit être attentif aux tensions dans l'alliance et les mettre en lien avec les comportements problématiques du patient, souvent les mêmes comportements qui sont à l'origine du désir de changer et de la demande de traitement. De plus, cela permet d'explorer les expériences et les sentiments négatifs du patient qui émergent au sein de la relation.

Le processus de rupture et de résolution permet de renforcer l'alliance thérapeutique, les moments où le patient et le thérapeute s'activent directement à réparer une rupture sont suivis par une évaluation, de la part des patients, d'un haut niveau d'alliance. Selon Safran, Muran, Wallner Samstag, et al. (2001), se pencher sur les ruptures de l'alliance facilite non seulement la continuité du traitement, mais cela joue également un rôle dans le processus même de changement. Travailler de manière collaborative sur ces faiblesses amène des résultats positifs.

3.2.1. Les ruptures

Les ruptures peuvent être vues comme une détérioration dans l'alliance qui s'exprime au travers d'un manque de collaboration entre le patient et le thérapeute sur la mise en place des buts et des tâches du traitement ou alors par une cassure dans le lien patient-thérapeute (Eubanks-Carter et al., 2010). Les caractéristiques des ruptures diffèrent donc en fonction des cas, cependant toutes thérapies, même les plus réussies sont marquées par une ou plusieurs ruptures (Safran, Crocker, McCain, & Murray, 1990). Pour Safran et Muran (2000a), les ruptures dans l'alliance sont inévitables ; le patient et le thérapeute deviennent partenaires d'une danse interpersonnelle qui remet en scène des modèles dysfonctionnels propres au patient. Les ruptures varient en intensité, en durée et en fréquence. Cela dépend de la dyade thérapeute-patient. En effet,

chaque dyade thérapeutique est unique et leur manière d'interagir n'est pas toujours la même, changeant au cours du traitement (Safran et al., 2014). Safran et al. (1990) expliquent en effet que l'impact du comportement du thérapeute ne peut être compris que du point de vue du patient. La même intervention du thérapeute va ainsi être interprétée différemment en fonction des patients. Dans certains cas, les ruptures peuvent passer inaperçues pour le thérapeute et rester inconscientes pour le patient, le progrès de la thérapie n'est pas altéré. Dans d'autres cas cependant, les ruptures peuvent mener à l'arrêt du traitement ou à des résultats négatifs, notamment si elles restent non résolues. Si les ruptures sont bien adressées, elles offrent une grande opportunité pour un changement thérapeutique (Muran et al., 2010 ; Safran & Muran, 2001).

Pour Safran, Muran, Wallner Samstag, et al. (2001), les thérapeutes doivent être conscients que les patients ont souvent des sentiments négatifs envers la thérapie ou la relation thérapeutique et qu'il leur est difficile de les aborder, par crainte de la réaction du thérapeute. Si les patients arrivent à exprimer leurs sentiments négatifs, il est alors crucial que le thérapeute y réponde de manière ouverte et non défensive (Safran et al., 2014). En effet, certaines manières de communiquer ou de se comporter de la part du patient sont des marqueurs qui indiquent un moment critique de la thérapie et qu'il s'agit d'explorer ce qu'il se passe (Safran & Muran, 2000a). Les auteurs définissent deux types de ruptures : les ruptures de retrait et les ruptures de confrontation. Pour Safran et Muran (2000b), les marqueurs de confrontation et de retrait peuvent être appréhendés en lien à la manière dont les patients vont négocier leurs besoins. Dans les ruptures de retrait, les patients auront tendance à préserver l'aspect relationnel au détriment de leurs propres besoins. A l'inverse, dans les ruptures de confrontation, les patients favorisent en premier lieu leurs propres besoins plutôt que l'aspect relationnel. Dans ce contexte, les ruptures, si elles sont résolues, peuvent être vues comme une opportunité d'apprendre à négocier de manière conjointe ses propres besoins, tout en s'inscrivant dans un contexte relationnel (Muran et al., 2010).

3.2.1.1. Les ruptures de retrait

Dans les marqueurs de retrait, le patient se retire ou se désengage de la relation avec le thérapeute, de ses émotions et de certains aspects du procédé thérapeutique (Safran, Muran, Wallner Samstag, et al., 2001). Ainsi, le patient s'éloigne du thérapeute, peut avoir des mouvements d'autonomisation et d'isolation qui se traduisent par des silences, des réponses minimales, un changement de sujet, une communication abstraite. Il peut aussi avoir des mouvements en direction du thérapeute, lorsqu'il est déférent et conciliant avec lui, et des mouvements marqués par de la compliance ou de l'apaisement (Muran et al., 2010).

3.2.1.2. Les ruptures de confrontation

Dans les ruptures de confrontation, le patient exprime directement de la colère, des ressentiments ou son mécontentement avec le thérapeute ou avec certains aspects de la thérapie, mais de manière non collaborante, dans une tentative de contrôler le thérapeute (Safran, Muran, Wallner Samstag, et al., 2001). Les marqueurs de confrontation peuvent être appréhendés par des mouvements du patient contre le thérapeute, marqués par le contrôle et l'agression.

3.2.2. Les résolutions

Pour Hatcher et Barends (1996), pouvoir exprimer des sentiments négatifs est une indication d'une bonne alliance thérapeutique et les patients qui y arrivent montrent de meilleurs progrès que ceux qui n'arrivent pas à admettre leur désaccord avec le thérapeute. Le thérapeute se doit de rester attentif aux changements dans la qualité de l'alliance afin de pouvoir se pencher sur ce qu'il se passe quand il pense qu'il y a eu une rupture et que le patient manifeste de manière non collaborative son point de vue. Lorsque cela arrive, il doit faire attention à ne pas répondre de manière défensive, à accepter sa responsabilité plutôt que d'accuser le patient, à se montrer empathique et à soutenir le patient lorsqu'il exprime son désaccord (Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011). Pour Safran et Muran (2000a), un des buts centraux dans le fait de travailler sur les ruptures est de montrer au patient qu'il peut exprimer ses besoins d'une

manière individuée et les faire valoir sans détruire la relation thérapeutique. De plus, la résolution d'une rupture offre au patient la possibilité de développer une autre manière d'être en relation (Safran, Muran, & Wallner Samstag, 1994). Cependant, les ruptures et leur processus de résolution peuvent être complexes et pas toujours clairs, rendant leur identification parfois difficiles, même pour le patient et le thérapeute qui sont les principaux acteurs de ce processus (Eubanks-Carter et al., 2010). Pas toutes les ruptures sont reconnues et donnent lieu à un processus de résolution, cependant, être attentif aux fluctuations dans la qualité de la relation thérapeutique peut découler sur des opportunités d'explorer certaines choses qui n'auraient pas forcément émergées (Safran & Muran, 2000b). Afin d'intervenir sur ce qu'il se passe dans la relation, le thérapeute peut identifier ses propres sentiments et les utiliser comme point de départ pour explorer ce qui est entrain d'arriver (Safran et al., 1990, Safran & Muran, 2000a). Hill et Knox (2009) proposent comme outil la communication sur la relation même, où le patient et le thérapeute partagent leurs sentiments sur ce qu'il se passe dans le ici et le maintenant de la thérapie. Le thérapeute base ses interventions sur ce qui se déroule, sur les tensions qui ont émergé et rend ainsi ces aspects plus explicites. Cela donne la possibilité à chaque intervenant de prendre sa responsabilité, de se pencher sur la nature de sa participation et de sa responsabilité.

Selon Safran, Muran, Stevens, et al. (2000), les aptitudes des thérapeutes pour adresser les ruptures de l'alliance sont complexes et nécessitent tant des capacités intra qu'interpersonnelles, d'acceptation de soi, de sa responsabilité, ainsi que de s'engager dans un dialogue avec le patient. Pour Horvath (2005), comprendre la manière dont les patients s'ouvrent à la relation avec le thérapeute, en retiennent les caractéristiques et les utilisent pour repenser leur situation et trouver d'autres aménagements, permet de voir l'importance pour le thérapeute de créer des opportunités de dialogue qui renforcent ce processus de changement. Ceci permettrait aux problèmes de pouvoir être résolus, la relation entre le patient et le thérapeute va s'améliorer et le patient va pouvoir utiliser ce qu'il a acquis pendant la thérapie dans ses autres relations.

Safran, Muran, Stevens, et al. (2000) décrivent les étapes que l'on peut trouver dans l'interaction entre le thérapeute et le patient lorsqu'il s'agit de résoudre les ruptures.

3.2.2.1. Résolution des ruptures de retrait

Ce qui est visé dans la résolution des ruptures de retrait est l'affirmation de soi (Muran et al., 2010). Dans un premier temps, le thérapeute doit identifier le marqueur de la rupture. Ensuite, il s'agit de pouvoir communiquer sur ce qu'il se passe dans le ici et maintenant de la relation thérapeutique, sur ce mouvement de retrait. Afin de permettre au patient de s'exprimer, il est important que le thérapeute adopte une attitude curieuse, empathique, ouverte et capable de recevoir les sentiments négatifs que le patient peut ressentir. Après cette étape, deux chemins se développent en parallèle. Le chemin exploratoire permet d'explorer les pensées et les sentiments associés à la rupture. Il y a une première étape, lorsque le patient commence à exprimer ses pensées et ses sentiments en lien avec la rupture. La deuxième étape est l'affirmation de soi, lorsque le patient arrive à exprimer ses besoins au thérapeute, ce qui sous-tend l'acceptation de ses propres besoins et désirs, le fait de pouvoir les communiquer, plutôt que d'être dans l'attente que l'autre sache desquels il s'agit et qu'il y réponde (Safran & Muran, 2000b). L'autre est le chemin évitant qui implique l'exploration des processus internes et des opérations défensives qui empêchent d'avoir accès aux sentiments et aux pensées en lien avec la rupture. Cela concerne principalement deux choses : les croyances et les attentes en lien avec la réponse de l'autre ou l'auto-critique et ses propres doutes. Pendant toutes ces interventions, il s'agit de maintenir l'attention sur ce qu'il se passe dans le moment présent. Au fil de l'exploration, le thérapeute continue à valider les réponses émotionnelles du patient, ce qui lui permet d'exprimer ses sentiments et ses besoins plus profonds, sans penser qu'il met en danger la relation. Il s'agit de permettre au patient de pouvoir exprimer ses sentiments, ses désaccords et d'affirmer ses besoins et ses désirs, ce qui est en retour validé par le thérapeute (Safran, Muran, Stevens, et al., 2000).

3.2.2.2. Résolution des ruptures de confrontation

Dans le cas des ruptures de confrontation, le patient commence par des expressions de colère. Le thérapeute doit faire en sorte de rester ouvert et d'essayer de comprendre ce qu'il se passe entre eux. Dans un premier temps, il s'agit d'identifier le marqueur de rupture et dans ce cas, il peut être difficile pour le thérapeute de ne pas répondre de manière défensive, ce qui peut confirmer les attentes du patient. La deuxième étape importe au thérapeute de sortir de ce cercle vicieux d'hostilité et de contre-hostilité en communiquant avec le patient sur ce qui est entrain de se passer. Une manière de sortir de cette dynamique est que le thérapeute reconnaisse sa propre responsabilité dans l'interaction, qu'il donne des feedbacks au patient afin qu'il se rende aussi compte de sa contribution dans l'interaction. Dans la troisième étape, le thérapeute aide le patient à déconstruire ce qu'il se passe dans l'interaction et peut demander au patient de lui faire part de sa perception. Souvent les patients qui expriment de l'agressivité vont se sentir coupable et anxieux suite à l'expression de ces sentiments et essayer de se rattraper en justifiant leur action ou en rendant la situation impersonnelle. Lorsque le thérapeute remarque ce genre de processus, il s'agit de rendre le patient attentif à ses processus internes. Lorsque le thérapeute a pris le temps de se pencher sur les mouvements d'agressivité du patient, a essayé de les comprendre, d'explorer et de reconnaître ses propres contributions à l'interaction ainsi que survécu aux agressions du patient, ce travail ouvre la voix à l'expression des sentiments de vulnérabilité et aux souhaits contre lesquels le patient s'est défendu et qui peuvent finalement émerger (Safran & Muran, 2000b).

3.3. Questions de recherche

Ce travail s'intéresse aux mouvements de rupture et de résolution de l'alliance thérapeutique et à l'évaluation du niveau d'alliance chez des patientes hospitalisées avec dépression et qui suivent un traitement psychothérapeutique psychodynamique de la dépression (PPDH).

Il s'agit de se demander quelles sont les ruptures et les résolutions qui peuvent être observées chez les quatre participantes et à quelle fréquence elles apparaissent.

Une deuxième question concerne la forme que les différents profils d'alliance vont prendre au fil du traitement suite à l'évaluation du niveau d'alliance par les participantes.

Je me demande également si des liens peuvent être faits entre les micro-processus relevés au sein des séances et l'évaluation du niveau d'alliance pour ladite séance.

Une fois ces différents points abordés, le but sera de comparer ces processus entre les participantes qui ont répondu au traitement et celles qui n'y ont pas répondu et donc de se demander si des différences peuvent être mises en évidence.

L'hypothèse de ce travail est qu'une différence entre les répondantes et les non-répondantes peut être observée au niveau des micro-processus et des macro-processus. Les participantes qui répondent au traitement présenteraient plus de mouvements de rupture et de résolution et auraient un niveau d'alliance supérieur aux non-répondantes.

4. Méthode

Dans un premier temps, je vais décrire l'échantillon duquel proviennent les données, suite à quoi je présenterai les différents instruments utilisés dans le cadre de ce mémoire, à savoir le QIDS-SR, le 3RS et la WAI pour finir avec une brève présentation du traitement que les participantes ont suivi.

4.1. Echantillon

Les données que nous avons à disposition proviennent de la recherche qui a été menée par Ambresin, Desplands, Preisig, et de Roten (2012) et qui porte sur l'efficacité du Traitement psychodynamique bref de la dépression pour patient hospitalisé ajouté au traitement pharmacologique. Les critères d'inclusion des patients sont qu'ils soient âgés entre 18 et 65 ans, qu'ils aient un épisode dépressif majeur unipolaire, qu'ils aient un score supérieur à 18 au Montgomery-Asberg Depression Rating Scale et qu'ils aient un niveau suffisant de français. Différentes mesures ont également été réalisées et évaluent la psychopathologie, la personnalité, le rôle social et la qualité de vie, ainsi que le fonctionnement dynamique de la personnalité.

Tableau 1 : Description de l'échantillon

	Prénom*	Sexe	Age	QIDS		Réponse	WAI moyenne
				début	fin		
1127	Alice	F	50	22	14	Non	4.63
1171	Annie	F	47	20	20	Non	6.01
1187	Nora	F	51	16	8	Oui	4.97
1214	Nadia	F	53	16	4	Oui	—

* Prénoms d'emprunt

L'échantillon utilisé dans le cadre de ce travail est constitué de 4 femmes entre 47 et 53 ans. La thérapie qui leur a été proposée est une psychothérapie psychodynamique de la dépression pour patients hospitalisés en douze séances. Nadia n'a fait que dix séances. Les données socio-démographiques que nous avons indiquent que Nora a fait douze années d'études, Alice, Annie et Nadia entre quatre et sept. Alice et Nora vivent seules alors que Annie et Nadia sont en couple. Finalement Annie et Nora ont une activité lucrative, contrairement aux deux autres. De plus amples informations sur les données symptomatologiques figurent dans les annexes.

