



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences
sociales et politiques

Résolution des ruptures de l'alliance et changement thérapeutique au cours d'une psychothérapie psychodynamique brève de la dépression pour patients hospitalisés

Mémoire de Master

Présenté par : Elisa Bignasca

Directeur : Yves de Roten

Experte : Joëlle Darwiche

Institut de psychologie, UNIL

Session d'automne

Août 2015

Remerciements

Je remercie très chaleureusement le Professeur Yves de Roten, mon directeur de Mémoire, qui me suit depuis plus qu'une année. Tout d'abord, je le remercie pour son engagement, sa bienveillance et pour toujours avoir été très disponible. Je lui suis également très reconnaissante de m'avoir donné la possibilité de participer à un programme de recherche fascinant, m'ayant permis de découvrir un univers qui m'était jusque-là inconnu. Je suis heureuse d'avoir pu être formée à un outil de cotation complexe et d'avoir pu m'investir dans un travail d'analyse dont j'ai beaucoup appris. L'entraînement à l'observation des épisodes de rupture et résolution m'a sensibilisée à l'importance de la détection des tensions dans l'alliance, ce qui aura une grande valeur pour la suite de mon parcours, en tant que future psychothérapeute.

Je remercie aussi mes camarades, Christelle Bichet, Marie-Laure Grünig, Clara Muheim et Victoria Pitton, qui ont suivi la formation à l'outil de cotation avec moi. Grâce à l'ambiance dynamique et au partage qui a émergé de ce travail en groupe, les séances ont été très enrichissantes.

Je souhaite remercier de tout cœur Madame Joëlle Darwiche, experte de ce travail, que j'ai eu l'occasion de connaître en tant que Professeur en psychologie et dans sa fonction de chercheuse pendant mon stage au Centre d'Étude de la Famille. J'ai beaucoup apprécié son amabilité et sa gentillesse, ainsi que sa disponibilité.

Je remercie également ma famille et mes proches, qui m'ont soutenue avec tendresse tout au long de la réalisation de ce travail.

Finalement, un merci tout particulier va à Marie-Laure Grünig, qui a très gentiment accepté de se mettre à disposition pour relire et corriger ce travail.

Table des matières

Résumé	6
1. Problématique	7
2. Introduction théorique	8
2.1. Les épisodes de rupture et résolution de l'alliance	8
2.2. Le programme de recherche de Safran et Muran	9
2.3. Le traitement des dépressions sévères et chroniques	20
2.4. Le vécu des thérapeutes face aux patients déprimés hospitalisés	22
2.5. Les questions de la présente étude	25
3. Méthode.....	27
3.1. Échantillon.....	27
3.2. Traitement.....	28
3.3. Mesures.....	29
3.4. Procédure.....	33
4. Résultats.....	35
4.1. Fréquence des ruptures et des résolutions de l'alliance	35
4.2. Résolutions des ruptures et changements thérapeutiques.....	38
5. Discussion.....	51
5.1. Réponse aux questions de recherche.....	51
5.2. Limites	59
6. Conclusion	62
Bibliographie.....	63
Annexes	69

Résumé

La littérature suggère que la présence d'épisodes de rupture et de réparation de l'alliance est liée à la réponse au traitement et les résolutions semblent avoir un effet thérapeutique. Ce travail explore le lien entre la résolution des ruptures de l'alliance et le changement thérapeutique. À la différence de la plupart des études précédentes, un outil de cotation pour observateurs est utilisé, le 3RS. Il permet une identification directe des ruptures et des réparations et une analyse moment après moment du processus thérapeutique. L'échantillon était composé de quatre femmes suivant une psychothérapie psychodynamique brève pour patients dépressifs hospitalisés, dont deux ayant répondu au traitement et deux pas. Un total de 16 séances ont été analysées, soit quatre par patiente. Comme prévu, les résultats ont montré que les ruptures de retrait étaient plus fréquentes que celles de confrontation et que la proportion de ruptures réparées était faible. Une relation était attendue entre la présence de résolutions et le changement thérapeutique. Les résultats ont confirmé ces attentes : des indices de résolution plus élevés ont été trouvés chez les cas répondants au traitement, par rapport aux non-répondants, et un lien positif a également été trouvé entre la proportion de ruptures résolues et l'évolution des patientes sur le plan du fonctionnement global. De plus, comme supposé, chez les cas répondants au traitement, une stratégie de résolution permettant l'exploration de la signification sous-jacente de la rupture, et plus particulièrement des schémas relationnels dysfonctionnels à l'origine de celle-ci, a été observée.

1. Problématique

Le présent travail prend corps autour d'une réflexion sur l'importance de réparer les ruptures de l'alliance au sein des séances de psychothérapie. Cette réflexion s'est développée pendant la formation à l'instrument de cotation 3RS¹ qui a été donnée par le professeur Yves de Roten et à laquelle quatre autres collègues ont participé. Le but de cette étude est, dans un premier temps, de coter les ruptures et les résolutions de l'alliance. Il s'agira ensuite de pouvoir analyser les épisodes de réparation des ruptures et d'explorer l'existence d'un lien entre la résolution des ruptures et le changement thérapeutique des patients². Lors de la formation à l'outil de codage, les effets immédiats dus à la réparation des ruptures de l'alliance ont pu être observés et c'est ce qui m'a amené à m'interroger sur d'éventuels effets à plus long terme et notamment en lien avec le succès de la thérapie. Les données utilisées pour ce travail sont issues d'une recherche plus large qui porte sur l'efficacité du traitement de la dépression chez des patients hospitalisés auquel est ajouté une psychothérapie psychodynamique brève. Un échantillon de quatre cas a été sélectionné, dont deux sont considérés comme répondant à la thérapie, alors que les deux autres sont dits non-répondant. Au moment du codage, et ceci afin d'éviter les éventuels biais, aucune information sur les patients ou sur leur évolution n'était connue de moi-même. L'objectif de ce travail est d'explorer d'éventuelles différences dans la fréquence et le type de résolutions chez les patients qui répondent et ceux qui ne répondent pas au traitement. De manière générale, je me demande s'il y a un lien entre la résolution des ruptures de l'alliance et le changement thérapeutique des patients. À un niveau plus précis, je me demande : la proportion de ruptures réparées chez les cas améliorés est-elle la même que chez les cas n'ayant pas répondu au traitement, ou existe-t-il des différences en termes d'indices de résolution ? Existe-t-il des différences dans la manière dont les thérapeutes réparent les ruptures chez des patients qui présentent une amélioration contrairement à ceux qui ne s'améliorent pas ?

Afin de répondre à ces diverses interrogations, je me suis basée sur les épisodes de résolution des ruptures observés dans les différentes séances de thérapie analysées.

¹ Rupture Resolution Rating System

² Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte, sans aucune intention discriminatoire.

2. Introduction théorique

2.1. *Les épisodes de rupture et résolution de l'alliance*

Les ruptures de l'alliance thérapeutique consistent en un affaiblissement de la relation collaborative entre le patient et le thérapeute. Elles sont plus particulièrement définies comme des « problèmes dans la qualité du lien » ou des « détériorations dans le processus communicatif » (Safran & Muran, 2006, p. 289). Au cours d'une psychothérapie, l'émergence d'une ou de plusieurs ruptures de l'alliance thérapeutique est inévitable et fait partie du processus thérapeutique même pour les thérapies qui sont le plus réussies (Safran & Muran, 2000 ; Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990).