4.2. Instruments

Plusieurs instruments ont été utilisés afin de réaliser les mesures nécessaires pour répondre aux questions de recherche.

4.2.1. Le QIDS

L'évaluation de l'amélioration des participantes s'est faite en prenant en compte la diminution symptomatique. L'instrument de mesure que j'ai utilisé est la version pour le patient du QIDS, à savoir le QIDS-SR (Quick Inventory of Depressive Symptomatology, self-rated), instrument développé à partir de l'Inventory of Depressive Symptomatology (IDS). Il est composé de 16 items, issus des 30 items de l'IDS, qui se basent sur les critères du DSM-IV pour la dépression majeure. Il s'agit de l'humeur dépressive, la concentration, l'auto-critique, les idées suicidaires, l'intérêt, l'énergie/ la fatigue, la difficulté de sommeil, la diminution ou l'augmentation de l'appétit et du poids et l'agitation ou le retard psychomoteur. Les items portent sur la fréquence et la sévérité des symptômes présents durant les 7 derniers jours. Les items sont cotés sur une échelle de 0 à 3 : 0= absence de symptômes pendant les 7 derniers jours. Le score total s'obtient en additionnant les scores des 9 domaines. La validité et la consistance interne sont attestées (Rusch & al., 2003). La réponse au traitement est considérée lorsqu'une réduction symptomatique égale ou supérieure à 50% est observée.

4.2.2. Le 3RS

Le Système d'Évaluation de Rupture et Résolution, 3RS a été conçu par Mitchell, Eubanks-Carter, Muran, et Safran en 2011. Ce manuel s'appuie sur la conception de l'alliance thérapeutique proposée par Bordin (1979) telle que développée dans la partie théorique de ce travail. Les auteurs du manuel définissent les ruptures comme un manque de collaboration entre le patient et le thérapeute, plutôt que comme un désaccord. En effet, le patient peut exprimer le fait qu'il ne soit pas d'accord avec une tâche ou un but dans le traitement, mais le faire de manière collaborative et adéquate, ce qui ne constitue pas une rupture. Les ruptures à coter sont définies comme soit des ruptures de retrait, où le patient s'éloigne ou se rapproche du thérapeute ou des ruptures de confrontation, lorsque le patient s'oppose au thérapeute en exprimant de la colère, de l'insatisfaction ou alors en exerçant une pression ou un contrôle sur le thérapeute. D'autres ruptures ne rentrent pas dans ces catégories et sont cotées comme autres. Tant le patient que le thérapeute jouent un rôle dans l'existence de ruptures, mais le 3RS cote les comportements du patient qui découlent sur une rupture.

Tableau 2 : Catégories des ruptures

Ruptures

Retrait

Déni

Réponse minimale

Communication abstraite

Histoire évitant et/ ou changement de sujet

Déférent et conciliant

Rupture contenu/ affect

Autocritique et/ ou désespoir

Confrontation

Plaintes/ préoccupations concernant le thérapeute

Le patient rejette la formulation ou l'interprétation d'une manière non-collaborative

Plaintes/ préoccupations à propos des activités de la thérapie

Plaintes/ préoccupations à propos des paramètres de la thérapie

Plaintes/ préoccupations à propos du progrès de la thérapie

Le patient se défend contre le thérapeute

Tentatives directes d'exercer une pression ou un contrôle sur le thérapeute

Autres

Autres, par exemple comportement séducteur, comportement trop amical ou informel

En réponse aux ruptures, le thérapeute peut les adresser et le 3RS permet de coter ces mouvements avec différentes catégories de stratégies de résolution. Lorsqu'une rupture a été résolue, le patient et le thérapeute arrivent à travailler ensemble, de manière collaborative. Généralement, les stratégies de résolution viennent après une rupture, mais il n'y a pas de lien de causalité ; il n'y a pas de résolution après chaque rupture et la résolution peut apparaître plus tard dans la séance. Lorsqu'une rupture est observée, il s'agit de se pencher sur les interventions du thérapeute afin de voir s'il y est sensible et s'il l'adresse. Si c'est le cas, il faut sélectionner la stratégie de résolution qu'il utilise. Une fois la séance terminée, une évaluation de la fréquence pour chaque marqueur de résolution est réalisée sur une échelle de 1 à 5 : 1=le marqueur n'apparaît pas ; 5= le marqueur est apparu beaucoup.

Tableau 3 : Catégories des stratégies de résolution

Stratégies de résolution
Le thérapeute clarifie un malentendu
Le thérapeute change les tâches ou les buts
Le thérapeute illustre les tâches ou explique les raisons du traitement
Dans le contexte d'une rupture, le thérapeute invite le patient à exprimer ses pensées ou ses sentiments concernant le thérapeute ou un aspect de la thérapie
Dans le contexte d'une rupture, le thérapeute fait part de son expérience interne de la relation
Dans le contexte d'une rupture, le thérapeute reconnaît explicitement sa contribution au problème relationnel
Le thérapeute fait un lien entre la rupture et un pattern interpersonnel plus large entre le patient et le thérapeute
Le thérapeute fait un lien entre la rupture et un pattern interpersonnel plus large dans les autres relations du patient
Le thérapeute justifie la position défensive du patient

Une fois l'évaluation de la fréquence des marqueurs de résolution faite, il s'agit de réaliser l'évaluation globale du niveau de résolution, en prenant en considération l'ensemble des ruptures qui ont eu lieu pendant la séance. Les cotations vont de 1 à 5 : 1= les ruptures n'ont pas été résolues ; 5= les ruptures ont été significativement résolues ; avec la possibilité de mettre N/A lorsqu'aucune rupture n'a été cotée pendant la séance. Les différentes catégories de ruptures et de résolutions, telles que définies par le manuel et avec des exemples, figurent dans les annexes.

4.2.3. La WAI

La Working Alliance Inventory a été développée par Horvath et ses collègues en se basant sur la conception de l'alliance de Bordin (1979). En début de thérapie, l'alliance est globale et est définie par la confiance, l'appréciation, les

premières impressions. C'est lorsque la thérapie évolue que la dimension des tâches, des buts et du lien apparaissent de manière différenciée (Horvath, 1994a). Pour Horvath et Greenberg (1989), il s'agissait de développer un outil qui évalue l'alliance thérapeutique de manière athéorique. Dans un premier temps, 91 items ont été édités puis suite à une évaluation par un comité d'experts et de professionnels, 36 items ont été retenus : 12 pour chaque dimension de l'alliance (buts, tâches et lien). Les auteurs ont développé une version pour les patients, une pour les thérapeutes et une pour les observateurs externes. Cet instrument de mesure possède une validité interne et permet de rendre compte de la construction de l'alliance et de ses composantes, en référence à Bordin. Sa fiabilité est également attestée. Chaque item est actuellement à coter sur une échelle de Lickert en 7 points : 1=jamais ; 7=toujours. Dans ce travail, c'est l'évaluation réalisée par les participantes qui est utilisée.

4.3. Le traitement

Le traitement proposé aux participantes est une psychothérapie psychodynamique de la dépression à l'hôpital (PPDH) en 12 séances de 45 minutes. Le rythme est de 3 séances par semaine. Le traitement a lieu lors de l'hospitalisation, mais le thérapeute est externe au site hospitalier. Dans le cadre de la recherche menée par Ambresin et al. (2012) et d'où sont tirées nos données, les thérapeutes ont suivi la formation pour la psychothérapie psychodynamique brève ainsi que pour le traitement psychodynamique bref de la dépression pour patient hospitalisé. Ce traitement est manualisé. Dans leur article, Ambresin, de Coulon, de Roten, et Desplands (2009) présentent les quatre aspects sur lesquels se base le traitement. Il s'agit de la thématique conflictuelle exprimée à travers les symptômes dépressifs. Plus que de se centrer sur les symptômes et le contexte de leur apparition, le psychothérapeute cherche à mettre en lumière le conflit qui se répète à travers cette crise. Un autre aspect qui occupe la psychothérapie est la structure de personnalité qui s'articule autour des angoisses, des mécanismes de défense et de la relation d'objet, et qui apporte une certaine compréhension de la psychopathologie et

du fonctionnement psychique du patient. Il permet aussi de formuler une hypothèse diagnostique. Le troisième aspect sur lequel se centre le traitement PPDH est la psychopathologie du symptôme qui, dans l'optique psychodynamique, conçoit la dépression en lien avec la problématique de la perte. Le quatrième et dernier aspect renvoie au cadre de la psychothérapie; à savoir 12 séances de 45 minutes, 3 fois par semaine.

4.4. Procédure

Dans le cadre de ce travail, 16 séances de thérapie ont été analysées, à savoir 4 par participantes. Le choix des séances a été fait par M. de Roten, qui a sélectionné 2 séances en début de thérapie et 2 à la fin. Afin de pouvoir utiliser le manuel 3RS de manière correcte, j'ai été formée par M. de Roten et Mme Ortega pendant un semestre, à raison d'une heure et demie par semaine. Le codage des séances s'est effectué sur la base des enregistrements audio et de la retranscription, cinq minutes après cinq minutes, comme précisé dans le manuel. Il s'est effectué à deux afin de garantir un accord inter-juge. De plus, M. de Roten était disponible afin de répondre à nos questions et nos hésitations. Les autres données ont été fournies par M. de Roten.

5. Résultats

Dans un premier temps, je vais décrire les micro-processus de l'alliance, à savoir les mouvements de rupture et de résolution au sein des séances analysées. Je prendrai quelques exemples afin d'illustrer les ruptures et les résolutions. Dans un deuxième temps, je décrirai les macro-processus de l'alliance, grâce à l'évaluation du niveau d'alliance obtenu à la WAI. Finalement, il s'agira de mettre en lien ces deux processus afin de voir si les mouvements de rupture et de résolution influent sur l'évaluation de l'alliance. Le but étant d'effectuer une comparaison entre les participantes qui répondent au traitement et celles qui n'y répondent pas.

5.1. Mouvements de rupture et de résolution ; micro-processus de l'alliance

Cette première partie vise à décrire les mouvements de rupture et de résolution observés dans les différentes séances analysées et à exemplifier certaines catégories de rupture et de résolution.

5.1.1. Fréquence des différents types de ruptures et de résolutions par cas

Ce chapitre décrit la fréquence des différentes catégories de rupture et de résolution codées.

Tableau 4 : Nombre des ruptures et des résolutions*

Catégorie	Répondantes		Non répondantes		Total
	Nadia	Nora	Alice	Annie	
Marqueurs de retrait					
Histoire évitante/ changement de sujet	4	7	12	4	27
Autocritique/ désespoir	3		4	3	10
Communication abstraite		6	2	1	9
Réponse minimale	5	1	2		8
Déni	1		1		2
Total	13	14	21	8	56
Marqueurs de confrontation					
Plaintes activités	2	3	2		7
Plaintes progrès		3		1	4
Contrôle/ pression	1	1	1		3
Plaintes thérapeute				2	2
Rejet formulation	1			1	2
Patient se défend	2				2
Plaintes paramètres	1				1
Total	7	7	3	4	21
Stratégies de résolution					
Illustre tâches/ raisons	4	2	1		7
Change tâches/ buts	1	1	1		3
Exprime pensées/ sentiments	1	1	1		3
Liens autres relations	1	1			2
Justifie défense	2				2
Clarifie un malentendu				1	1
Total	9	5	3	1	18

*Seules les catégories qui ont été cotées figurent dans le tableau

Ce tableau rend compte du nombre de ruptures et de résolutions qui ont été cotées pour chaque participante et pour les 16 séances analysées.

Au total, on observe 77 ruptures, les marqueurs de retrait correspondent à 72.7% et les marqueurs de confrontation à 27.3%.

Pour les marqueurs de retrait, la catégorie « histoire évitante/ changement de sujet » représente 35%, « autocritique/ désespoir » 13%, « communication abstraite » 11.7%, « réponse minimale » 10.4% et « déni » 2.6%. Les catégories « déférent, conciliant », « rupture contenu / affect » et « autres retraits » n'ont pas été cotées une seule fois.

Quant aux marqueurs de confrontation, on observe 9.1% de « plaintes activités », 5.2% de « plaintes progrès », 3.9% de « contrôle/ pression » et 2.6% de « plaintes thérapeute », « rejet formulation » et « patient se défend ». Finalement, la catégorie « plaintes paramètres » représente 1.3%. Seule la catégorie « autres confrontations » n'est pas cotée.

Pour les stratégies de résolution, 18 ont été cotées. La catégorie la plus représentée est « illustre tâches/ raisons » avec une fréquence de 38.9%, suivie de « change tâches/ buts » et « exprime pensées / sentiments » avec 16.7%, « liens autres relations » et « justifie défense » avec 11.1% et « clarifie un malentendu » avec 5.5%. Les catégories « fait part de son expérience interne », « reconnaît sa responsabilité » et « lien patient-thérapeute » n'ont pas été cotées.

Il s'agit maintenant de comparer ces chiffres entre les participantes qui ont répondu au traitement et celles qui n'y ont pas répondu.

5.1.1.1. Répondantes

Les participantes qui ont répondu au traitement sont Nora et Nadia. Pour les deux, on observe 27 marqueurs de retrait, 14 de confrontation et 14 stratégies de résolution.

Sur le nombre de ruptures total, les retraits correspondent à 35.1%, avec 14.3% d'« histoire évitante/ changement de sujet », 3.9% d'« autocritique/

désespoir », 7.8% de « communication abstraite » et de « réponse minimale » et finalement 1.3% de « déni ».

Les marqueurs de confrontation sont moins nombreux que ceux de retrait puisqu'ils ne représentent que 18.2%. On observe 6.5% de « plaintes activités », 3.9% de « plaintes progrès », 2.6% de « contrôle/ pression » et de « patient se défend » et finalement 1.3% de « rejet formulation » et de « plaintes paramètres ».

Le pourcentage de stratégies de résolution est élevé chez les répondantes, puisqu'il est de 77.8%, avec la catégorie « illustre tâches/ raisons » qui est de 33.4% et les catégories « change tâches/ buts », « exprime pensées/ sentiments », « liens autres relations » et « justifie défense » qui sont de 11.1% chacune.

5.1.1.2. Non-répondantes

Annie et Alice sont les deux participantes qui n'ont pas répondu au traitement. Pour elles, on observe 29 marqueurs de retrait, 7 de confrontation et 4 stratégies de résolutions.

Les ruptures de retrait représentent 37.7%, avec 20.8% d'« histoire évitante/ changement de sujet », 9.1% d'« autocritique/ désespoir », 3.9% de « communication abstraite », 2.6% de « réponse minimale » et 1.3% de « déni ».

Les ruptures de confrontation observées chez les non-répondantes représentent 9.1%. Les catégories « plaintes activités » et « plaintes thérapeute » apparaissent à une fréquence de 2.6% et les catégories « plaintes progrès », « contrôle/ pression » et « rejet formulation » à 1.3%.

22.2% de stratégies de résolution est observé chez les non-répondantes avec chaque fois 5.55% pour les catégories « illustres tâches/ raisons », « change tâches/ buts », « exprime pensées/ sentiments » et « clarifie un malentendu ».

La répartition des ruptures et des résolutions ayant été décrite, je vais maintenant illustrer ces processus en me référant à des exemples tirés des séances analysées.

5.1.2. Illustrations des ruptures et des résolutions de l'alliance

Afin de mettre en évidence les micro-processus de l'alliance, je vais reprendre quelques séquences où des mouvements de rupture et de résolution se sont produits. Cela me permettra d'illustrer les ruptures les plus fréquentes et la manière dont les thérapeutes peuvent adresser les ruptures.