Les ruptures sont toujours des phénomènes qui s'inscrivent dans un contexte interactionnel, résultant des contributions de la part du patient *et* du thérapeute. De ce fait, leur fréquence, leur durée et leur intensité varient en fonction de la dyade en question (Safran et al., 1990 ; Safran & Muran, 1996). En effet, elles consistent parfois en des tensions relativement mineures, n'ayant qu'un faible impact sur le progrès thérapeutique. Dans ce cas, il se peut que même le patient et le thérapeute impliqués dans la relation ne s'en rendent pas compte, ou qu'ils en soient seulement vaguement conscients. La manière dont elles sont réparées peut être également subtile et complexe, rendant leur identification pas toujours claire (Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2010 ; Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011 ; Safran & Muran, 1996). Cependant, dans d'autres cas, elles sont susceptibles d'entacher de manière importante l'alliance et peuvent ainsi contribuer significativement à l'échec du traitement ou à l'abandon de la thérapie par le patient (Eubanks-Carter et al., 2010 ; Safran & Muran, 1996, 2006). C'est pour cette raison que le fait de leur accorder de l'importance et de les résoudre correctement est une habilité thérapeutique importante (Safran & Muran, 2000). Cependant, adresser une rupture de l'alliance peut être vécue comme une expérience inconfortable pour les thérapeutes, voire même menaçante, car susceptible d'activer chez eux des soucis concernant leurs compétences professionnelles. Ceci permettrait d'expliquer qu'il y a une tendance naturelle de leur part à éviter d'adresser les ruptures, notamment chez les thérapeutes qui ont relativement peu d'expérience (Safran et al., 1990). Cependant, les thérapeutes experts ont également des difficultés à reconnaître les ruptures de l'alliance thérapeutique et à les résoudre (Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2001 ; Safran, Muran, & Proskurov, 2009).

2.2. *Le programme de recherche de Safran et Muran*

Safran, Muran et collaborateurs (Safran et al., 1990 ; Safran & Muran, 1996 ; Safran & Muran, 2000) ont débuté leur recherche sur l'alliance thérapeutique et les épisodes de rupture et de résolution à la fin des années '80. Leur programme de recherche a été développé sur la base du paradigme d'analyse de tâche, mis en place par Greenberg et Rice (Greenberg, 1986 ; Rice & Greenberg, 1984 ; Safran, Greenberg, & Rice, 1988 ; cités par Safran & Muran, 2000). L'analyse de tâche est une méthode qui se base sur le raisonnement inductif et l'observation. Le but est de créer un modèle qui puisse rendre compte de la meilleure manière d'accomplir une tâche donnée. C'est sur la base de la théorie clinique qu'un modèle rationnel préliminaire est construit, modèle qui est ensuite progressivement révisé et affiné en fonction des données obtenues à partir d'observations empiriques (Eubanks-Carter et al., 2010 ; Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham, & Stiles, 2008).

A partir des procédures de l'analyse de tâche, Safran, Muran et collaborateurs ont étudié la tâche de résolution des ruptures de l'alliance en combinant des méthodes qualitatives et quantitatives. L'objectif était de construire un modèle de compréhension des processus à travers lesquels les ruptures de l'alliance peuvent être réparées (Safran & Muran, 2000 ; Safran et al., 2009). Le modèle a été développé au travers d'une série d'études à petite échelle et d'analyses de cas présentant des épisodes de rupture et de résolution de l'alliance. Il a ensuite été testé afin de vérifier que les processus décrits permettent de faire la distinction entre les cas où les tensions sont résolues et les cas où elles ne le sont pas (Safran et al., 2001). Ces allers et retours continus entre la construction théorique et l'analyse empirique ont progressivement permis d'affiner le modèle (Safran & Muran, 2000 ; Safran et al., 2009).

2.2.1. *L'alliance comme négociation*

Le programme de recherche de Safran et Muran (2000) se base sur la conception de l'alliance proposée par Bordin (1979; cité par Safran & Muran, 2000). Il conçoit l'alliance comme un concept trans-théorique, constituée de trois dimensions interdépendantes : l'accord sur les objectifs du traitement, l'accord sur les tâches du traitement et la qualité du lien entre le patient et le thérapeute (Safran & Muran, 2000 ; Eubanks-Carter et al., 2010). Les *objectifs* sont les résultats envisagés, ils correspondent donc à la cible du traitement. Les *tâches* sont les activités qui sont poursuivies en thérapie et qui permettent d'atteindre les objectifs fixés. Le *lien* consiste dans la relation affective entre le patient et le thérapeute et dont la qualité dépend

du degré auquel le patient se sent compris et valorisé, et de manière plus générale du degré de confiance et de respect réciproque (Safran & Muran, 2000 ; Safran et al., 2009). D'après Safran et Muran (2000), une des implications les plus importantes que la conceptualisation de l'alliance proposée par Bordin (1979 ; cité par Safran & Muran, 2000) met en évidence est l'aspect dynamique et mutuel de l'alliance thérapeutique. Elle n'est donc pas un phénomène statique, mais consiste au contraire en une négociation continue entre le patient et le thérapeute sur les tâches et les buts de la thérapie. Cette négociation peut avoir lieu tant à un niveau conscient qu'à un niveau inconscient. Ainsi, la relation thérapeutique peut être vue comme un lieu où le patient apprend à négocier ses besoins et les besoins d'autrui d'une façon constructive ; sans se négliger soi-même, mais sans traiter l'autre comme un objet, ce qui renvoie à une capacité centrale pour l'intersubjectivité. Le processus de négociation est donc au cœur du changement (Safran & Muran, 2006).

À partir de cette conception de l'alliance, les ruptures peuvent consister en des (1) désaccords sur les tâches ou (2) sur les buts de la thérapie, ou encore en des (3) tensions dans le lien entre le patient et le thérapeute (Safran et al., 2011). Un exemple de désaccord au niveau des tâches du traitement serait une situation dans laquelle le thérapeute est focalisé sur le présent, alors que le patient considère plus important de revenir sur son histoire personnelle passée. Un exemple de désaccord sur les objectifs de la thérapie serait une situation dans laquelle un patient vient consulter pour être immédiatement soulagé de ses symptômes de panique, alors que selon le thérapeute, plutôt que de viser l'extinction des symptômes, la cible du traitement serait d'obtenir de l'insight. Pour ce qui est de la dimension du lien, des tensions peuvent survenir si le patient ne se sent pas compris ou respecté par le thérapeute, ou s'il se méfie de lui (Safran et al., 2011). Ces trois composantes de l'alliance ne s'excluent pas les unes des autres, mais au contraire s'influencent mutuellement tout au long du traitement (Safran & Muran, 2000 ; Safran et al., 2011). En effet, un bon lien entre le patient et le thérapeute influencera positivement leur capacité à parvenir à trouver un accord sur les tâches et les buts de la thérapie. Inversement, une bonne capacité à négocier les tâches et les buts de la thérapie aura un impact bénéfique sur le lien thérapeutique. En revanche, des tensions dans le lien entre le patient et le thérapeute peuvent entraver la négociation de certaines tâches ou buts thérapeutiques, des désaccords au niveau des activités ou des objectifs du traitement peuvent amener le patient à se sentir incompris ou pas respecté, ce qui va avoir une influence négative sur la qualité du lien thérapeutique.