Il est trop long de présenter ici toutes les ruptures et les résolutions qui ont eu lieu, seuls les exemples les plus parlant sont présentés. Les ruptures apparaissent en gras, les stratégies de résolutions en souligné et les catégories auxquelles elles appartiennent entre crochets. 4 séances ont été analysées pour chaque participante, 2 en début de thérapie et 2 en fin de thérapie. Ainsi, les noms des séances indiquent si l'extrait présenté provient d'une séance du début (Déb) ou de la fin (Fin) et s'il s'agit de la première séance ou de la deuxième séance.

Cet exemple tiré de la séance Déb 2 de Nora nous permet de voir une « histoire évitante/ changement de sujet ». Lorsque les thérapeutes n'adressent pas ces ruptures, dans plusieurs cas l'histoire évitante ou le changement de sujet devient un récit en soi, comme ici.

279. T : Et: et là vous faites un lien avec votre passé, - c'est-à-dire euh vos parents,

280. P : Mmh mmh

281. T : Où y a des- des éléments de réponses, aussi, hein, puisqu'à la fois c'est aussi un peu de vos- ouais - vous vous êtes identifiée essentiellement à votre grand-mère, mais vos parents ont constitué en quelque sorte aussi des modèles.

282. P : **Oui, mais c'est comme je vous dis, en fait, moi j'en ai souffert mais mon frère et ma sœur aussi, parce que aucun des trois, on a réussi à: à créer euh une famille euh selon certaines structures. Ma sœur, et ben elle est- son ami- elle est pas mariée euh, son ami, il avait deux**

enfants d'un premier mariage et pis bon il vit avec, ils ont une fille ensemble mais euh pis mon frère, ben lui, bon il s'est marié avec une femme euh: une chinoise qui a une petite fille, pis ils ont pas eu d'enfants. Je veux dire euh on a pas - on a pas réussi, un des trois, à faire quelque chose euh – [Histoire évitante/ changement de sujet]

283. T : Mmh mmh -

284. P : Je veux pas dire euh, ouais, 'fin je sais pas comment expliquer, c'est- on a pas- un- un des trois- on a tous souffert de-

285. T : Mmh mmh

286. P : De- de- pourquoi ma sœur elle s'est mis avec un homme qui avait déjà deux enfants, il était encore marié à ce moment-là, pourquoi mon frère il a pas réussi à trouver une femme qui- qui- avec qui il peut avoir des enfants, qui: et: - ouais pourquoi il a pris une chinoise, c'est pas parce que: il était amoureux des chinoises, c'est que il lui fallait une femme à un moment donné, qu'il arrivait à quarante ans, pis que ben quand euh ces femmes, elles arrivaient ici, ben: si elles voulaient pouvoir rester, fallait qu'elles se marient.

Dans les interactions précédant la rupture, ils parlent de l'éducation que Nora a reçue, du lien qu'elle avait avec ses parents et sa grand-mère. Le thérapeute propose un lien entre ce que la patiente dit et une question qu'elle se posait précédemment, à savoir pourquoi, elle qui voulait vivre une vie réglée a-t-elle vécu par moments une vie moins réglée. Il souligne le lien qu'elle fait avec son passé, notamment avec ses parents et sa grand-mère. Nora ne suit pas dans le sens de l'intervention du thérapeute, puisqu'elle parle de la vie que ses frères et sœurs ont eue. L'hypothèse peut être faite que Nora tente d'éviter un sujet stressant et qui la touche directement. Ses frères et sœurs deviennent le sujet des tours de paroles suivants sans que le thérapeute n'intervienne.

Pour Alice, plusieurs ruptures qui appartiennent à la catégorie « histoire évitante/ changement de sujet » ont été cotées.

265. P : pis là, - je me dis est-ce qu- mon frère il me dit c'est la: -, comment ils disent ? la- la cinquantaine, la- la- la mi- la mi- la midiane ou je sais pas comment on dit, milieu de la vie.

266. T : mmh mmh

267. P : je dis « moi /// il me reste encore cinquante ans à vivre ou bien ? » (rire) - mais: - je- je-

268. T : Oui les explications de votre frère, en fait euh c'est quelque chose qui vous convient pas hein, que vous- ça vous fait quel effet quand euh, quand il dit ça ?

269. P : Ouais des fois il dit- bon euh - quand il dit, c'est comme des explications, comme si c'était normal, « *Nadine c'est normal »

270. T : Mmh mmh

271. P : **Ou bien les trucs quand il m'a dit euh, « t'as vu la chance que t'as, t'es- t'es en Suisse hein », pis moi je lui rép- j'ai dit « ouais je suis pas en Algérie, de toute façon si j'étais en Algérie, je serais déjà morte et ce serait tant mieux pour moi, j'aurais pas vécu tout ça ». Déjà: parce que à cause de Hodgkin qui s'est déclaré presque une fois que je suis partie, - j'ai dit ben j'ai regretté de- de venir à: quand j'y pense.**
[Histoire évitante/ changement de sujet]

272.T : mmh mmh

273.P : mais: ouais il donne des explications assez euh, 'fin j'ai l'impression que les gens donnent des explications, bon moi aussi là je pourrais être comme ça hein, comme on- quand on essaie de consoler les gens, on peut: je dis on peut pas faire plus hein, - on a que des mots qui rassurent alors euh - mais les mots serv- c- ils ne servent qu'à ça, mais je veux dire il font pas: ils font pas des miracles, ça c'est sûr.

274.T : en tout cas y a des choses qui dans les mots 'fin peuvent être assez euh justement vous rassurent pas ou même vous- vous agressent, enfin j'ai l'impression que dans ce que vous décrivez dans la relation avec votre frère, y a des choses quand même qui: - quand votre frère dit « euh c'est la cinquantaine, c'est normal, euh »

A la séance Déb 2, Alice parle du fait qu'elle est triste, qu'elle n'arrive pas à comprendre ce qui se passe, pourquoi elle est devenue comme cela. Elle reprend alors ce que lui dit son frère sur la cinquantaine. En 268, le thérapeute intervient en lui demandant l'effet que les explications de son frère ont sur elle. Cependant, elle ne répond pas à la question, évitant ainsi de communiquer avec le thérapeute sur ce que ça lui fait. Elle continue à citer son frère puis dit que les mots ne font pas des miracles. En 274, le thérapeute insiste sur ce qu'il se passe dans la relation entre Alice et son frère, Alice redonne des exemples plutôt que de parler de ce qu'il se passe.

A la séance Déb 2 de Nadia, on observe une rupture cotée « autocritique/ désespoir » qui est suivie d'une tentative de résolution de la part du thérapeute. Les interactions précédentes portent sur le fait que Nadia aille souvent au

cimetière, amener des fleurs sur la tombe de son fils. Le thérapeute lui dit qu'y aller trop souvent la tire vers le bas, qu'elle est dans une ambiance mortifère, ce à quoi Nadia répond par un processus de désespoir.

179. P : **De toute façon, je me dis que - la moitié de ma vie, elle est déjà foutue, elle est partie avec lui. Il me reste qu'une moitié pour les autres. Et même peut-être plus que la moitié est partie avec lui. Depuis que- depuis le jour où il est parti, je suis chan- je suis complètement différente en tout. - J'ai l'impression que plus que la moitié de ma vie est partie avec lui.** [Autocritique/ désespoir]

180. T : Mhm, mhm. --- Quand on est beaucoup triste, quand on est beaucoup triste, euh on a ce qu'on appelle des idées de ruines, et euh: les gens qui subissent des- des traumatismes ou des grosses pertes euh, les personnes sont dans une telle douleur morale que la perte en elle-même est très! Amplifiée, hein, donc euh, vous vous imaginez euh, voilà, quand vous dites plus que la moitié de ma vie, alors que l'autre c'est pour le reste euh, ce gros déséquilibre. Mais dans le contexte où vous êtes, ça peut- ça peut s'entendre, parce que vous êtes en souffrance, vous êtes dans cette déprime. [Le thérapeute justifie la position défensive du patient] Euh - il faut continuer de soigner cette dépression, parce que, quand la dépression est soignée, on peut avoir des jugements qui sont un peu plus à approcher avec la réalité. C'est- c'est ça un peu le- ce que je peux vous dire maintenant. - Mais pour que la dépression s'améliore, effectivement, vous êtes à l'hôpital, vous êtes en psychothérapie, il y a des activités, il y a des choses à faire. Pas forcément faire des activités pour aller entretenir cette dou- cette douleur, comme dans le cimetière, par exemple. C'est une raison médicale, mmh. - Et effectivement, être dans ce chemin un peu comme ça, on- on arrive à un stade où on dit : « j'ai perdu plus que la moitié de ma vie », et puis on en arrive à dire que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue et on passe à d'autres choses. - C'est- c'est un chemin qui est glissant, c'est une pente, c'est comme ça qu'on descend dans la dépression, mmh. [Le thérapeute illustre tâches ou explique les raisons du traitement]

Dans les tours de paroles qui précèdent le 179, elle contredit le thérapeute en disant qu'elle peut quand même aller au cimetière, au moins une fois par semaine, malgré les explications du thérapeute. Au tour de parole 179, Nadia tombe dans un processus de désespoir où elle se dit que la moitié de sa vie est déjà foutue. Elle se retire de l'interaction puisque ce processus de désespoir ne vient pas en réponse aux suggestions du thérapeute. Au tour de parole suivant, le thérapeute adresse cette rupture et deux stratégies de résolutions ont été cotées. La première est « justifie la position défensive du patient » lorsqu'il lui

explique que c'est compréhensible qu'elle soit dans cet état de désespoir, de souffrance. La deuxième est « le thérapeute illustre les tâches ou explique les raisons du traitement» où il lui explique comment une dépression se soigne et vers quoi cela tend. La patiente entend cela et arrive à exprimer le fait qu'elle se sent bien à l'hôpital, que ça lui permet de sortir de cette spirale.

Un exemple de communication abstraite se voit dans la séance Fin 2 de Nora.

75. T : En tout cas de- de- de: comment vous aviez vécu certaines rencontres, certaines relations affectives, c'était quand même, vous disiez, lié

76. P : Ah ben oui

77. T : A:

78. P : **En fait c'est une suite euh, un enchaînement euh, d'une certaine di- logique,**

79. T : Mmh mmh

80. P : **Dans la façon de- ce qu- 'fin - j'ai des: y a des critères qui font que c: ce qu- ce que j'ai fait ont une euh raison qui s'explique en fait,**

81. T : Mmh mmh

82. P : **C'est pas fait un peu: ouais c'est- c'est pas pour se trouver des excuses mais y a des é: ouais y a une certaine logique +inconsciente**
[Communication abstraite]

Le thérapeute reprend ce que Nora lui a dit sur le fait que ce qu'elle a vécu en étant jeune a déterminé les choix qu'elle a fait dans sa vie, notamment au niveau des rencontres et des relations affectives. Ce à quoi elle répond par une déclaration vague et générale, sans parler d'elle.

Dans la séance Déb 1 de Nadia, un passage présente une rupture de retrait cotée « réponse minimale ».

177. T : Et il vous restait du temps comme ça dans le couple ?

178. P : **Oui** [Réponse minimale]

179. T : Ça allait ?

180. P : **Oui, très bien.** [Réponse minimale]

181. T : Mmh mmh. Il n'y a pas eu de tensions dans le couple ou des problèmes +durant

182. P : **Non+** [Réponse minimale]

183. T : Votre vie conjugale ?

Nadia parle du fait qu'elle était une mère poule et que la famille est quelque chose de très important pour elle. Le thérapeute essaye d'investiguer comment était la relation de couple et s'y prend à plusieurs reprises, mais Nadia répond de manière brève. En écoutant l'enregistrement, on entend qu'elle le coupe même avant la fin de sa question. Il est donc difficile, de par l'attitude de Nadia, que le thérapeute s'avance sur ce terrain.

Dans la séance Déb 2 de Nadia, on observe un mouvement de rupture et de résolution au début de la séance.

1. P : **Par quoi on commence aujourd'hui ?** [Tentative directe d'exercer une pression ou un contrôle sur le thérapeute]

2. T : Y a aucun ordre, comme je vous l'ai dit. - C'est vous qui décidez. -

3. P : **C'est que je sais plus quoi raconter.** [Plaintes/ préoccupations à propos des activités de la thérapie]

4. T : Mhm, mhm. (p :00 :00 :18). Vous avez pas l'habitude d'être en face de quelqu'un et de commencer à parler toute seule ?

5. P : **Ouais, c- Non, c'est même pas ça, mais c'est que je sais pas: par où commencer, qu'est-ce que vous dire. Je vous ai tout dit.** [Plaintes/ préoccupations à propos des activités de la thérapie]

6. T : Peut-être ça vous rappelle quand vous étiez face à votre père et y avait rien à dire ou: vous essayiez- Vous attendiez qu'on- que lui parle et dise des choses. [Le thérapeute fait un lien entre la rupture et un pattern interpersonnel plus large dans les autres relations de la patiente]

De par sa question, Nadia commence par contrôler le thérapeute en inversant les rôles. Le thérapeute lui explique qu'il n'y a pas d'ordre, ce à quoi Nadia répond en exprimant son insatisfaction quant à ce qui lui est demandé. Elle dit qu'elle ne sait plus quoi dire, qu'elle a déjà tout dit. Ces interactions ont été cotées « plaintes activités ». Le thérapeute adresse cela et la stratégie de résolution « lien autres relations » est cotée. Il lie ce qui pose problème dans la séance de thérapie avec ce qu'il se passe dans d'autres relations, ici avec le père de Nadia. Elle acquiesce et peut exprimer le fait qu'elle aimerait que le thérapeute lui pose des questions plutôt qu'elle ne doive elle commencer à parler.

La catégorie de rupture « plaintes/ préoccupations à propos du progrès de la thérapie » apparaît chez Annie au début de la séance Fin 2. Elle commence la séance par dire qu'elle ne va pas très bien depuis la dernière fois, explique qu'elle est beaucoup touchée.

9. P : Avec tout ça, je me sens énormément... je suis blessée. J'ai besoin d'aide, c'est ça. Je ne suis plus la même. J'ai besoin de la force pour rester avec mes enfants. Je souffre énormément, avec moi, mon enfance. Quels droits ils avaient sur moi, pour me faire n'importe quoi ? Je n'accepte pas ça. Je n'ai jamais pensé que c'était terrible comme ça. **Je croyais qu'en parlant avec un psy ou un psychiatre, ça allait m'aider. Mais non. Pour le moment, ça ne m'aide pas beaucoup.** Et, cette petite fille, je la vois tout le temps. Cette petite fille, c'est moi. J'aimerais comprendre : pourquoi moi ? J'aimerais tellement comprendre ! Et puis, pour finir. Ce n'était pas mon père. Samedi soir, je n'étais pas bien, c'était 11 heures et j'ai appelé au Portugal... [Plaintes progrès]

Au début de la séance, elle exprime de manière collaborative qu'elle ne va pas très bien, mais au tour de parole 9, elle aborde de manière plus frontale, tout en mêlant cela au reste de son histoire, que de voir un psychologue ne l'aide pas. Annie continue cependant à parler et le thérapeute ne revient pas sur ce commentaire.