2.2.2. *Ruptures de retrait et ruptures de confrontation*

Safran, Muran et collaborateurs (Safran & Muran, 1996, 2000, 2006 ; Eubanks-Carter et al., 2010) distinguent deux types fondamentaux de ruptures : les ruptures de *confrontation* et les ruptures de *retrait*. Les premières sont plus évidentes, caractérisées par une expression directe et non collaborative de la part du patient de plaintes ou préoccupations qui peuvent porter sur le lien, ou sur l'accord sur les tâches ou les buts de la thérapie. Lors d'une rupture de confrontation, le patient confronte directement le thérapeute et exprime des sentiments négatifs tels que la colère, le ressentiment ou l'insatisfaction envers le thérapeute ou des aspects de la thérapie. Il peut aussi renverser les rôles, en essayant de contrôler ou de faire pression sur le thérapeute. Dans les ruptures de retrait, le patient se retire de l'interaction avec le thérapeute, il se désengage partiellement du processus thérapeutique ou peut même différer ou apaiser ses propres émotions afin d'éviter un accrochage avec le thérapeute. Cette adaptation aux désirs perçus du thérapeute est parfois faite si subtilement que le thérapeute peut ne pas s'en rendre compte et avoir l'impression d'avoir construit une bonne alliance avec son patient (Safran & Muran, 1996, 2000). Ainsi, les ruptures de retrait sont plus difficiles à repérer. Il se peut même que le couple patient-thérapeute forme une sorte de pseudo-alliance qui contribue à la perpétuation d'un schéma interactionnel dysfonctionnel du patient (Safran & Muran, 2000).

Selon Safran et Muran (2000), ces deux types de ruptures reflèteraient deux manières différentes et diamétralement opposées de négocier le conflit entre d'un côté un besoin d'autodéfinition et de l'autre le besoin de lien. Dans les ruptures de retrait, les patients favoriseraient le besoin de lien au prix de celui d'autodéfinition, alors que dans les ruptures de confrontation, l'inverse se produirait. Bien que normalement, chez un patient, un type de rupture prédomine sur l'autre, au cours de la thérapie les deux types de ruptures sont susceptibles d'être observés (Safran & Muran, 2000). Toutefois, Safran et Muran (1996) ont trouvé que, de manière générale, les marqueurs de retrait apparaissent plus souvent que ceux de confrontation. C'est sur la base de cette observation qu'ils ont commencé leur recherche sur la résolution des ruptures en commençant par l'étude du processus de réparation des ruptures de retrait. Des résultats similaires sont observables dans la recherche d'Aspland et al. (2008), où chez deux cas évoluant favorablement au cours d'une psychothérapie cognitivo-comportementale pour patients déprimés, 87% des ruptures identifiées par les codeurs, à partir

des transcriptions des séances analysées, consistaient en des mouvements de retrait ou de désengagement.

2.2.3. L'impact des ruptures : menaces ou opportunités ?

Comme décrit précédemment, les ruptures peuvent entraver le processus thérapeutique et même contribuer à l'abandon de la thérapie de la part des patients (Safran & Muran, 1996, 2006 ; Eubanks-Carter et al., 2010). Bien que les ruptures de l'alliance puissent représenter des défis importants pour les thérapeutes et avoir des conséquences négatives sur le processus thérapeutique, elles fournissent aussi de précieuses opportunités de changement (Safran et al., 1990 ; Eubanks-Carter et al., 2010). En effet, les ruptures surviennent souvent lorsque les thérapeutes, de par leurs interventions, viennent involontairement confirmer un schéma relationnel dysfonctionnel du patient ou les représentations que le patient a des interactions soi-même (Safran, 1990a, 1990b ; cité par Safran & Muran, 1996). Elles permettent ainsi de faire émerger les patterns de pensée et de comportement nocifs des patients, en indiquant des moments critiques pour l'exploration de leurs croyances et de leurs attentes sous-jacentes, généralement à l'origine de leurs problèmes interactionnels (Safran et al., 1990 ; Safran & Muran, 1996, 2000 ; Samstag, Muran, & Safran, 2004 ; Eubanks-Carter et al., 2010).

L'exploration d'une rupture peut conduire à une investigation approfondie du cercle vicieux qui est en train de se produire dans le ici et maintenant de la thérapie et à une mise en évidence des facteurs à l'origine de la tension, ce qui permet une meilleure compréhension du processus d'interprétation des patients (Safran & Muran, 2000). De plus, la clarification des désirs ou des besoins sous-jacents qui mènent à la rupture permet de rendre compte du rapport aux autres que le patient a, et de l'aider, au travers du processus de négociation, à apprendre des manières plus efficaces d'atteindre ses objectifs interpersonnels (Eubanks-Carter et al., 2010). Si les ruptures sont traitées correctement, elles permettent donc de contribuer de façon positive au changement thérapeutique (Safran et al., 1990 ; Safran, 1993a ; cité par Safran & Muran, 1996). Ainsi, si le thérapeute évite de confirmer les schémas interactionnels dysfonctionnels du patient et sort du cercle vicieux qui est en train de se produire, il peut faire vivre à son patient une nouvelle expérience relationnelle infirmant ses schémas (Safran & Muran, 2000). À l'inverse, si le thérapeute réagit aux ruptures en miroir au comportement du patient, qu'il répond ainsi à son hostilité avec de la contre-hostilité, et à ses mouvements de retrait en s'éloignant de lui, le patient verra sa vision des autres comme hostiles ou

indisponibles confirmée. Le développement d'une bonne alliance sera entravé par ces cercles vicieux (Safran & Muran, 1996).

Grâce à une attitude ouverte, qui vise l'exploration des ruptures et leur réparation, le thérapeute peut permettre à son patient de vivre une expérience émotionnelle corrective qui aura pour effet de venir modifier ses patterns de pensée et de comportement nocifs, en contribuant positivement au changement thérapeutique (Safran et al., 1990, 2009 ; Safran & Muran, 2000 ; Eubanks-Carter et al., 2010). La résolution réussie d'une rupture de l'alliance peut donc s'avérer un moyen puissant d'infirmer le schéma dysfonctionnel du patient et d'induire le changement (Safran et al., 1990 ; Safran, 1993a ; cité par Safran & Muran, 1996). En revanche, l'échec à résoudre les ruptures de l'alliance risque de conduire à des résultats défavorables et à l'échec du traitement (Safran et al., 1990 ; Safran & Muran, 2006).

2.2.4. *Résolutions directes et indirectes*

D'après Safran et Muran (2000), les ruptures peuvent être adressées par le thérapeute soit *directement*, soit *indirectement*.

En ce qui concerne les désaccords sur les tâches ou les buts de la thérapie, une manière directe pour les adresser est d'expliquer ou de préciser le principe du traitement, ou alors d'assigner au patient des exercices pour l'aider à mieux comprendre les processus internes qui jouent un rôle dans le changement thérapeutique. Il s'agit par exemple de lui donner la tâche de reporter ses pensées automatiques durant la séance pour apprendre à s'auto-surveiller. Des tensions à ce niveau peuvent également être adressées indirectement. Dans ce cas, le thérapeute pourra par exemple proposer au patient de changer les tâches ou les buts thérapeutiques, ce qui aidera au rétablissement de l'alliance dans l'immédiat, mais qui aura également un effet plus à long terme, en encourageant le patient à avoir confiance dans le fait que ses propres besoins peuvent être pris en compte par les autres. Le thérapeute peut aussi résoudre de façon indirecte un désaccord sur les tâches ou les buts de la thérapie en reformulant leur signification dans des termes acceptables et compréhensibles pour le patient (Safran & Muran, 2000).