A la séance Déb 1, Alice commence par se plaindre des activités de la thérapie, notamment en lien avec les questionnaires qu'elle doit remplir où on lui demande de parler des objectifs fixés, cela la « tend », ça l'énerve et elle peut dire qu'elle aurait envie de crier « arrêtez ».

18. P: **Je le fais pas parce que je suis pas comme ça - autrement je sais pas, qu'est-ce que je vais vous dire aujourd'hui moi** [Plaintes/ préoccupations à propos des activités de la thérapie]

19. T: En fait vous avez commencé par des choses intéressantes sur aussi le fait que c'était difficile ces questionnaires parce que vous saviez pas non plus quoi répondre à définir des objectifs, hein ? Et pis je pense ça c'est peut-être quelque chose sur lequel on peut s'arrêter - ensemble, par rapport à qu'est-ce qu'on peut définir ensemble comme objectifs par rapport à ces douze séances [Le thérapeute change les tâches ou les buts]

Il y a plusieurs tours de paroles où Alice exprime le fait qu'elle n'est pas satisfaite avec les tâches de la thérapie. Etant donné qu'elle parle des objectifs de la thérapie et du fait qu'elle ne sait pas lesquels ont été fixés, le thérapeute lui propose de s'arrêter là-dessus et de voir ce qu'ils peuvent définir ensemble

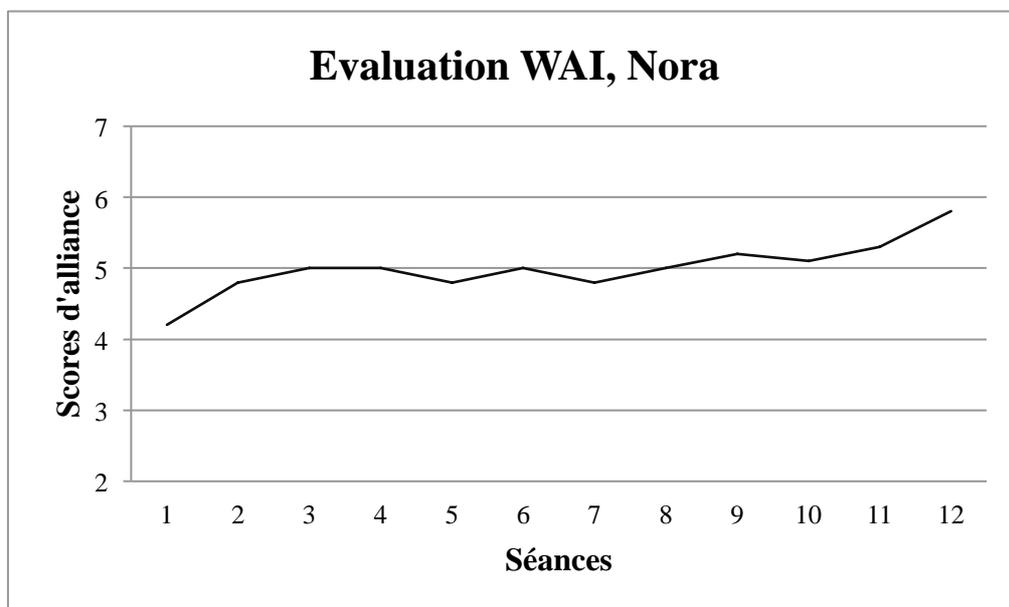
comme objectifs pour ces séances. C'est là que la stratégie de résolution « change tâches/ buts » a été cotée. Suite à cela, Alice peut exprimer ce qui l'angoisse et que son objectif serait de s'en sortir.

5.2. Niveau d'alliance ; macro-processus de l'alliance

Après m'être penchée sur les mouvements de rupture et de résolution de l'alliance au sein de chaque séance, cette partie vise à décrire les macro-processus de l'alliance, à savoir le niveau d'alliance évalué par les participantes en fin de chaque séance, ce qui donne un profil de l'alliance pour l'ensemble de la thérapie. L'évaluation du niveau d'alliance a été faite avec la WAI à la fin de chaque séance et est cotée de 1 à 7. Les données que j'ai n'étaient disponibles que pour Nora, Alice et Annie.

5.2.1. Répondante

5.2.1.1. Nora

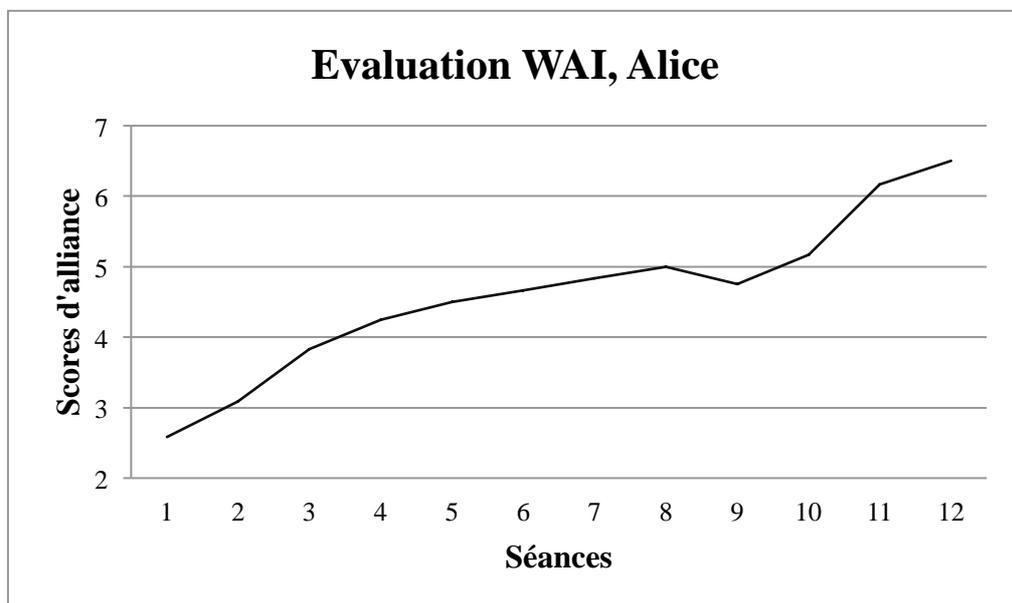


Lorsque l'on se penche sur le profil d'alliance de Nora, on remarque qu'il augmente puisque le niveau d'alliance mesuré à la fin de la première séance est

de 4.2 et à la fin du traitement, il atteint 5.8. On remarque que l'alliance progresse au début, entre les séances 1 et 2, son niveau passe de 4.2 à 4.8. Elle progresse encore à la fin, entre les séances 10 et 12, le niveau d'alliance passant de 5.1 à 5.8. Entre la séance 2 et la 10, il est plutôt stable, marqué par de légères fluctuations.

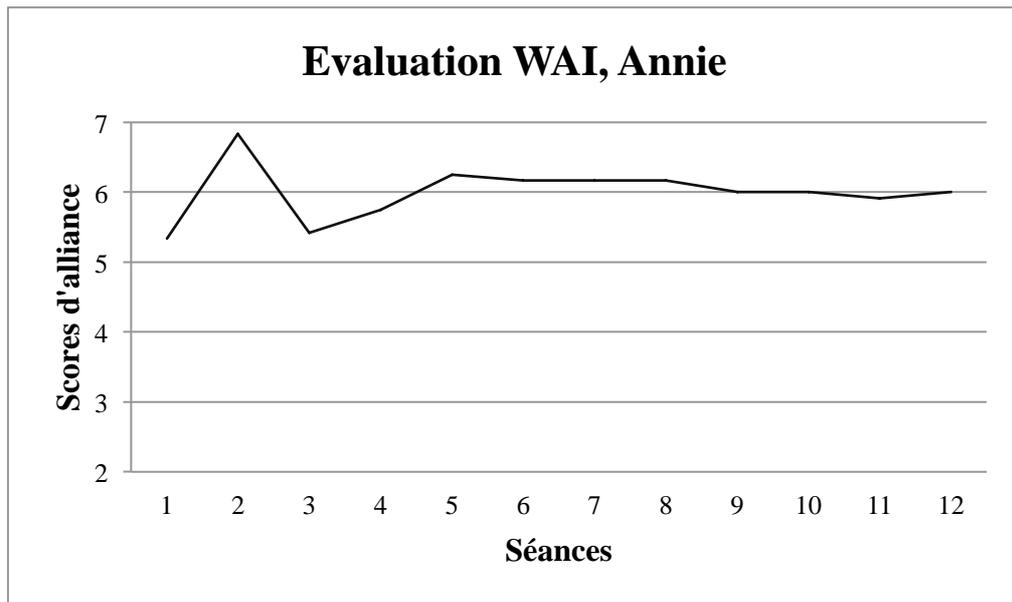
5.2.2. Non-répondantes

5.2.2.1. Alice



Le profil d'Alice montre que l'alliance progresse au fil des séances. Le niveau d'alliance évalué par Alice à la fin de la première séance est de 2.6 et à la fin, le niveau est à 6.5, ce qui représente une augmentation de 3.9. Le seul mouvement de diminution du niveau d'alliance est observé entre la séance 8 et la séance 9, et ne chute que de 0.2 points. Ainsi c'est une diminution qui est faible et passagère.

5.2.2.2. Annie



Le profil général d'Annie montre un bon niveau d'alliance en début de traitement, puisqu'à la fin de la première séance, il est évalué à 5.3. On observe ensuite une forte amélioration entre la séance 1 et 2 puisque le niveau d'alliance passe de 5.3 à 6.8, mais diminue immédiatement entre la séance 2 et 3, passant de 6.8 à 5.4. Par la suite, le niveau d'alliance connaît une légère augmentation entre la séance 3 et 5, atteignant un score de 6.3. Le niveau d'alliance reste plutôt stable jusqu'à la fin et à la dernière séance il est évalué à 6.0.

5.3. Mise en lien des micro et macro-processus de l'alliance

Dans ce chapitre, il s'agira de mettre en lien ce qui a été observé au niveau macro de l'alliance et donc les fluctuations du niveau d'alliance au fil du traitement, avec ce qui a pu se passer au niveau micro, à savoir les ruptures et les résolutions au sein des séances.

5.3.1. Répondante

5.3.1.1. Nora

Les séances que j'ai à disposition pour Nora sont la 1, la 3, la 4 et la 11. Le niveau d'alliance mesuré en début de traitement est de 4.2 et il atteint 5.8 en fin de traitement. Une progression du niveau d'alliance entre les séances 1 et 2 et entre les séances 10 et 12 est observée, entre ces séances le niveau reste stable.

La séance 1 présente un niveau d'alliance de 4.2. Lorsque l'on se penche sur ce qu'il s'est passé pendant la séance, on observe des ruptures de confrontation « plaintes activités » et « plaintes progrès » suivies d'une stratégie de résolution cotée « exprime pensées/ sentiments ». L'hypothèse peut être faite que le thérapeute a remarqué que Nora exprimait un désaccord de manière non-collaborative et l'a adressé. Dans la suite des interactions, ils semblent avoir retrouvé une dynamique de travail collaborative. Par la suite, une rupture « contrôle/ pression » est cotée, mais comme faible, le thérapeute ne l'adresse pas. Une seule rupture de retrait est présente, cotée « communication abstraite ». Le thérapeute intervient en clarifiant la situation. Nora exprime ce qu'elle ressent et ce sur quoi elle n'est pas d'accord de manière plutôt confrontante. Les ruptures les plus claires sont reconnues et adressées par le thérapeute. Nous avons évalué le niveau de résolution atteint au cours de la séance à 4 ; les ruptures ont été relativement résolues.

La séance 3 et 4 ont le même niveau d'alliance. Ce qui est intéressant est que les processus micros diffèrent. Ainsi, à la séance 3, on observe uniquement des ruptures de retrait ; 1 « réponse minimale », 2 « communication abstraite » et 6 « histoire évitante/ changement de sujet ». Aucune stratégie de résolution n'a été cotée. Dans la première « communication abstraite », c'est comme s'il y avait deux mouvements de réponse ; une déclaration vague qui évite de répondre à la question du thérapeute, suivie d'éléments de réponse. Le thérapeute la soutient dans ses propos en reformulant ce qu'elle dit. Lorsqu'il y a une « histoire évitante/ changement de sujet », le thérapeute laisse parler Nora et la questionne sur ce nouveau sujet qu'elle aborde. Lorsque la rupture « réponse minimale » a été cotée, le thérapeute semble insister pour que Nora

réponde, mais ne s'arrête pas sur ce mouvement de retrait, la laissant continuer à parler. A la fin de la séance, on a la deuxième « communication abstraite », face à laquelle le thérapeute reformule ce que Nora dit.

A la séance 4, la dynamique est tout autre. En effet, plusieurs mouvements de rupture et de résolution sont observés. Ainsi, une « plaintes activités » est adressée par le thérapeute et cotée dans la catégorie de résolutions « illustre tâches/ raisons ». Le thérapeute continue sur ce sujet et une rupture de retrait « communication abstraite », est cotée. Face à cela, le thérapeute reformule ce que Nora vient de dire. Lorsqu'une autre « communication abstraite » arrive, il clarifie ce que Nora dit, mais cette intervention n'est pas cotée comme stratégie de résolution. Lors de la troisième occurrence d'une « communication abstraite », le thérapeute adresse cette rupture et la stratégie de résolution « lien autres relations » est cotée. Par la suite, on observe une rupture « plaintes activités », adressée par le thérapeute à deux reprises, les stratégies de résolutions cotées sont « change tâches/ buts » et « illustre tâches/ raisons ». Une dernière rupture de confrontation « plaintes progrès » arrive en fin de séance. Elle se fait sur plusieurs tours de parole et l'intensité de la plainte diminue, Nora nuance ses propos et se retrouve dans un travail plus collaboratif avec le thérapeute qui n'adresse pas cette rupture. Le niveau de résolution atteint est évalué à 4.

La séance 11 présente un bon niveau d'alliance qui est en progression, mais au niveau micro, face aux ruptures observées, aucune stratégie de résolution n'a été cotée, même si le thérapeute intervient quand même. La première rupture est une « plaintes progrès » face à laquelle le thérapeute recadre et confronte Nora qui nuance alors ses propos et interagit de manière plus collaborative. Lors d'une « communication abstraite », le thérapeute lui demande de préciser et d'approfondir le sujet, ce à quoi Nora consent. La dernière rupture est une « histoire évitante/ changement de sujet » et le thérapeute la laisse parler, sans intervenir pour la recadrer.

5.3.2. Non-répondantes

5.3.2.1. Alice

Les séances d'Alice analysées sont la 3, la 6, la 8 et la 11. Le profil montre que le niveau d'alliance progresse au fil du traitement, avec cependant une légère diminution à la séance 9. Le niveau d'alliance en début de thérapie est de 2.6 et il atteint 6.5 à la dernière séance.

Lorsque l'on se penche sur la séance 3, plusieurs ruptures sont présentes. La seule adressée par le thérapeute est une « plaintes activités » et la stratégie de résolution a été cotée dans la catégorie « change tâches/ buts ». Par la suite, on observe une « réponse minimale » où Alice continue dans son histoire. Plus loin, cela se reproduit avec les ruptures « réponse minimale » et « histoire évitante/ changement de sujet » où le thérapeute la laisse continuer. Vers la fin de la séance, Alice est dans un processus d'autocritique et de désespoir où le thérapeute met du temps avant de pouvoir intervenir en proposant une interprétation. La dernière rupture est une « plaintes activités » où Alice nuance ses propos au fil de l'interaction et le thérapeute finit en clarifiant les choses.

A la séance 6, six ruptures « histoire évitante/ changement de sujet » sont cotées et aucune n'est adressée par le thérapeute. Il continue à écouter le récit d'Alice en intervenant peu, si ce n'est pour reformuler certaines choses ou la questionner afin d'avoir des précisions. Le niveau d'alliance n'est cependant pas affecté et il continue à progresser.

Dans la séance 8, le niveau d'alliance progresse toujours. Des ruptures de retrait sont observées et cotées « histoire évitante/ changement de sujet » et « autocritique/ désespoir ». Le thérapeute la laisse parler de ce nouveau sujet, intervenant pour clarifier certaines choses, mais sans revenir à la question de départ. On observe un mouvement de rupture et de résolution en milieu de séance, suite à un « contrôle/ pression » le thérapeute intervient en illustrant les raisons du traitement. Directement après, Alice se retire par une « histoire évitante/ changement de sujet ». Le thérapeute l'invite à exprimer ses pensées et ses sentiments et illustre les tâches et les raisons du traitement. Alice s'exprime alors sur ce qu'elle vit et ce qu'elle ressent au sein de l'hôpital. Le

dernier épisode de rupture est coté « autocritique/ désespoir » et le thérapeute reformule les propos d’Alice.

Avec cette séance ainsi que la 3, on remarque que le thérapeute adresse plus les ruptures de confrontation et plusieurs ruptures de retrait ne sont pas résolues. Cependant le niveau d’alliance ne semble pas affecté. Il diminue légèrement à la séance 9, mais étant donné que cette séance n’est pas analysée, il est difficile de pouvoir mettre en lien ce phénomène au niveau macro et ce qui aurait pu se passer au niveau micro. Une supposition que l’on peut faire est qu’il y aurait eu des ruptures de confrontation qui n’ont pas été adressées par le thérapeute. Ce qui vient soutenir cette hypothèse est que la présence de ruptures de retrait sans tentative de résolution n’influence pas le niveau d’alliance vers le bas. Cela se confirme avec la dernière séance analysée, la 11. Plusieurs ruptures de retrait sont présentes, à savoir « déni », « communication abstraite » et « histoire évitante/ changement de sujet », mais pas de tentative de résolution n’est cotée. Le thérapeute n’intervient pas, il laisse Alice parler et aborder de nouveaux sujets. Le niveau d’alliance progresse toujours.

5.3.2.2. Annie

Les séances que j’ai à disposition pour Annie sont la 2, 4, 6 et 9. Entre les trois participantes, Annie est celle qui a le niveau d’alliance le plus élevé et le plus stable après une fluctuation en début de thérapie.

La séance 2 a le plus haut niveau d’alliance, une seule rupture est observée, « plaintes thérapeute », mais elle est faible. Le niveau de résolution atteint a été coté « N/A : pas de rupture, ruptures minimales ». Quand on se penche sur le contenu de la séance, Annie parle longuement, le thérapeute pose quelques questions pour clarifier certaines choses ou propose quelques interprétations, mais il la laisse parler. A la fin de la séance, elle partage avec le thérapeute le fait que ça l’aide de pouvoir raconter son histoire et qu’elle se sent tranquille avec lui.

191. T : Vous avez vraiment besoin de- de raconter vraiment votre histoire, depuis toute petite, en détails. ça vous soulage ?

192. P : Ca m'aide beaucoup. J'ai dit hier à mon mari que j'étais avec vous. J'ai dit même que je vous connais de quelque part, mais je sais pas d'où.

193. T : Ah, vous dites que vous- ouais

194. P : Oui. J'ai dit hier- j'ai dit même hier à la fille « Moi, je connais le monsieur de quelque part, mais d'où je- je sais pas.

195. T : Mmh

196. P : Je l'ai vu déjà quelque part.

197. T : Mmh mmh

198. P : Et puis il est doux, il est gentil, il est- je suis tranquille avec lui. » J'ai dit à mon mari, mon mari m'a demandé « Ça t'aide ? » « Oui, ça m'aide à parler. C'est dur, c'est très difficile, mais ça m'aide. »

Il aurait été intéressant de pouvoir analyser la séance 3 afin de mettre en évidence quels éléments auraient pu potentiellement conduire à une cette diminution du niveau d'alliance.

Entre la séance 3 et 4, le niveau d'alliance augmente à nouveau. Lorsque l'on se penche sur l'analyse de la séance 4, on remarque que quatre ruptures sont cotées, trois ruptures « histoire évitante/ changement de sujet » et une rupture « autocritique/ désespoir », mais elles ne sont pas adressées par le thérapeute en terme de stratégie de résolution. Cependant, on peut observer qu'il la recadre, revenant ainsi sur le sujet de départ, ou la questionne sur le nouveau sujet qu'elle aborde.

Lors de la séance 6, deux ruptures sont cotées, mais sont faibles. Le niveau de résolution est « N/A : pas de rupture, ruptures minimales ». Le niveau d'alliance total est de 6.2, et va rester stable jusqu'à la fin du traitement.

La dernière séance analysée est la 9. Le niveau d'alliance a diminué de 0.2 point depuis la séance 8, ce qui est faible. Dans cette séance, plusieurs ruptures sont présentes. Ainsi, au début, Annie se plaint du fait que cette thérapie ne l'aide pas beaucoup, ce qui a été coté « plaintes progrès ». Elle continue directement sur un autre sujet, le thérapeute ne reprend pas ce commentaire. S'en suit une rupture cotée « autocritique/ désespoir », imbriquée dans le discours d'Annie et que le thérapeute n'adresse pas. Il pose des questions dans

le but de clarifier certaines choses et Annie reprend ses explications. C'est seulement plus loin, lorsqu'il y a une « plaintes thérapeute » suite à un malentendu que le thérapeute adresse cette rupture en clarifiant ce malentendu et Annie continue son histoire. C'est la seule séance où un mouvement de rupture et de résolution est coté. Les autres ruptures restent non adressées par le thérapeute.

5.4. Comparaison répondantes et non-répondantes

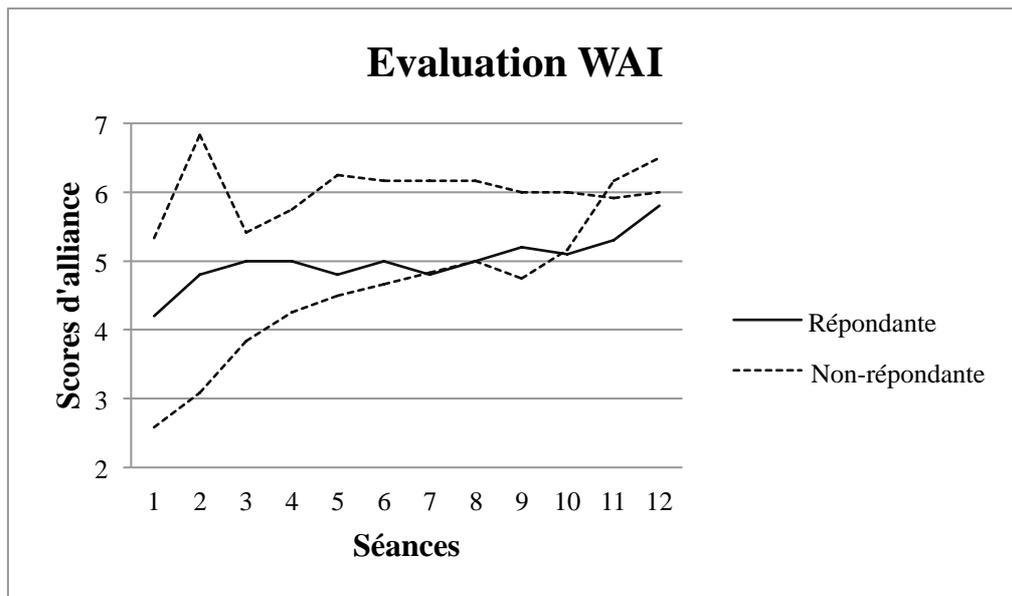
Il s'agit maintenant de comparer ce qui a été observé chez les participantes qui ont répondu au traitement et celles qui n'y ont pas répondu.

Tableau 5 : Récapitulatif du nombre de ruptures et de résolutions

	Répondantes	Non-répondantes
Marqueurs de retrait	27	29
Marqueurs de confrontation	14	7
Stratégies de résolution	14	4

Après l'analyse des ruptures et des résolutions, on remarque que les répondantes présentent plus de marqueurs de rupture que les non-répondantes. Ce qui ressort principalement concerne le nombre de ruptures de confrontation qui est deux fois plus élevé chez les répondantes. Quant aux stratégies de résolution, elles sont également plus nombreuses chez les répondantes.

L'évaluation du niveau d'alliance renvoie à des profils hétérogènes. Les données sont disponibles pour une répondante et les deux non-répondantes ce qui limite également la comparaison.



La répondante a un bon niveau d’alliance en début de traitement, mais c’est celle qui a le niveau d’alliance le plus faible en fin de traitement. Son profil est relativement stable avec une progression du niveau d’alliance en début et en fin de traitement. Quant aux non-répondantes, un des profils suit une progression quasi constante avec un niveau d’alliance qui augmente de presque 4 points. Le niveau en début de traitement est faible et il est le plus élevé à la dernière séance de thérapie. Dans l’autre profil, on observe un mouvement du niveau d’alliance dans les premières séances avec une augmentation suivie d’une diminution avant que le score d’alliance ne remonte pour se stabiliser jusqu’à la dernière séance. Il est donc difficile de tirer des conclusions et de souligner des différences notables pour les macro-processus de l’alliance entre les répondantes et les non-répondantes.

6. Discussion

Ce travail a porté sur l'étude des micro et macro-processus de l'alliance chez quatre patientes hospitalisées avec une dépression. Il m'a permis de répondre à mes différentes questions de recherche, à savoir quelles sont les ruptures et les résolutions qui sont observées et à quelle fréquence, quelle forme l'évaluation du niveau d'alliance prend-elle et des liens peuvent-ils être faits entre ces deux niveaux. Ces différents points m'ont permis de voir si des différences entre les répondantes et les non-répondantes peuvent être mises en évidence.

L'hypothèse étant que les participantes qui répondent au traitement présenteraient plus de mouvements de rupture et de résolution et auraient un niveau d'alliance supérieur aux non-répondantes.

Pour Safran, Muran, Wallner Samstag, et al. (2001), les ruptures dans l'alliance sont inévitables, elles varient en intensité, en durée et en fréquence. Lorsqu'elles sont adressées par les thérapeutes et que cela amène à une résolution, la continuité du traitement en est favorisée, de même que l'obtention de résultats positifs. Pour plusieurs auteurs, les mouvements de rupture et de résolution de l'alliance offrent la possibilité d'un changement thérapeutique et influent sur les résultats du traitement (Horvath, 2000 ; Safran & Muran, 2001; Safran, Muran, Wallner Samstag, et al., 2001). Cependant, les ruptures peuvent être complexes et pas toujours claires à identifier. Il est donc normal qu'elles ne soient pas toutes reconnues et adressées par les thérapeutes (Eubanks-Carter et al., 2010; Safran & Muran, 2006). L'évaluation du niveau d'alliance au fil des séances montre qu'elle est à considérer comme un processus dynamique, que l'alliance n'est pas statique mais connaît des fluctuations dans sa qualité (Safran & Muran, 2006). La forme de l'alliance reflète les interactions entre le patient et le thérapeute (Falkenström et al., 2013). Ainsi, les mouvements de rupture et de résolution que l'on observe au sein d'une séance pourraient être mis en lien avec l'évaluation du niveau d'alliance qui est faite à la fin de ladite séance.

Les résultats de ce travail indiquent que toutes les participantes présentent des ruptures dans l'alliance, et que ce sont principalement des marqueurs de retrait qui ont été cotés. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'exprimer leur désaccord, les participantes ont plutôt tendance à le faire en se retirant de la relation avec le thérapeute, de manière indirecte. Cela se traduit par des changements de sujets, des histoires évitantes, de la communication abstraite, des réponses minimales ou encore de l'autocritique et du désespoir. Cependant, elles expriment aussi toutes leur désaccord de manière confrontante, en utilisant des plaintes contre le thérapeute, contre les activités, contre le progrès, contre les paramètres du traitement, par des rejets de formulation, en se défendant contre le thérapeute ou encore par des marqueurs de contrôle et de pression. Les thérapeutes adressent plus ou moins ces ruptures et différentes stratégies de résolution ont été cotées. On remarque qu'il y a une grande différence entre le nombre total de ruptures, qui est de 77, et le nombre de stratégies de résolution, qui est de 18. Celles qui donnent le plus lieu à des tentatives de résolution sont les ruptures de confrontation puisque 14 sont adressées contre seulement 4 ruptures de retrait.

Lorsque l'on compare les micro-processus chez les répondantes et les non-répondantes, on remarque que le nombre de ruptures de retrait est quasi le même, mais que les participantes qui répondent au traitement présentent le double de ruptures de confrontation et plus de stratégies de résolution, principalement en réponse à des ruptures de confrontation. Pour Hatcher et Barends (1996), les patients qui arrivent à exprimer leurs sentiments négatifs et leurs désaccords avec le thérapeute montrent de meilleurs progrès que ceux qui n'y arrivent pas. Cependant, ce n'est pas suffisant, puisque les tensions dans la relation, si elles ne sont pas réparées, peuvent mener à l'arrêt du traitement, des résultats négatifs ou à une péjoration du niveau d'alliance. Ainsi, il est nécessaire que le thérapeute soit attentif à ces mouvements et puisse les adresser. Pour Safran et Muran (2001), adresser les ruptures par des stratégies de résolution a un effet sur le déroulement de la thérapie et les résultats. Ces propos sont confirmés par les résultats de ce travail où les participantes qui ont répondu au traitement présentent plus de ruptures qui sont reconnues et

adressées par le thérapeute que les non-répondantes. Il semble donc important que le thérapeute puisse s'arrêter sur l'expression d'une détérioration dans la collaboration afin de permettre un retour à un travail collaboratif. Les résultats indiquent également que les thérapeutes adressent plus les ruptures de confrontation que de retrait. Les marqueurs de confrontation sont vus comme une manière plus directe d'exprimer un désaccord. Dans ce cas, les patients favorisent l'expression de leurs besoins, au détriment de l'aspect relationnel. Dans les ruptures de retrait, le patient va privilégier l'aspect relationnel plutôt que l'expression de ses propres besoins (Safran & Muran, 2000b). Ainsi, une des hypothèses qui peut être faite est que, de par leur côté direct, les ruptures de confrontation sont plus facilement reconnues par les thérapeutes que les ruptures de retrait qui mettent moins à mal le lien entre les intervenants, et il leur est ainsi plus aisé de les adresser.

L'évaluation du niveau d'alliance au fil du traitement permet de rendre compte que ce n'est pas un processus statique, mais fluctuant de séance en séance. Selon Horvath (2005), il est nécessaire de se pencher sur les changements dans la qualité de l'alliance au cours du traitement. Pour Horvath (1994b) et Klein et al. (2003), une bonne alliance en début de traitement prédit des résultats positifs. Safran, Muran, Wallner Samstag, et al. (2001) et Stiles et Goldsmith (2010) soulignent qu'une alliance qui s'améliore au cours de la thérapie renvoie aussi à des résultats positifs. Cependant, lorsque l'on se penche sur le profil d'alliance des participantes, nos résultats ne permettent pas de tirer des conclusions claires. Une des non-répondantes présente un haut niveau d'alliance en début et en fin de traitement, mais qui reste relativement stable, l'autre commence avec un bas niveau d'alliance mais qui progresse au fil des séances. La répondante a un bon niveau d'alliance en début et connaît une progression en début et en fin de traitement, mais pendant le reste du traitement son niveau d'alliance reste stable.