Comme énoncé précédemment, des tensions au niveau du lien peuvent surgir si le patient ne se sent pas compris ou respecté par le thérapeute. Le thérapeute peut alors adresser directement la rupture en clarifiant le malentendu à l'origine de celle-ci, afin de rétablir une relation de confiance et pouvoir ainsi recommencer à travailler de manière collaborative. Si le

malentendu est négocié de façon constructive, que le thérapeute répond de façon empathique et non défensive et reconnaît sa propre contribution à la rupture, la résolution d'une telle rupture fournit au patient une expérience nouvelle importante. Le thérapeute peut également adresser une tension dans le lien de manière indirecte, sans revenir explicitement sur ce qui est en train de se passer, mais par exemple en sortant du cercle vicieux qui est en train de se produire dans la relation thérapeutique, évitant ainsi de confirmer le schéma du patient. En effet, de nouvelles expériences relationnelles aident le patient à modifier ses schémas relationnels dysfonctionnels. Une dernière façon d'adresser indirectement les tensions dans le lien avec le patient consiste à valider et justifier sa position défensive, ce qui, à long terme, peut l'aider à avoir accès à des aspects de son expérience qu'il avait laissé de côté (Safran & Muran, 2000).

Finalement, toutes les ruptures, qu'il s'agisse de désaccords sur les tâches ou les buts de la thérapie, ou de tensions dans le lien entre le patient et le thérapeute, peuvent être adressées directement à travers l'exploration des thèmes relationnels centraux pour le patient et qui sont à l'origine de la rupture. Cette exploration ne permet pas uniquement de rétablir l'alliance et de pouvoir ainsi favoriser la réalisation d'autres tâches thérapeutiques, mais devient *la* tâche thérapeutique elle-même (Safran & Muran, 2000). En effet, ce type de résolution peut conduire à une investigation approfondie dans le ici et maintenant du cercle vicieux qui est en train de se produire entre le patient et le thérapeute. Cela offre l'opportunité de parvenir à une compréhension approfondie des thèmes relationnels centraux pour le patient et d'y travailler. Pendant l'exploration, il est très important que le thérapeute puisse analyser et reconnaître sa propre contribution à l'interaction (Safran & Muran, 2000).

Les ruptures de l'alliance peuvent donc être adressées à un niveau de *surface*, comme en expliquant les raisons d'une activité particulière dans le cas d'un désaccord sur les tâches du traitement, ou traitées au niveau de leur *signification sous-jacente*, en explorant les thèmes relationnels centraux du patient qui sont à l'origine de la rupture (Safran & Muran, 2000). Bien que Safran et Muran (2000) se concentrent sur les stratégies de résolution qui visent un travail plus approfondi des ruptures, ils expliquent que dans la pratique quotidienne, les ruptures sont souvent traitées à un niveau de surface. Cependant, même ce type de résolution peut avoir, sur le long terme, un impact à un niveau plus profond. Par exemple, le fait de répondre aux préoccupations d'un patient quant à une tâche thérapeutique particulière en lui fournissant une explication, permet non seulement de rétablir suffisamment l'alliance pour

que le patient s'engage dans la tâche, mais aussi de lui montrer que ses inquiétudes sont sérieusement prises en compte par le thérapeute et qu'il se mobilise pour que le patient soit au clair sur le sens de cette tâche. Ainsi, si plusieurs résolutions de ce type apparaissent au cours du traitement, elles peuvent avoir un impact plus profond et influencer positivement la façon dont les patients interprètent les interactions avec les autres.

2.2.5. *Modèles de résolution des ruptures de l'alliance*

Après avoir remarqué des différences entre les processus de résolution des ruptures de confrontation et des ruptures de retrait (Safran & Muran, 1996, 2000 ; Safran et al., 2001, 2009), Safran et Muran (2000) ont développé deux modèles explicatifs pour rendre compte de la manière de réparer les deux principaux types de ruptures. Dans ces deux modèles, les auteurs décrivent étape par étape les séquences d'interaction caractéristiques des patients et des thérapeutes qui parviennent à une bonne négociation et résolution des ruptures de l'alliance. Ils précisent également certaines attitudes particulières des patients lors des ruptures et les interventions spécifiques que les thérapeutes mettent en place et qui semblent en faciliter la résolution.

Chaque modèle commence par l'apparition de ce que les auteurs appellent un *marqueur* de rupture, c'est-à-dire des verbalisations ou des actions du patient qui indiquent la présence d'une rupture dans l'alliance. Après avoir repéré la présence d'un marqueur de rupture, le thérapeute essaie de sortir du cercle vicieux qui est en train de se produire, en se focalisant sur le ici et maintenant de la relation thérapeutique et en cherchant à faire émerger et à clarifier le désir ou le besoin sous-jacent du patient (Safran & Muran, 2000 ; Eubanks-Carter et al., 2010).

Généralement, la résolution d'une rupture de confrontation commence par l'expression de sentiments de colère et se termine par l'émergence de sentiments de vulnérabilité comme la souffrance, avec l'expression par le patient du besoin fondamental d'être réconforté et pris en charge par le thérapeute. En revanche, la résolution d'une rupture de retrait est caractérisée par l'expression progressive du patient, de son mécontentement et de la nécessité de la reconnaissance et de la validation par le thérapeute de ses besoins sous-jacents, ce qui conduit à l'affirmation de soi (Safran et al., 2001).

Cependant, l'émergence des besoins de lien et de réconfort dans les ruptures de confrontation et des sentiments de colère dans les ruptures de retrait, est entravée par des

processus internes et des opérations défensives de la part des patients. Ils auraient peur d'exprimer leur propre agressivité ou leur propre vulnérabilité, craignant des représailles de la part du thérapeute ou s'attendant à ce qu'il les rejette (Safran et al., 2001). Ces attentes interpersonnelles bloquent l'exploration des sentiments associés avec la rupture (Safran & Muran, 1996). Ainsi, le processus de résolution des ruptures de confrontation et celui des ruptures de retrait, impliquent une alternance permanente entre l'exploration des pensées et des sentiments associés avec la rupture et l'exploration de *l'évitement* de ces pensées et de ces sentiments. Il est utile pour le thérapeute d'être attentif à cette oscillation entre l'expression des sentiments associés à la rupture et l'évitement de ces sentiments. Quand le patient cherche à éviter les émotions désagréables liées à la rupture, le thérapeute doit attirer l'attention du patient sur ce phénomène et l'encourager à se questionner sur ce qui est en train de se passer. Cela peut se faire en favorisant l'établissement d'un dialogue entre la partie du self qui éprouve des émotions désagréables et celle qui essaie de les éviter, permettant ainsi d'explorer les peurs ou les attentes qui bloquent le chemin de l'exploration des sentiments associés à la rupture (Safran & Muran, 2000).