Pour Horvath, Del Re, Flückiger, et Symonds (2011), les fluctuations du niveau d'alliance peuvent être mis en lien avec les mouvements de rupture et de résolution présents pendant la séance et sont associés à des résultats positifs.

Les micro-processus de l'alliance observés pendant une séance auraient un impact sur l'évaluation du niveau d'alliance à la fin de la séance. Les ruptures non adressées par le thérapeute conduiraient alors à une évaluation négative du niveau d'alliance, contrairement aux ruptures résolues qui permettraient une évaluation positive de l'alliance. Les résultats de ce travail soutiennent en partie ce postulat, puisque parmi les séances analysées, celles qui sont marquées par des mouvements de rupture et de résolution sont suivies d'une évaluation positive du niveau d'alliance. De même, aucune diminution de l'alliance n'est observée suite à une séance où des ruptures et des résolutions sont cotées. Cependant, plusieurs séances contiennent des ruptures qui ne sont pas adressées par les thérapeutes, mais contrairement à ce qui était attendu, le niveau d'alliance ne diminue pas et progresse même. La seule diminution du niveau d'alliance mis en lien avec les micro-processus arrive lorsqu'une rupture de confrontation n'est pas résolue.

Les ruptures non résolues renvoient principalement à des marqueurs de retrait. Plusieurs hypothèses peuvent venir expliquer que le niveau d'alliance ne diminue pas malgré le fait qu'elles ne soient pas résolues. Muran et al., (2010) soulignent que lorsque les ruptures restent inaperçues pour les thérapeutes et les patients, le progrès de la thérapie n'est pas altéré. Les marqueurs de retrait sont une manière d'exprimer un désaccord de manière moins directe que les confrontations, et préservent l'aspect relationnel. L'hypothèse peut être faite que les participantes n'ont pas pris conscience de ces ruptures et que les thérapeutes ne les ont pas reconnues. De plus, les ruptures ont été cotées par un observateur externe, la sensibilité face aux tensions dans l'alliance diffère de celle du patient et du thérapeute. En effet, Safran et Muran (2001) et Safran et al., (2011) relèvent que la perspective change en fonction de l'observateur, il est notamment possible que les patients sous-estiment les ruptures et ne s'en rendent pas compte, ce qui dans ce cas ne vient pas altérer l'évaluation du niveau d'alliance qu'ils font. Il se peut aussi que certaines ruptures aient été surcotées par nous-mêmes. Une autre explication est que pour les patients, lorsque l'alliance a commencé à se développer, la présence de ruptures affecte moins la perception qu'ils ont du niveau d'alliance. Pour Gelso et Carter (1994), le développement et la présence d'une bonne alliance thérapeutique permet de

faciliter le travail des patients et notamment de pouvoir surmonter les moments de tensions. Les participantes ont toutes un bon niveau d'alliance, ce qui permettrait que la présence de ruptures non résolues n'affecte pas l'alliance. Cela souligne l'importance de se pencher et de travailler sur le développement de l'alliance dès le début de la rencontre puisqu'une bonne alliance diminuerait l'impact des ruptures (Horvath, 2000).

En conclusion, ce qui diffère le plus entre les répondantes et les non-répondantes concerne les mouvements de rupture et de résolution, ainsi que le type de rupture cotés. Les répondantes utilisent plus de confrontation et les tensions dans l'alliance sont plus adressées que pour les non-répondantes. Cependant, au niveau macro, les profils de l'évaluation du niveau d'alliance sont hétérogènes et la répondante n'a pas un meilleur niveau d'alliance que les non-répondantes. Sur ce point, mon hypothèse que la répondante présentait un meilleur niveau d'alliance n'est pas confirmée.

Des implications cliniques peuvent être proposées à la suite de ce travail. Les mouvements de rupture et de résolution sont bénéfiques pour les résultats du traitement. Ainsi, il est nécessaire que les thérapeutes puissent reconnaître et adresser les tensions qui apparaissent au sein de l'alliance (Safran & Muran, 2006). Cependant, ce travail montre que les marqueurs de retrait semblent avoir moins d'impact sur la qualité de l'alliance que les marqueurs de confrontation et ceci même s'ils ne sont pas adressés. Toutes nos participantes avaient un bon niveau d'alliance ce qui a peut-être permis que les ruptures non résolues impactent moins la qualité de l'alliance. Ainsi, il est important de pouvoir s'atteler au développement de l'alliance en tout début de thérapie, notamment lorsque celles-ci sont brèves, car il y a moins de temps pour la renforcer et donc pour qu'elle puisse favoriser le déroulement du traitement (Gelso & Carter, 1994). Comme précisé plusieurs fois, l'alliance n'est pas statique mais évolue et se développe au cours du traitement. Ainsi, les profils de la WAI ont montré qu'il y a des fluctuations du niveau d'alliance qui peuvent être mis en lien avec les mouvements de rupture et de résolution. Il est donc conseillé de pouvoir évaluer l'alliance plusieurs fois au cours de la

thérapie, de prendre en compte plusieurs séances, et pas uniquement de se contenter d'une mesure ou de la moyenne du niveau d'alliance, ce qui ne rend pas compte de la richesse de la relation thérapeutique (Michel et al., 2011).

6.1. Limitations de l'étude et directions pour les recherches futures

Ce travail comporte des limites. Tout d'abord la taille de l'échantillon est très petite puisque qu'il se compose uniquement de quatre participantes et les données de la WAI n'étaient disponibles que pour trois d'entre elles. De plus, que quatre séances de thérapie par participantes ont été analysées avec le 3 RS. Même si l'analyse de toutes les séances n'est pas forcément nécessaire, se pencher sur les mouvements de rupture et de résolution pour les séances où un changement dans l'évaluation de l'alliance apparaît aurait pu enrichir la compréhension du lien entre les micro-processus et les macro-processus de l'alliance. Bien que ma collègue et moi-même avons été formées à l'instrument 3RS et que le codage des séances s'est effectué à deux, les résultats montrent que nous avons peut-être surcoté certaines catégories de ruptures, principalement les marqueurs de retrait. Lors du codage, c'est effectivement pour ce type de ruptures que nous avons eu le plus de difficultés et le plus de désaccords. Elles sont effectivement moins directes et claires que les ruptures de confrontation et peuvent soulever le doute lorsqu'il s'agit de savoir s'il y a un manque de collaboration ou pas. La catégorie « histoire évitante/ changement de sujet » a ainsi été cotée 27 fois ce qui semble beaucoup.

Dans ce travail, il était question de se pencher sur les mouvements de rupture et de résolution et de les coter avec le manuel 3RS. Mitchell et al. (2011) proposent ainsi plusieurs catégories de stratégies de résolution qui définissent les interventions du thérapeute permettant de rétablir un travail collaboratif et une alliance dans la relation. Cependant, lors de l'analyse des ruptures et de la manière dont le thérapeute les adresse ou pas, d'autres techniques semblent avoir été utilisées, sans qu'elles puissent être cotées par ce manuel. Il en va ainsi des recadrages, des reformulations ou des interprétations et qui ont permis, il me semble, de résoudre certaines ruptures. La version 2014 du manuel 3RS définit cependant une nouvelle catégorie de stratégie de résolution

qui renvoie au fait de rediriger le patient sur le moment présent ou sur la tâche de la thérapie, notamment lorsqu'il utilise des histoires évitantes.

Muran et al. (2010) soulignent que les thérapeutes influencent la qualité de l'alliance, certains seraient susceptibles de faciliter le développement d'une bonne alliance thérapeutique. Le nombre de stratégies de résolution coté diffère en fonction des participantes. L'hypothèse peut être faite que certains thérapeutes sont plus sensibles aux ruptures dans l'alliance et les adressent plus facilement. Il aurait donc été intéressant de pouvoir contrôler la « variable » thérapeute en prenant le même pour les quatre participantes.

Pour les recherches futures, il serait intéressant de pouvoir poursuivre ce travail en augmentant la taille de l'échantillon, que ce soit le nombre de participantes et le nombre de séances analysées. Une des pistes que je trouve intéressante concerne également le point de vue de l'évaluateur de l'alliance. Dans ce travail, c'est l'évaluation du niveau d'alliance réalisée par les participantes qui a été utilisée. Cependant, plusieurs auteurs soulignent les perspectives divergentes que l'on peut trouver en fonction de la personne qui évalue le niveau d'alliance. Cela s'explique notamment par le fait que le patient, le thérapeute et l'observateur externe ont une vision différente de la relation thérapeutique et une sensibilité autre aux tensions qui peuvent émerger dans l'alliance (Horvath, 2005). Il pourrait ainsi être intéressant de comparer ces différentes perspectives et de voir si les résultats divergent. Une autre direction qui pourrait être investiguée concerne le lien entre l'amélioration symptomatique et l'évaluation de l'alliance réalisée par les participantes. Cette question a déjà été soulevée par Barber, Khalsa et Sharpless (2010), mais il semble que les opinions divergent quant à savoir si l'amélioration symptomatique est primaire ou secondaire au niveau d'alliance.

7. Bibliographie

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy, 38* (2), 171-185.

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.

Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J., & Knowles, E.S. (2005). Ratings of therapist dynamic activities and alliance early and late in psychotherapy. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training, 42* (2), 225-231. doi : 10.1037/0033-3204.42.2.225

Ambresin, G., de Coulon, N., Roten, Y. de, & Desplands, J.-N. (2009). Psychothérapie psychodynamique brève de la dépression pour patients hospitalisés. *Psychothérapies, 29* (2), 75-84. doi : 10.3917/psys.092.0075

Ambresin, G., Desplands, J.-N., Preisig, M., & Roten, Y. de. (2012). Efficacy of an adjunctive brief psychodynamic psychotherapy to usual inpatient treatment of depression : rationale and design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 12* (182), 1-9. doi : 10.1186/1471-244X-12-182

Bachelor, A. (1995). Client's perception of the therapeutic alliance : A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 42* (3), 323-337. doi : 10.1037/0022-0167.42.3.323

Barber, J. P., Khalsa, S.-R., & Sharpless, A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In C. J. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance* (pp. 29-43). New York : The Guilford Press.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice, 16* (3), 252-260.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research in the therapeutic working alliance : New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance : Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York, NY : Wiley.

Brossart, D. F., Wilson, V. L., Patton, M. J., Kivlighan, D. M., & Multon, K. D. (1998). A time series model of the working alliance : A key process in short-term psychoanalytic counseling. *Psychotherapy, 35* (2), 197-205.

Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research, 13* (1), 59-76. doi : 10.1093/ptr/kpg007

Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments : The alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79* (3), 267-278. doi : 10.1037/a0023668

Eubanks-Carter, C., Muran, C. J., & Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. In C. J. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance : An evidence-based guide to practice* (pp. 74-94). New-York, NY : The Guilford Press.

Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology, 60* (3), 317-328. doi : 10.1037/a0032258

Fitzpatrick, M., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy research, 15* (1-2), 69-79. doi : 10.1080/10503300512331327056

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship : Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41* (3), 296-306.

Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy : Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (6), 1326-1336.

Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance : Theory, research and practice* (pp. 51-84). New York, NY : Wiley.

Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19* (1), 13-29. doi : 10.1080/10503300802621206

Horvath, A. O. (1994a). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance : The Working Alliance Inventory perspective. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance : Theory, research and practice* (pp.109-128). New York, NY : Wiley.

Horvath, A. O. (1994b). Research on the Alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance : Theory, research and practice* (pp.259-286). New York, NY : Wiley.

Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship : From transference to alliance. *In Session : Psychotherapy in Practice*, 56 (2), 163-173.

Horvath, O. (2005). The therapeutic relationship : Research and theory. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 3-7. doi : 10.1080/10503300512331339143

Horvath, O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 9-16. doi : 10.1037/a0022186

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36 (2), 223-233.

Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 561-573.

Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development : A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (3), 362-371. doi : 10.1037//0022-0167.47.3.362

Klee, M. R., Abeles, N., & Muller, R. T. (1990). Therapeutic alliance : Early indicators, course, and outcome. *Psychotherapy*, 27 (2), 166-174.

Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., ... Keller, M. B. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment : Controlling for prior change and patients characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6), 997-1006. doi : 10.1037/0022-006X.71.6.997

Kramer, U., Roten, Y. de, Beretta, V., Michel, L., & Desplands, J.-N. (2008). Patient's and therapist's views of early alliance building in dynamic psychotherapy : Patterns and relation to outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 55 (1), 89-95. doi : 10.1037/0022-0167.55.1.89

Mallinckrodt, B. (1991). Client's representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (4), 401-409. doi : 10.1037/0022-0167.38.4.401

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables : A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 438-450. doi : 10.1037//0022-006X.68.3.438

Michel, L., Kramer, U., & Roten, Y. de. (2011). Alliance evolutions over the course of short-term dynamic psychotherapy : A case study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11 (1), 43-54. doi : 10.1080/14733145.2011.546160

Mitchell, A., Eubankc-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2011). Système d'évaluation de rupture et résolution (traduit par L. Chambeyron, D. Ortega et Y. de Roten).

Moras, K., & Strupp, H. H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39 (4), 405-409. Récupéré à <https://crypto.unil.ch/,DanaInfo=archpsyc.jamanetwork.com+Issue.aspx?journalid=70&issueID=12354&direction=P>

Muran, C. J., Safran, J. D., & Eubanks-Carter, C. (2010). Developing therapist abilities to negotiate alliance ruptures. In C. J. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance : An evidence-based guide to practice* (pp. 320-340). New York, NY : The Guilford Press.

Roten, Y. de. (2006a). Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques. *Bulletin de psychologie*, 59 (6), 585-590. doi : 10.3917/bupsy.486.0585

Roten, Y. de. (2006b). L'alliance thérapeutique : un processus de co-construction. In M. Grossen & A. Salazar Orvig (Eds.), *L'entretien clinique en pratiques : analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène* (pp.111-128). Paris, France : Belin.

Rush, J. A., Trivedi, A. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., ... Keller, M. B. (2003). The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Self-Report (QIDS-SR) : A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 573-583. doi : 10.1016/S0006-3223(03)01866-8

Safran, J. D., Crocker, P., McCain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27 (2), 154-165.

Safran, J. D., & Muran, C. J. (2000a). Resolving therapeutic alliance ruptures : Diversity and integration. *In Session : Psychotherapy in Practice*, 56 (2), 233-243.

Safran, J. D., & Muran, C. J. (2000b). Stage-process models of alliance rupture resolution. In J. D. Safran & C. J. Muran (Eds.), *Negotiating the therapeutic alliance : A relational treatment guide* (pp. 140-174). New York, NY : Guilford Press.

Safran, J. D., & Muran, C.J. (2001). The therapeutic alliance as a process of intersubjective negotiation. In Muran, C. J. (Ed.), *Self-relations in the psychotherapy process* (pp. 165-186). Washington, DC : American Psychological Association.

Safran, J. D., & Muran, C. J. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness ?. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 43 (3), 286-291. doi : 10.1037//0033-3204.43.3.286

Safran, J. D., Muran, C. J., Demaria, A., Boutwell, C., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2014). Investigating the impact of alliance-focused training on interpersonal process and therapists' capacity for experiential reflection. *Psychotherapy Research*, 24 (3), 269-285. doi : 10.1080/10503307.2013.874054

Safran, J. D., Muran, C. J., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48 (1), 80-87. doi : 10.1037/a0022140

Safran, J. D., Muran, C. J., Stevens, C., & Rothman, M. (2000). A relational approach to supervision : Addressing ruptures in the alliance. In Safran, J. D., & Muran, C. J. (Eds.), *Negotiating the therapeutic alliance : A relational treatment guide* (pp. 137-157). New York, NY : Guilford Press.

Safran, J. D., Muran, C. J., & Wallner Samstag, L. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures : A task analytic investigation. In A. O. Horvarth & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance : Theory, research, and practice* (pp. 225-255). New York, NY : Wiley.

Safran, J. D., Muran, C. J., Wallner Samstag, L., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 38 (4), 406-411.

Sexton, H., Littauer, H., Sexton, A., & Tommeras, E. (2005). Building an alliance : Early therapy process and the client-therapist connection. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 103-116. doi : 10.1080/10503300512331327083

Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., ... Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis : Are productive relationships U-Shaped or V-Shaped ? *Journal of Counseling Psychology*, 51, (1), 81-92. doi : 10.1037//0022-0167.51.1.81

Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. In C. J. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance : An evidence-based guide to practice* (pp. 44-62). New York, NY : The Guilford Press.

Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal Consensus and Collaboration. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work : Evidence-based responsiveness* (pp. 153-167). Oxford, Angleterre : Oxford University Press.

8. Annexes

8.1. Données des participantes

Tableau 6 : Tableau clinique présenté par les participantes

	Prénom	Age	Age du début de la maladie	Durée de l'épisode actuel	Hospitalisation précédente	Tentamen	Dépression récurrente	Dépression chronique	CTQ*
1127	Alice	50	27	48	0	0	Non	Non	2.1
1171	Annie	47	12	9	2	8	Oui	Oui	4.6
1187	Nora	51	15	24	3	0	Non	Non	2.7
1214	Nadia	53	50	49	1	0	Non	Non	1.2

* Childhood Trauma Questionnaire

Tableau 7 : Mesure des symptômes

	Prénom	QIDS*				MADRS*			
		Début	Fin	3 mois	12 mois	Début	Fin	3 mois	12 mois
1127	Alice	22	14	11	16	31	28	23	16
1171	Annie	20	20	18	21	36	39	35	42
1187	Nora	16	8	4	1	28	22	7	0
1214	Nadia	16	4	7	5	25	7	12	10

* QIDS : Quick Inventory of Depressive Symptomatology
MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

8.2. Résumé des catégories du 3RS

RESUME DES DEFINITIONS ET EXEMPLES DES MARQUEURS DE RUPTURE

Note : pour chaque catégorie, le patient doit s'engager dans le comportement de telle manière qu'il interfère avec la collaboration au sujet des tâches et des buts, ou qui révèle une tension dans le lien émotionnel.

Retrait	
Déni	<p>Le patient nie un sentiment qui est <i>manifestement</i> évident, ou le patient nie l'importance de relations interpersonnels ou d'événements (p.ex. rationalisation). Notez que c'est différent que « d'être en déni » ou que le déni en tant que mécanisme de défense.</p> <p>Thérapeute : <i>Vous avez l'air bouleversé.</i> Patient : <i>Ca va aller. Ne vous inquiétez pas pour moi.</i></p>
Réponse minimale	<p>Le patient donne des réponses minimales aux tentatives du thérapeute d'explorer et de comprendre l'expérience du patient (p.ex. patient donne des réponses courtes, coupées à des questions exploratoires et ouvertes). Ne pas répondre – être silencieux – serait la réponse minimale ultime. Toutefois, notez que la réponse minimale doit être dans le contexte d'un retrait – une réponse courte et appropriée à la situation n'est pas cotée ici.</p> <p>Thérapeute : <i>Il semble que cela ait été très difficile pour vous. Comment vous êtes vous senti ?</i> Patient : (hausse les épaules)</p>
Communication abstraite	<p>Le patient évite d'aborder des sentiments douloureux ou négatifs en utilisant un langage abstrait pour parler de situations ou problèmes interpersonnels difficiles. Le patient peut intellectualiser en se concentrant sur des concepts rationnels et une terminologie complexe. Le patient peut aussi faire des déclarations vagues et générales qui font allusion à un problème pertinent pour la relation thérapeutique au lieu d'exprimer ses vrais sentiments.</p> <p>Thérapeute : <i>Ca vous a dérangé que je dise cela ?</i> Patient : <i>J'étais déconcerté, mais je crois que c'est normal que les choses portent à confusion de temps en temps. Ca stimule l'esprit et on peut en tirer des leçons.</i></p>
Histoire évitante et/ou changement de sujet	<p>Le patient raconte des histoires et/ou change de sujet pour tenter d'éviter des sujets, problèmes ou situations stressants. Ceci peut inclure les tentatives d'éviter un conflit avec le thérapeute en racontant des histoires divertissantes. Ces histoires peuvent être longues et trop détaillées ou relativement brèves. Elles peuvent bifurquer sur une digression ou éventuellement retourner au sujet de départ. La clé est qu'en changeant de sujet et/ou en racontant une histoire, le patient évite de communiquer clairement et directement avec le thérapeute.</p> <p>Souvenez-vous que l'histoire ou le sujet doit faire partie du retrait. Donc, par exemple, si un patient change de sujet non pas pour l'éviter mais pour contribuer au travail thérapeutique, ce n'est pas coté ici (p.ex. « Je sais que nous étions en train de parler de mon travail, mais je viens de me souvenir de quelque chose qui s'est passé avec mon conjoint que j'aimerais beaucoup aborder avec vous... »).</p> <p>Une histoire pertinente et productive mais qui semble quand même être évitante (p.ex. quelque peu circonstancielle, semble exclure le thérapeute en quelque sorte) est cotée ici -.</p> <p>Parler des réactions de quelqu'un d'autre ou des réactions des « personnes en général » pour éviter de parler de soi-même doit également être cotée ici.</p>

	<p>Thérapeute : <i>Que pensez-vous du progrès de notre travail ensemble ?</i> Patient : <i>Ca ressemble à une question d'évaluation de performance. J'ai eu une évaluation de performance la semaine dernière au travail et c'était tellement stressant...</i></p>
Déférent et conciliant	<p>Le patient est <i>trop</i> accommodant et se soumet au thérapeute d'une manière <i>excessivement</i> obligeante.</p> <p>Thérapeute : <i>Comment s'est passée la tâche à faire à la maison ?</i> Patient : <i>Ah, c'était tellement utile. Vous donnez des conseils fabuleux.</i></p>
Rupture contenu/affect	<p>Le contenu du récit du patient ne correspond pas avec les expressions affectives.</p> <p>Thérapeute : <i>C'est difficile pour vous de me parler de ces sentiments de tristesse.</i> Patient (souriant) : <i>Oui, ça l'est. Ce n'est pas facile d'en parler.</i></p>
Autocritique et/ou désespoir	<p>Le patient se retire de l'interaction avec le thérapeute en se submergeant dans un processus dépressif d'autocritique et/ou désespoir qui semble exclure le thérapeute ainsi que toute possibilité pour le thérapeute ou le traitement de lui venir en aide. Le patient peut entreprendre un tel processus afin d'éviter un conflit avec le thérapeute.</p> <p>Notez que les patients peuvent être autocritiques ou désespérés mais être interactifs avec le thérapeute, et peuvent donc explorer ces sentiments avec le thérapeute de manière collaborative. Pour recevoir la cotation d'autocritique/désespoir, le comportement du patient doit contribuer au retrait.</p> <p>Thérapeute : <i>Ca a l'air important. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ?</i> Patient (soupir) : <i>Quel est l'intérêt ? Ca ne m'aidera pas à me sentir mieux. Je suis une cause perdue.</i></p>
Confrontation	
Plaintes/préoccupations concernant le thérapeute	<p>Le patient ressent des émotions négatives envers le thérapeute. Le patient peut ressentir des émotions négatives (p.ex. être en colère, impatient, méfiant, se sentir manipulé, blessé, jugé, contrôlé et rejeté), ou peut avoir l'impression qu'il lui manque du soutien, de l'encouragement ou le respect du thérapeute. Le patient peut se sentir critiqué par le style interpersonnel du thérapeute ou peut douter des compétences du thérapeute.</p> <p>Patient : <i>Je pensais à certaines choses que vous avez dites la semaine dernière. Je n'étais pas très satisfait. Ce n'est pas tant ce que vous avez dit en fait mais plus la manière dont vous l'avez dit. Vous essayiez de me coincer. Je n'aurais pas pensé que c'est de cette manière qu'on aide les gens.</i></p>
Le patient rejette la formulation ou l'interprétation du thérapeute d'une manière non-collaborative	<p>Patient rejette l'opinion ou l'interprétation du thérapeute à propos de lui-même ou de sa situation, ou le patient rejette les tentatives du thérapeute d'intervenir (p.ex. thérapeute offre son soutien et le patient le rejette hostilement). Ce rejet doit être non-collaboratif – obstruer et empêcher une bonne relation de travail entre le patient et le thérapeute (p.ex. le patient est très hostile ou condescendant). Si le patient est en désaccord avec une interprétation ou formulation du thérapeute mais est capable de l'exprimer de manière collaborative (p.ex. « Non, je ne crois</p>

	<p>pas que c'est ce qui cause mon anxiété. C'est plus comme ceci... »), alors ce n'est PAS une rupture et ne devrait pas être coté ici.</p> <p>Si le patient est en désaccord avec, ou rejette une tâche – le thérapeute souhaite que le patient participe à une activité comme tenir un journal intime ou faire l'exercice des « deux chaises » - cotez la plainte ou l'inquiétude concernant les activités.</p> <p>Thérapeute : <i>Il semble que vous soyez inquiet à propos de lui.</i> Patient (ton hostile) : <i>Non, ce n'est pas ça du tout.</i></p>
Plaintes/préoccupations à propos des activités de la thérapie	<p>Patient exprime son insatisfaction ou mal-être en rapport avec les tâches thérapeutiques et ou/ objectifs de manière non-collaborative</p> <p>Patient : <i>Je ne comprends vraiment pas ce que vous me demandez de faire avec ce journal intime. Je n'y vois aucun intérêt.</i></p>
Plaintes/préoccupations à propos des paramètres de la thérapie	<p>Ceci concerne les plaintes à propos de l'horaire de la thérapie (p.ex. l'heure du rendez-vous, durée de la séance, nombre et fréquence des séances) et le contrat de recherche (p.ex. remplir des questionnaires, être filmé).</p> <p>Patient (ton hostile) : <i>Une fois par semaine n'est pas suffisant ! Comment diable voulez-vous que je me sente mieux en ne venant qu'une fois par semaine ?</i></p>
Plaintes/préoccupations à propos du progrès de la thérapie	<p>Le patient a des doutes sur le progrès qui a été ou peut être accompli pendant la thérapie.</p> <p>Patient : <i>Ca fait maintenant quatre semaines que je viens ici et je n'arrive pas à penser à quelque chose qui a changé. Peut-être que tout ça a été une perte de temps.</i></p>
Le patient se défend contre le thérapeute	<p>Le patient défend ses pensées, sentiments ou comportements contre ce qu'il perçoit être des critiques ou des jugements du <i>thérapeute</i> envers le patient. Ne cotez pas si le patient se défend d'une critique d'une tierce personne. Notez que le thérapeute ne doit pas réellement critiquer le patient pour que le patient anticipe une critique et soit défensif.</p> <p>Thérapeute : <i>Cela est très censé.</i> Patient : <i>Bien sûr que c'est censé ! Je ne suis pas idiot !</i></p>
Tentatives directes d'exercer une pression ou un contrôle sur le thérapeute	<p>Patient tente de contrôler directement le thérapeute, p.ex. le patient dit au thérapeute quoi faire, patient exerce une pression sur le thérapeute pour réparer les problèmes du patient rapidement.</p> <p>Patient : <i>J'en ai marre de perdre mon temps. Je veux savoir comment cette thérapie marche. Dites-moi comment ça va m'aider avec mes problèmes. Et pas de discours thérapeutique intellectuel, je veux une réponse franche.</i></p>
Autres	
Autres (p.ex. comportement séducteur, comportement trop amical ou informel)	<p>Une rupture qui n'entre dans aucune des catégories ci-dessus. Les ruptures où le patient semble faire quelque chose d'inapproprié dans le contexte de la relation thérapeutique sont cotées ici. Par exemple, le patient est séducteur et flirteur ; le patient donne des surnoms au thérapeute « mon cher » ; le patient dit « Salut, ça va ? » au thérapeute d'une manière qui semble beaucoup trop informelle.</p>

Stratégies de résolution	
Le thérapeute clarifie un malentendu	<p>Le thérapeute clarifie un malentendu. Généralement la tentative de résolution s'arrête là ; le thérapeute n'essaye pas d'explorer la signification latente du malentendu ou de la lier aux thèmes relationnels fondamentaux du patient.</p> <p>Thérapeute : <i>Vous semblez un peu distant en ce moment</i> Patient : <i>Oui, peut-être que j'ai été un peu bouleversé par ce que vous avez dit, que je devrais m'excuser auprès de ma sœur.</i> Thérapeute : <i>Non, non, j'ai dit que je pensais que votre sœur devrait s'excuser auprès de vous.</i> Patient : <i>Ah (souris). J'ai du mal vous entendre. Je voudrais bien qu'elle s'excuse.</i></p>
Le thérapeute change les tâches ou les buts	<p>Patient : <i>Nous nous éloignons du sujet encore une fois. Je crois que ça ne nous mène nul part.</i></p> <p>Thérapeute : <i>Je suis prêt à vous suivre en ce moment. Quelle voie souhaitez-vous que l'on poursuive ?</i></p>
Le thérapeute illustre les tâches ou explique les raisons du traitement	<p>Cette stratégie de résolution inclut donner une justification pour le traitement. Ne cotez pas si le thérapeute démontre simplement comment faire les tâches à la maison par exemple. Le thérapeute doit faire un pas de plus en donnant une explication de comment ou les raisons pour lesquelles la tâche ou le traitement marche.</p> <p>Thérapeute : <i>J'aimerais que l'on prenne un peu de temps pour essayer de comprendre ce qu'il se passe entre nous en ce moment. J'espère que ce type d'analyse nous donnera quelques indices quant à ce qu'il pourrait se passer dans vos relations avec les autres.</i></p> <p>Parfois cela peut prendre la forme d'un recadrage du sens des tâches ou des objectifs en réponse aux plaintes ou inquiétudes du patient. Quand le thérapeute recadre le sens des tâches ou objectifs, il/elle décrit les tâches ou objectifs de manière plus plaisante pour le patient.</p> <p><i>Un patient est réticent à propos d'un travail à effectuer à la maison qui concerne l'augmentation de contact social car il a peur d'être rejeté. Le thérapeute recadre la tâche comme « se mettant dans la situation qui provoque l'anxiété afin d'auto-observer ses processus cognitifs ».</i></p>
Dans le contexte d'une rupture, le thérapeute invite le patient à exprimer ses pensées ou ses sentiments concernant le thérapeute ou un aspect de la thérapie	<p>Le thérapeute invite le patient à exprimer directement ses émotions négatives ou sa vulnérabilité que celui-ci a communiqué indirectement ou de manière équivoque. Ceci ne se limite pas à simplement refléter les émotions négatives ou la vulnérabilité du patient ; le thérapeute encourage le patient à défendre activement sa plainte ou être en contact avec ses émotions vulnérables.</p> <p>Patient : <i>Je suis un peu irrité mais ce n'est pas grave.</i> Thérapeute : <i>Je comprends que vous soyez incertain quant au sens de vos inquiétudes. Mais si vous êtes prêt à l'analyser en détail, j'aimerais en savoir plus.</i></p>
Dans le contexte d'une rupture, le thérapeute fait part de son expérience interne de la relation	<p>Thérapeute: <i>Je vais essayer de répondre à votre question, mais j'ai l'impression que quoique je vous dise rien ne vous satisferait en ce moment. Si je continue d'essayer j'ai peur de vous contrarier encore plus.</i></p>