Lors d'une rupture de retrait, quand le patient commence à manifester des sentiments négatifs, le thérapeute doit en favoriser l'expression, en faisant preuve d'empathie, de curiosité authentique et en se montrant ouvert à l'expression de ces sentiments, afin d'encourager le patient à exprimer ses désirs ou ses besoins et à s'affirmer (Safran & Muran, 2000).

Les ruptures de confrontation sont particulièrement mal supportées par les thérapeutes. En effet, lors d'une telle rupture, le thérapeute se trouve être l'objet d'une agression plus ou moins intense de la part du patient et il peut s'avérer difficile de tolérer cette expression de colère et d'éviter de se défendre face à l'attaque du patient. Cette tendance à réagir de manière défensive lorsque l'on se sent attaqué est cependant normale. Il est important que le thérapeute n'ignore pas, mais au contraire soit à l'écoute de ses propres sentiments de colère, qu'il puisse leur donner une signification et les considérer dans le contexte de la rupture. Il est crucial qu'il montre au patient que sa volonté est de travailler avec lui pour comprendre ce qui est en train de se passer entre eux, évitant de répondre de manière défensive. Si le thérapeute ne prend pas en compte ces sentiments de colère ou qu'il répond de manière défensive, cela peut avoir un impact sur la relation. C'est pour cette raison que la sortie, de la part du thérapeute, du cercle vicieux d'hostilité et de contre-hostilité qui est en train de se produire au

sein de la relation prend une place centrale dans le processus de résolution de ce type de ruptures (Safran & Muran, 2000). Une stratégie pour sortir de ce cercle vicieux est l'usage de la méta-communication thérapeutique, à savoir la communication sur l'instant présent, qui permettra d'explorer les pensées et sentiments liés à la rupture et l'évitement de ceux-ci. Dans la résolution d'une rupture de confrontation, plutôt que d'aider le patient à s'exprimer et à s'affirmer, le thérapeute doit investiguer les interprétations que le patient fait de la situation et l'aider à clarifier les nuances de ses perceptions pour mieux comprendre son expérience. Quand les besoins et les désirs primaires de contact et de réconfort commencent à émerger, ce qui peut prendre un moment, le thérapeute doit valider ces sentiments vulnérables et y répondre de façon empathique (Safran & Muran, 2000).

Les deux modèles mettent en évidence le rôle crucial joué par la méta-communication, à savoir l'importance pour le thérapeute de revenir à l'expérience présente et de parler avec le patient de ce qui est en train de s'y passer. Ceci permet d'aider le patient à en prendre conscience et de promouvoir la focalisation sur cette expérience et sur les processus en jeu (Safran & Muran, 2000). Cette méta-communication permet également au thérapeute de sortir du cercle vicieux qui est en train de se jouer entre lui et son patient, et d'éviter ainsi de confirmer les schémas interactionnels dysfonctionnels du patient. Les auteurs soulignent l'importance, pour le thérapeute, de se focaliser sur le ressenti, sur l'expérience émotionnelle du patient, afin d'explorer les sentiments liés à la rupture. Le fait de communiquer ses propres sensations et perceptions permet au thérapeute de transmettre au patient son propre vécu de la situation, ce qui peut les deux les aider à prendre le recul nécessaire afin de sortir d'une interaction dysfonctionnelle et de se centrer sur le vécu émotionnel lié à la situation. De plus, lors d'une rupture de confrontation, le fait que le thérapeute exprime ses propres sentiments de colère de façon réflexive peut être utile pour montrer au patient que la colère peut être traitée et exprimée sans détruire la relation (Safran & Muran, 2000). Finalement, il est très important que le thérapeute, en tant que partie active dans l'interaction, soit en mesure de reconnaître sa propre participation et sa part de responsabilité dans l'émergence de la rupture, et qu'il l'exprime. Cette reconnaissance ouverte a pour effet d'assouplir la position défensive du patient, de diminuer son sentiment d'être agressé et de faciliter ainsi l'expression de ses perceptions (Safran & Muran, 2000).

2.2.6. La validation empirique du modèle de Safran et Muran

Bien que le corpus de la recherche soit réduit, les premières données concernant la validation empirique du modèle de Safran et Muran sont encourageantes. En 2011, Safran et al. ont conduit une méta-analyse sur trois études afin d'examiner le lien entre la présence d'épisodes de rupture et de réparation de l'alliance thérapeutique et la réponse au traitement.

Les études prises en compte étaient celles de Stiles et al. (2004), Strauss et al. (2006) et Stevens, Muran, Safran, Gorman et Winston (2007), le total des patients était de 153. Dans les trois études, les ruptures et les résolutions ont été identifiées de façon indirecte, par l'analyse des fluctuations dans les scores d'alliance reportés par les patients à la fin de chaque séance ou de séances choisies aléatoirement. Bien que dans l'étude de Stevens et al. (2007) aucun effet significatif n'ait pu être mis en évidence, la taille d'effet calculée par Safran et al. (2011) était de .24, indiquant un lien positif entre la présence d'épisodes de rupture et de réparation de l'alliance et le succès de la thérapie. Plus précisément, les patients dépressifs de l'étude de Stiles et al. (2004) ayant expérimenté des épisodes de rupture et de résolution de l'alliance thérapeutique connaissaient une amélioration plus importante au niveau de la symptomatologie générale, de la symptomatologie dépressive et des difficultés interpersonnelles que les patients n'ayant pas expérimenté de tels épisodes. Dans l'étude de Strauss et al. (2006), la présence d'épisodes de rupture et de réparation de l'alliance était positivement liée à l'évolution générale des patients. Bennett, Parry et Ryle (2006), en analysant les fluctuations dans l'alliance telle que reportée par les patients après chaque séance, ont également trouvé que chez les cas évoluant favorablement, les thérapeutes reconnaissaient et adressaient la plupart des ruptures. À l'inverse, pour les cas n'évoluant pas favorablement, les thérapeutes arrivaient moins souvent à repérer les tensions dans l'alliance et à les résoudre.

Les résultats de ces études suggèrent que la résolution des ruptures est liée à de bons résultats au niveau de la réduction des symptômes. Cela rejoint l'hypothèse que les ruptures de l'alliance sont des opportunités précieuses, car elles offrent aux patients la possibilité d'apprendre sur leurs difficultés dans la façon qu'ils ont de se rapporter aux autres. Si les ruptures sont traitées correctement, au travers d'une attitude exploratoire qui en favorise la résolution, elles peuvent être thérapeutiques et conduire à des résultats positifs du traitement. Dans les études citées ci-dessus, les épisodes de rupture et de réparation de l'alliance étaient identifiés par une méthode indirecte, sur la base de l'analyse des fluctuations du niveau

d'alliance reporté par les patients. Cependant, d'autres auteurs ont utilisé des méthodes d'observation plus directes.

Ainsi, Lansford (1986) a effectué une étude exploratoire, dont la méthode d'observation utilisée était caractérisée par l'identification des épisodes d'affaiblissement et de réparation de l'alliance à partir des enregistrements audio de séances de psychothérapie. Les résultats ont montré que le succès des résolutions des ruptures était lié au changement thérapeutique et que les meilleurs résultats thérapeutiques étaient obtenus par les patients et les thérapeutes qui se confrontaient activement aux ruptures de l'alliance. La présence de ruptures et de résolutions a également été examinée de manière directe par Muran et al. (2009), dans une étude où l'échantillon était constitué de patients souffrant de troubles de la personnalité. Après chaque séance, les patients et les thérapeutes remplissaient des questionnaires incluant une évaluation de l'alliance, de l'apparition et de l'intensité des ruptures, ainsi qu'une estimation du degré auquel elles avaient été résolues. Le but des auteurs était d'examiner la relation entre les épisodes de rupture et de réparation de l'alliance précoce, le processus thérapeutique et le succès de la thérapie. Les résultats ont montré qu'une faible intensité des ruptures, telle que reportée par les participants, était associée à de meilleurs résultats au niveau du fonctionnement interpersonnel, et que plus ces ruptures étaient résolues, plus la probabilité que les patients continuent le traitement était élevée.