<p>Dans le contexte d'une rupture, le thérapeute reconnaît explicitement sa contribution au problème relationnel</p>	<p>Thérapeute 1 : <i>Je vois comment cela pourrait être frustrant pour vous. Vous me demandez une réponse concrète et je continue à vous renvoyer la balle.</i></p> <p>Thérapeute 2 : <i>Je suis conscient de ne pas vous être entièrement attentif en ce moment. Je ne suis pas sûr de ce qu'il se passe mais je crois que ça pourrait être lié à la distance que j'entends dans votre voix.</i></p>
<p>Le thérapeute fait un lien entre la rupture et un pattern interpersonnel plus large entre le patient et le thérapeute</p>	<p><i>Le patient articule difficilement ce qu'il veut retirer de la séance et se reproche d'être désorganisé et embrouillé. Le thérapeute observe que le patient a tendance à se reprocher les malentendus qui peuvent survenir entre eux.</i></p>
<p>Le thérapeute fait un lien entre la rupture et un pattern interpersonnel plus large dans les autres relations du patient</p>	<p><i>Le patient a du mal à demander au thérapeute de changer l'heure de la séance. Le thérapeute fait le lien avec le manque d'assurance du patient dans ses relations avec sa famille et collègues.</i></p>
<p>Le thérapeute justifie la position défensive du patient</p>	<p>Le thérapeute s'allie à la résistance. Au lieu de remettre en question les comportements défensifs du patient, le thérapeute valide les manières dont ils sont compréhensibles et adaptifs. Ceci ne se limite pas à juste répéter les explications du patient concernant son comportement – mais également d'indiquer explicitement que la position du patient est légitime et valide.</p> <p><i>Un patient pleure lors d'une séance et est ensuite embarrassé et commence à parler de manière distante et intellectuelle. Le thérapeute note que le patient semble à présent éloigné de sa souffrance et dit « Peut-être que c'est adaptif pour vous de prendre de la distance maintenant ».</i></p>

8.3. Feuilles de cotation des séances analysées

Feuille de cotation 3RS

Cas : ... 1187

Séance : ... 1

Codeurs : ... Thérèse

Évaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
- Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	
Marqueurs de retrait											<u>2</u>
Déni											
Réponse minimale											
Comm abstraite							<u>V-</u>				<u>2</u>
Hist évit/chg sujet											
Déférent Conciliant											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir											
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation											<u>2</u>
Plaintes Thérapeute											
Rejet formulation											
Plaintes activités					<u>V</u>						<u>3</u>
Plaintes paramètres					<u>V-</u>						<u>2</u>
Plaintes progrès											
P défend soi											
Contrôle/pression						<u>V-</u>					<u>2</u>
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu											
Change tâches/buts											
Illustr tâche/raisons											
Expr pensées/sent					<u>V</u>						<u>3</u>
Fait part exp interne											
Reconnaît resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations											
Justifie défense											

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	1	2	3	<u>4</u>	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : 1187.....

Séance : 3.....

Codeurs : Tpille-Caere

Evaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	
Marqueurs de retrait											4
Déni											
Réponse minimale								✓-			2
Comm abstraite		✓							✓-		3
Hist évit/chg sujet			✓	✓-		✓	✓	✓	✓-		4
Déférent Conciliant											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir											
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation											
Plaintes Thérapeute											
Rejet formulation											
Plaintes activités											
Plaintes paramètres											
Plaintes progrès											
P défend soi											
Contrôle/pression											
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu											
Change tâches/buts											
Illustr tâche/raisons											
Expr pensées/sent											
Fait part exp interne											
Reconnait resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations											
Justifie défense											

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	<u>1</u>	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : M87

Séance : 4

Codeurs : Thaïe-Loure

Évaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
- Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	
Marqueurs de retrait											2
Déni											
Réponse minimale											
Comm abstraite			V	V-							2
Hist évit/chg sujet											
Déférent Conciliant											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir											
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation											3
Plaintes Thérapeute											
Rejet formulation											
Plaintes activités		V			V						3
Plaintes paramètres											
Plaintes progrès							V-				2
P défend soi											
Contrôle/pression											
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu											
Change tâches/buts						V					3
Illustr tâche/raisons		V				V					4
Expr pensées/sent											
Fait part exp interne											
Reconnait resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations				V							3
Justifie défense											

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	1	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : M87

Séance : M

Codeurs : Thalie-Coup

Évaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	
Marqueurs de retrait											<u>2</u>
Déni											
Réponse minimale											
Comm abstraite			✓								<u>2</u>
Hist évit/chg sujet								✓			<u>2</u>
Déférent Conciliant											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir											
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation											<u>3</u>
Plaintes Thérapeute											
Rejet formulation											
Plaintes activités											
Plaintes paramètres											
Plaintes progrès		✓									<u>3</u>
P défend soi											
Contrôle/pression											
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu											
Change tâches/buts											
Illustr tâche/raisons											
Expr pensées/sent											
Fait part exp interne											
Reconnaît resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations											
Justifie défense											

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	<u>1</u>	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : 1171

Séance : 2

Codeurs : Paie-Laur

Evaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
- Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)	
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50		
Marqueurs de retrait												
Déni												
Réponse minimale												
Comm abstraite												
Hist évit/chg sujet												
Déférent Conciliant												
Rupt contenu/affect												
Autocrit/désespoir												
Autres retraits												
Marqueurs de confrontation											<u>2</u>	
Plaintes Thérapeute						<u>V-</u>						<u>2</u>
Rejet formulation												
Plaintes activités												
Plaintes paramètres												
Plaintes progrès												
P défend soi												
Contrôle/pression												
Autres confront												
Stratégies de résolution												
Clarif malentendu												
Change tâches/buts												
Illustr tâche/raisons												
Expr pensées/sent												
Fait part exp interne												
Reconnaît resp												
Lien pat-ther												
Lien autres relations												
Justifie défense												

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

<u>N/A</u>	1	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez : problèmes de compréhension et d'écoute

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

Feuille de cotation 3RS

Cas : M71

Séance : 4

Codeurs : Faillie-Caure

Evaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
- Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	
Marqueurs de retrait											2
Déni											
Réponse minimale											
Comm abstraite											
Hist évit/chg sujet		V-		V-		V					2
Déférent Conciliant											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir							V				2
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation											
Plaintes Thérapeute											
Rejet formulation											
Plaintes activités											
Plaintes paramètres											
Plaintes progrès											
P défend soi											
Contrôle/pression											
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu											
Change tâches/buts											
Illustr tâche/raisons											
Expr pensées/sent											
Fait part exp interne											
Reconnaît resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations											
Justifie défense											

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	1	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : 1171

Séance : 6

Codeurs : Tpille-Caure

Evaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	
Marqueurs de retrait											2
Déni											
Réponse minimale											
Comm abstraite											
Hist évit/chg sujet	V-										2
Déférent Concilient											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir											
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation											2
Plaintes Thérapeute											
Rejet formulation									V-		2
Plaintes activités											
Plaintes paramètres											
Plaintes progrès											
P défend soi											
Contrôle/pression											
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu											
Change tâches/buts											
Illustr tâche/raisons											
Expr pensées/sent											
Fait part exp interne											
Reconnaît resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations											
Justifie défense											

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	1	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : 1171

Séance : 9

Codeurs : Marie-Cécile

Évaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
- Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	
Marqueurs de retrait											3
Déni											
Réponse minimale											
Comm abstraite							V				2
Hist évit/chg sujet											
Déférent Conciliant											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir		V	V								3
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation											2
Plaintes Thérapeute							V-				2
Rejet formulation											
Plaintes activités											
Plaintes paramètres											
Plaintes progrès	V+										2
P défend soi											
Contrôle/pression											
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu							V				2
Change tâches/buts											
Illustr tâche/raisons											
Expr pensées/sent											
Fait part exp interne											
Reconnait resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations											
Justifie défense											

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	1	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : M27

Séance : 3

Codeurs : Marie-Laure ..

Évaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	
Marqueurs de retrait											3
Déni											
Réponse minimale		✓				✓					3
Comm abstraite											
Hist évit/chg sujet						✓		V+			3
Déférent Conciliant											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir									✓		4
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation											4
Plaintes Thérapeute											
Rejet formulation											
Plaintes activités	V+									✓	4
Plaintes paramètres											
Plaintes progrès											
P défend soi											
Contrôle/pression											
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu											
Change tâches/buts	✓										3
Illustr tâche/raisons											
Expr pensées/sent											
Fait part exp interne											
Reconnaît resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations											
Justifie défense											

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	1	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : 1127

Séance : 6

Codeurs : Marie-Laure

Évaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
- Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	
Marqueurs de retrait											4
Déni											
Réponse minimale											
Comm abstraite											
Hist évit/chg sujet			V	V	V			V-	V	V	4
Déférent Conciliant											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir											
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation											
Plaintes Thérapeute											
Rejet formulation											
Plaintes activités											
Plaintes paramètres											
Plaintes progrès											
P défend soi											
Contrôle/pression											
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu											
Change tâches/buts											
Illustr tâche/raisons											
Expr pensées/sent											
Fait part exp interne											
Reconnait resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations											
Justifie défense											

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	1	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : 1127

Séance : 8

Codeurs : Tjaire-Care

Évaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
- Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	
Marqueurs de retrait											4
Déni											
Réponse minimale											
Comm abstraite											
Hist évit/chg sujet	✓					✓					3
Déférent Conciliant											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir		✓			✓		✓				4
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation											2
Plaintes Thérapeute											
Rejet formulation											
Plaintes activités											
Plaintes paramètres											
Plaintes progrès											
P défend soi											
Contrôle/pression						✓-					2
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu											
Change tâches/buts											
Illustr tâche/raisons						✓					3
Expr pensées/sent						✓					2
Fait part exp interne											
Reconnaît resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations											
Justifie défense											

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	1	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : 1127.....

Séance : 11.....

Codeurs : Tpue-Loue

Évaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
- Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)	
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50		
Marqueurs de retrait											<u>3</u>	
Déni		V-										<u>2</u>
Réponse minimale												-
Comm abstraite			V					V	V			<u>2</u>
Hist évit/chg sujet							V	V				<u>4</u>
Déférent Conciliant												
Rupt contenu/affect												
Autocrit/désespoir												
Autres retraits												
Marqueurs de confrontation												
Plaintes Thérapeute												
Rejet formulation												
Plaintes activités												
Plaintes paramètres												
Plaintes progrès												
P défend soi												
Contrôle/pression												
Autres confront												
Stratégies de résolution												
Clarif malentendu												
Change tâches/buts												
Illustr tâche/raisons												
Expr pensées/sent												
Fait part exp interne												
Reconnaît resp												
Lien pat-ther												
Lien autres relations												
Justifie défense												

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	<u>1</u>	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : 1214

Séance : 2

Codeurs : Ilai-cour

Évaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	
Marqueurs de retrait											3
Déni											
Réponse minimale				V+			V+				3
Comm abstraite											
Hist évit/chg sujet				V-							2
Déférent Conciliant											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir								V			3
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation											4
Plaintes Thérapeute											
Rejet formulation						V+					4
Plaintes activités	V										4
Plaintes paramètres											
Plaintes progrès											
P défend soi						V	V				4
Contrôle/pression											
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu											
Change tâches/buts											
Illustr tâche/raisons	V+					V	V				5
Expr pensées/sent							V				2
Fait part exp interne											
Reconnaît resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations											
Justifie défense						V+					4

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	1	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : 1214

Séance : 4

Codeurs : Marie-Cécile

Évaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles										Global (1 à 5)
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	
Marqueurs de retrait											2
Déni											
Réponse minimale											
Comm abstraite											
Hist évit/chg sujet						V					2
Déférent Conciliant											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir					V-	V-					2
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation											3
Plaintes Thérapeute											
Rejet formulation											
Plaintes activités	V										3
Plaintes paramètres											
Plaintes progrès											
P défend soi											
Contrôle/pression	V										2
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu											
Change tâches/buts											
Illustr tâche/raisons							V				3
Expr pensées/sent											
Fait part exp interne											
Reconnaît resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations	V+										3
Justifie défense							V				3

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	1	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : 1214

Séance : 6

Codeurs : Marie-Laure

Évaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles									Global (1 à 5)	
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45		45-50
Marqueurs de retrait										2	
Déni					V	V-					2
Réponse minimale											
Comm abstraite											
Hist évit/chg sujet											
Déférent Conciliant											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir											
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation											
Plaintes Thérapeute											
Rejet formulation											
Plaintes activités											
Plaintes paramètres											
Plaintes progrès											
P défend soi											
Contrôle/pression											
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu											
Change tâches/buts											
Illustr tâche/raisons											
Expr pensées/sent											
Fait part exp interne											
Reconnaît resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations											
Justifie défense											

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	1	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....

Feuille de cotation 3RS

Cas : 1214

Séance : 8

Codeurs : Marie-Cécile

Évaluez la présence d'un marqueur de retrait ou de confrontation et d'une stratégie de résolution toutes les 5 minutes en utilisant l'échelle suivante :

- + Un exemple très clair, « prototypique » du marqueur
Un bon exemple du marqueur
- Un exemple faible ou peu clair du marqueur

Catégorie	Marques temporelles									Global (1 à 5)	
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45		45-50
Marqueurs de retrait										3	
Déni		✓									2
Réponse minimale						✓					3
Comm abstraite											
Hist évit/chg sujet		✓-	✓								3
Déférent Conciliant											
Rupt contenu/affect											
Autocrit/désespoir											
Autres retraits											
Marqueurs de confrontation										3	
Plaintes Thérapeute											
Rejet formulation											
Plaintes activités											
Plaintes paramètres	✓										3
Plaintes progrès											
P défend soi											
Contrôle/pression											
Autres confront											
Stratégies de résolution											
Clarif malentendu											
Change tâches/buts	✓										3
Illustr tâche/raisons											
Expr pensées/sent											
Fait part exp interne											
Reconnaît resp											
Lien pat-ther											
Lien autres relations											
Justifie défense											

Quelle niveau de résolution a été atteint au cours de la séance ?

N/A	1	2	3	4	5
Pas de ruptures Rupt. minimales	Non - Ruptures pas résolues	Peut-être un peu résolues	Oui, un peu résolues	Oui, relativement résolues	Presque ou complètement résolues

Est-ce que le thérapeute a joué un rôle particulièrement important dans la rupture ?

Si oui, décrivez :

.....

Si non, décrivez toutes les façons dont le thérapeute a pu contribuer aux ruptures :

.....