Finalement, dans une autre méta-analyse, Safran et al. (2011) ont mis en évidence que l'entraînement des thérapeutes à la résolution des ruptures a un effet petit, mais significatif sur l'amélioration des patients. Ce résultat suggère à nouveau que le fait de réparer les ruptures a des conséquences positives sur l'évolution des patients.

Les recherches sur les ruptures et les réparations de l'alliance thérapeutique soulignent que les ruptures peuvent avoir des effets positifs, si elles sont résolues avec succès. Il est donc important que les thérapeutes puissent reconnaître et explorer les tensions qui surviennent dans la relation avec leurs patients, et qu'ils essayent de les résoudre plutôt que de les ignorer, afin que les ruptures deviennent des opportunités amenant à un changement positif.

2.3. Le traitement des dépressions sévères et chroniques

2.3.1. Quel est le traitement de choix pour les patients dépressifs hospitalisés ?

Parmi les patients dépressifs hospitalisés, beaucoup d'entre eux souffrent des formes les plus graves et chroniques de la dépression (Cuijpers et al., 2011). Dans le DSM-IV, la dépression est considérée comme chronique si elle dure depuis deux ans ou plus, et on retrouve : le trouble dysthymique, le trouble dépressif majeur chronique, la dépression double – à savoir un trouble dépressif majeur associé à un trouble dysthymique –, et le trouble dépressif majeur récurrent sans rémission complète entre les épisodes (Schramm et al., 2008). Souvent, les patients hospitalisés ont eu plusieurs épisodes dépressifs majeurs, avec ou sans guérison complète, et ils présentent également plus de comorbidités, ce qui réduit leur chance de bénéficier des traitements psychologiques. En effet, la psychothérapie est moins efficace dans le traitement des troubles dépressifs chroniques, et particulièrement de la dysthymie, qu'elle ne l'est pour les troubles dépressifs non-chroniques (Cuijpers et al., 2010).

L'efficacité des thérapies psychologiques et des thérapies pharmacologiques pour le traitement de la dépression chronique sont généralement comparables (Imel, Malterer, McKay, & Wampold, 2008 ; de Maat, Dekker, Schoevers, & de Jonghe, 2006) et les effets des différentes formes de psychothérapie sont équivalents (Cuijpers et al., 2010, 2011), excepté pour les patients souffrant de dysthymie, où le traitement pharmacologique s'avère plus efficace (Arnou & Constantino, 2003 ; Imel et al., 2008). Quant à la sévérité de la dépression, la littérature suggère qu'elle n'a pas un impact décisif dans la réussite de la thérapie. En effet, les traitements psychologiques fonctionnent également pour les patients fortement déprimés et cet effet pourrait même être d'autant plus important que la dépression est sévère (Imel et al., 2008 ; Driessen, Cuijpers, Hollon, & Dekker, 2010). Les thérapies pharmacologiques semblent elles aussi être plus efficaces pour les dépressions sévères que pour les patients souffrant de dépressions légères ou modérées, pour qui les bénéfices des antidépresseurs seraient minimes, voire nuls (Fournier et al., 2010). Cependant, les traitements avec des antidépresseurs fait antérieurement réduisent significativement la réussite des thérapies pharmacologiques suivantes, mais ils n'entravent pas la réponse des patients à la psychothérapie, dont l'effet reste le même (Leykin et al., 2007).

Les résultats sur l'efficacité des traitements pour la dépression mettent en évidence que la combinaison de traitements psychothérapeutiques et pharmacologiques, aussi bien en milieu hospitalier qu'en ambulatoire, est significativement plus efficace que chacun des traitements pris séparément (Arnow & Constantino, 2003 ; Cuijpers et al., 2010 ; Molenaar et al., 2007), notamment pour le traitement de la dépression chronique (de Maat, Dekker, Schoevers, & de Jonghe, 2007 ; Friedman et al., 2004 ; Huber, 2005). L'ajout d'une psychothérapie au traitement habituel et à la prise d'antidépresseurs s'avère bénéfique pour les patients dépressifs (Cuijpers et al., 2011 ; Schramm et al., 2008), ayant des avantages au niveau de la réduction des symptômes dépressifs, mais également des comorbidités (Arnow & Constantino, 2003). De plus, comme le suggèrent les études avec un follow-up, la psychothérapie aurait un effet protecteur, prévenant la réapparition des symptômes et réduisant ainsi le risque de rechute (Imel et al., 2008 ; Friedman et al., 2004 ; Huber, 2005). L'ajout d'une psychothérapie à un traitement pharmacologique favoriserait aussi un meilleur fonctionnement global et ceci jusqu'à une année après la fin de la thérapie (Schramm et al., 2008). Par conséquent, dans le cas des dépressions sévères et chroniques, les lignes directrices de la pratique suggèrent d'offrir un traitement combinant psychothérapie et pharmacothérapie (Arnow & Constantino, 2003).

2.3.2. Les thérapies brèves sont-elles efficaces dans le traitement de la dépression ?

L'efficacité de la psychothérapie dans le traitement du trouble dépressif majeur chronique et du trouble dysthymique semble être liée au nombre de séances de thérapie. Une étude a trouvé qu'un minimum de 18 séances de psychothérapie sont nécessaires pour obtenir des résultats optimaux (Cuijpers et al., 2010). Des résultats d'une méta-analyse vont dans le même sens, indiquant que, pour la plupart des patients, 16 à 20 séances ne sont pas suffisantes pour être en rémission (Leichsenring, 2001). Les personnes atteintes de dépression bénéficieraient donc davantage de thérapies de longue durée, principalement si leur état est sévère et chronique (Cuijpers et al., 2010 ; Shapiro et al. 1994 ; Arnow & Constantino, 2003).

Cependant, même les formes brèves de psychothérapies s'avèrent efficaces dans le traitement de patients dépressifs, en particulier celles issues des modèles cognitifs et comportementaux (Churchill et al, 2001). En effet, l'efficacité de la thérapie cognitive et cognitivo-comportementale dans le traitement de la dépression a largement été démontrée (Fournier et al., 2009 ; O'Neal, Jackson, & McDermott, 2014). En revanche, le nombre

d'études contrôlées randomisées qui portent sur l'efficacité de la thérapie psychodynamique brève est réduit et par conséquent, la qualité de la recherche sur ce thème n'est pas optimale (O'Neal et al., 2014 ; Driessen, Cuijpers, de Maat et al., 2010). Toutefois, la thérapie psychodynamique brève s'est avérée être significativement plus efficace que l'absence de traitement (Driessen, Cuijpers, de Maat et al., 2010). Ces résultats sont valables pour le trouble dépressif majeur et les troubles de l'humeur en général, avec des niveaux de sévérité différents. Ils soulignent que ce type de traitement amène à une réduction significative de la symptomatologie dépressive, qui se maintient jusqu'à une année après la fin du traitement et dont les effets sont encore plus forts si la thérapie se fait en format individuel (Driessen, Cuijpers, de Maat et al., 2010). De plus, une méta-analyse n'a trouvé aucune différence significative entre l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique brève et celle de la psychothérapie cognitivo-comportementale (Leichsenring, 2001). Toutefois, quand des différences en termes d'efficacité ont été trouvées entre la thérapie psychodynamique brève, la thérapie cognitivo-comportementale ou d'autres formes de psychothérapies, elles montraient un avantage pour ces dernières. Cependant, sur le long terme, à savoir trois mois ou une année après la fin de la thérapie, ces différences s'estompaient (Driessen, Cuijpers, de Maat et al., 2010 ; Leichsenring, 2001).

Bien que l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale soit reconnue comme plus grande que celle de la thérapie psychodynamique brève dans le traitement du trouble dépressif majeur chez les adultes, l'évidence au niveau de l'utilité clinique des deux formes de thérapie est comparable. Ainsi, dans les situations cliniques habituelles de la pratique courante, la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie psychodynamique brève amènent à des résultats tout à fait équivalents au niveau des mesures cliniques standardisées pour la dépression (O'Neal et al., 2014 ; Driessen, Cuijpers, de Maat et al., 2010).

2.4. Le vécu des thérapeutes face aux patients déprimés hospitalisés

Les patients souffrant de dépression chronique ou sévère seraient parmi les patients considérés les plus « difficiles » par les thérapeutes, à cause de leur attitude exigeante et de leurs comportements autodestructeurs et de dépendance (Koekkoek, von Meijel, & Hutschemaekers, 2006). En effet, avoir à traiter un patient de ce type serait parmi les facteurs les plus stressants pour les thérapeutes (Deutsch, 1984), car les patients dépressifs seraient susceptibles d'activer chez eux des réponses très diverses, pouvant aller de la compassion et la sympathie, à la colère et la haine. En effet, lors de la rencontre avec un patient dépressif, le

thérapeute peut éprouver de l'affection et peut même imaginer de sauver le patient, idée omnipuissante, ou alors au contraire se sentir frustré et irrité, voire impuissant et incompetent, contaminé par le désespoir du patient (McIntre & Schwartz, 1998). Piégés par leurs propres émotions négatives, les thérapeutes peuvent avoir des doutes quant à leurs capacités professionnelles ou à l'efficacité de la psychothérapie. De plus, ils risquent de ne pas prendre en compte leurs propres ressentis et leur vécu émotionnel qui apparaît au sein de la relation, de les ignorer, ne les considérant que comme subjectifs ou même comme contreproductifs et pas professionnels (Wolf et al., 2013a, 2013b ; cités par Roubal & Rihacek, 2014), alors que ces expériences émotionnelles sont des aspects essentiels de la relation. En les ignorant, les thérapeutes risquent de négliger des sources d'informations importantes sur l'alliance et de ne pas percevoir ou d'ignorer les tensions ou les problèmes dans la relation avec le patient, en les interprétant de façon personnelle et en y répondant avec de l'anxiété. Ceci peut avoir des retombées négatives sur l'alliance et influencer ainsi négativement la réponse au traitement (Wolf et al., 2013a, 2013b ; cités par Roubal & Rihacek, 2014 ; Aspland et al., 2008).

Même si le fait de travailler avec des patients dépressifs est particulièrement stressant pour les thérapeutes, peu de littérature porte sur leur vécu émotionnel durant les thérapies avec cette catégorie de patients. Roubal et Rihacek (2014) ont conduit une série d'interviews et de focus group afin de mieux comprendre le vécu des thérapeutes face à des patients souffrant de dépression. Ils ont développé un modèle décrivant une séquence de six phases qui rendent compte de l'évolution typique de l'expérience émotionnelle des thérapeutes au cours d'une séance avec un patient dépressif.

De manière générale, les auteurs utilisent le concept d'« oscillation expérientielle » pour décrire les mouvements typiques de va-et-vient observés chez les thérapeutes entre le rapprochement à l'expérience dépressive des patients et l'éloignement de celle-ci (Roubal & Rihacek, 2014). Au début de la rencontre, les auteurs décrivent une phase de *partage de l'expérience dépressive* (1), pendant laquelle l'expérience du thérapeute se mêle avec celle de son patient. Durant cette première phase, le thérapeute ressent lui-même les symptômes de la dépression, comme de la tristesse, de l'anxiété, du désespoir, mais aussi de l'impuissance, des sentiments d'échec et une sensation d'avoir perdu l'habileté de penser clairement et de se concentrer. Ce mouvement est si fort que le thérapeute arrive même à douter de ses capacités professionnelles. Cette situation est perçue comme dangereuse par le thérapeute, qui, par conséquent, cherche à se protéger, en se *tournant vers soi-même* (2). Il prend ainsi de la

distance par rapport aux ressentis de son patient et retrouve sa position d'expert. La troisième phase est caractérisée par une *lutte pour le changement du symptôme* (3). En effet, le thérapeute adopte un style plus directif, en donnant des conseils à son patient et en essayant de l'aider à résoudre ses problèmes. Il cherche aussi à détourner le patient de sa dépression et l'encourage à se focaliser sur les aspects positifs et agréables de la vie, en mettant en avant son potentiel de changement. Bien évidemment, ces interventions aident le thérapeute à lutter contre ses propres sentiments de désespoir et d'impuissance. Cependant, cette approche directive et optimiste échoue, le patient demeurant dans la tristesse et la résignation. Ainsi, le thérapeute se sent frustré et peut éprouver de la colère contre son patient, il *s'éloigne de l'expérience dépressive* (4) de ce dernier, jusqu'à ce que cette expérience lui paraisse incompréhensible. Par conséquent, le thérapeute n'arrive plus à éprouver de l'empathie et abandonne provisoirement sa position d'aide. Dans la phase suivante, le thérapeute fait l'expérience intense de la tension entre la tendance naturelle à se protéger, en cherchant à éviter d'entrer en contact avec son patient, et, d'autre part, sa responsabilité professionnelle. Finalement, le thérapeute accepte la réalité des faits, c'est-à-dire que l'état actuel de son patient ne lui permet pas de changer comme lui le souhaiterait, et *se tourne vers le patient* (5). D'une approche directive, orientée vers le changement, le thérapeute change et essaie simplement d'être présent dans la rencontre avec son patient. Dans la dernière phase, le thérapeute est de nouveau proche de l'expérience dépressive du patient, mais cette fois-ci, il commence à *se focaliser sur la relation* (6). Au lieu de prendre toute la responsabilité du processus thérapeutique pour soi, comme dans la troisième phase, ou de la donner entièrement au patient, comme dans la quatrième, le thérapeute se tourne vers la relation et considère ainsi que le processus thérapeutique relève tant de soi que du patient (Roubal & Rihacek, 2014).

Les auteurs expliquent que ces différentes phases peuvent se produire sur plusieurs séances ou se répéter pendant une seule séance, et que l'intensité des réactions émotionnelles peut varier beaucoup, surtout dans la première et la quatrième phase.

Le modèle de Roubal et Rihacek (2014) met en évidence la difficulté que les thérapeutes ont à rester connectés à leur vécu émotionnel et au vécu de leur patient, tout en restant hors de la spirale de partage émotionnel qui se joue dans la rencontre avec des patients dépressifs, afin de pouvoir garder leur position d'aide. Le modèle souligne également l'importance pour les thérapeutes de prendre conscience de ce qui est en train de se passer, pour pouvoir transformer le processus spontané et inconscient de contagion émotionnelle en quelque chose

de plus cognitif et conscient, un outil précieux et bénéfique pour le patient, à savoir l'empathie.

2.5. *Les questions de la présente étude*

La présente recherche est une étude exploratoire qui vise à examiner de façon directe les épisodes de rupture et de résolution de l'alliance au cours d'un traitement psychodynamique bref pour patients déprimés hospitalisés. Plus particulièrement, le propos de ce travail est de décrire les ruptures et surtout les résolutions observées au cours de cette psychothérapie, pour ensuite explorer dans quelle mesure il existe des différences dans la proportion de ruptures résolues pour les cas qui ont répondu au traitement et le cas qui n'y ont pas répondu, et tenter de mettre en évidence un éventuel lien entre la résolution des ruptures et le changement thérapeutique des patients. Le travail se déploie autour de deux questions principales :

1. Quelle est la fréquence des ruptures et des résolutions de l'alliance ?

Il ressort de la littérature que les marqueurs de retrait sont plus fréquents que ceux de confrontation, et aux vues de la symptomatologie dépressive sévère des patients de la présente étude, je m'attends à observer plus de retraits que de confrontations. De plus, Safran et al. (1990, 2001, 2009) ont observé que les thérapeutes ont des difficultés à reconnaître les tensions dans l'alliance et à les adresser. Ces difficultés seraient encore renforcées face à des patients dépressifs, où, comme Roubal et Rihacek (2014) l'ont mis en lumière, les thérapeutes éprouvent des réactions émotionnelles fortes et variées face à l'expérience dépressive de leurs patients. Je m'attends donc à peu de résolutions par rapport aux ruptures.

2. Quel est le lien entre la résolution des ruptures de l'alliance et le changement thérapeutique ?

Comme les résultats de plusieurs études suggèrent que le fait d'explorer et de réparer les tensions de l'alliance est positivement lié au changement thérapeutique, je m'attends à observer davantage de résolutions chez les cas évoluant favorablement par rapport aux cas n'ayant pas répondu au traitement. Comme le souligne la littérature, l'exploration des ruptures et des facteurs sous-jacents à celles-ci permet une compréhension approfondie de la manière dont le patient interprète certaines choses et de ses difficultés dans les interactions avec les autres. Je m'attends à ce que les

thérapeutes des cas évoluant favorablement utilisent davantage de stratégies de résolution permettant un travail sur les schémas interactionnels dysfonctionnels à l'origine des ruptures et sur la signification sous-jacente de celles-ci.

3. Méthode

3.1. Échantillon

Les patientes prises en compte dans cette étude étaient quatre femmes souffrant de dépression unipolaire, hospitalisées, qui faisaient partie de l'échantillon de 143 patients d'une étude contrôlée randomisée sur l'efficacité de l'ajout d'une psychothérapie psychodynamique brève au traitement habituel de la dépression pour patients hospitalisés (Ambresin, Despland, Preisig, & de Roten, 2012). Les quatre cas ont été sélectionnés en fonction du sexe et de la réponse au traitement, de façon à ce que l'échantillon soit uniquement composé de femmes, dont deux cas évoluent favorablement et deux cas ne répondent pas à la thérapie. Afin de garantir l'anonymat pendant les analyses, un code a été assigné aux quatre femmes. Ensuite, un prénom d'emprunt leur a été donné. Le Tableau 1 résume les caractéristiques principales de l'échantillon.

Tableau 1. *Caractéristiques principales de l'échantillon*

	Répondeurs		Non Répondeurs	
Prénom d'emprunt	Amanda	Adeline	Magda	Morgane
Code	1187	1214	1127	1171
Âge	51	53	50	47
Statut conjugal	Divorcée	Mariée	Divorcée	Mariée
Vit seul	Oui	Non	Oui	Non
Activité lucrative	Travaille	Aucune	Aucune	Au foyer
Dépression	Chronique	Chronique	Chronique	Récurrente
Début précoce	Oui	Non	Non	Oui
Épisodes précédents	3	1	3	3
Tentamen	0	0	0	8
PTSD	Non	Probable	Non	Oui
Thérapeute	Femme	Homme	Femme	Homme
Expérience du thérapeute	Senior	Expert	Senior	Expert

Note : PTSD = Syndrome de stress post-traumatique

Les thérapeutes étaient quatre psychiatres formés à la psychothérapie psychodynamique, deux femmes et deux hommes, qui ont été entraînés à la psychothérapie psychodynamique brève pour patients hospitalisés (Ambresin et al., 2012). Deux d'entre eux étaient déjà des

superviseurs, classés dans la catégorie des « Experts », alors que les deux autres faisaient partie de la catégorie des « Seniors », ayant moins que cinq ans d'expérience.

3.2. Traitement

Les patientes ont reçu un traitement combiné, à savoir le traitement psychiatrique intégré de l'hôpital associé à une psychothérapie psychodynamique brève individuelle. La psychothérapie psychodynamique brève est un type de traitement limité dans le temps, issu des concepts et méthodes psychanalytiques et développé au début des années '90 comme traitement de type ambulatoire pour les patients souffrant de dépression (de Jonghe, Rijnierse, & Janssen, 1994 ; cités par O'Neal et al., 2014). L'inconscient est un principe central de toutes les formes de thérapie psychodynamique, y compris de la thérapie psychodynamique brève. En effet, le traitement des troubles des patients se fait par un travail sur les conflits intrapsychiques inconscients, donc par la focalisation sur les pensées, les sentiments et les désirs inconscients (Driessen, Cuijpers, de Maat et al., 2010 ; O'Neal et al., 2014). Cette forme de psychothérapie se focalise principalement sur les relations interpersonnelles passées et actuelles, y compris la relation entre le patient et le thérapeute, considérée comme amenant un changement positif (Lewis, Dennerstein, & Gibbs, 2008 ; RANZCP, 2003 ; cités par O'Neal et al., 2014).

Dans cette étude, la durée de la thérapie était de 12 séances de 45 minutes chacune, réparties sur une période de quatre semaines. Le traitement se base sur le manuel développé par Ambresin, de Coulon et Despland (2008), qui ont conçu un type de traitement psychodynamique bref de la dépression pour patients hospitalisés. Ce modèle de psychothérapie aborde la crise de l'équilibre intrapsychique et interpersonnel qui a amené le patient à la nécessité d'être hospitalisé, en se focalisant sur les raisons conscientes et inconscientes. Le travail du thérapeute est modulé par la structure de personnalité du patient. L'accent est également mis sur les dynamiques au cœur de l'épisode dépressif et sur la relation dynamique établie entre le patient et le thérapeute au cours des trois premières séances. Ensuite, le traitement se focalise sur les facteurs psychologiques qui ont conduit à l'émergence de la dépression, afin de travailler sur les vulnérabilités du patient. Les dernières séances sont consacrées à l'exploration des sentiments et des fantasmes du patient en lien à la fin de la thérapie, ainsi qu'à l'évaluation de la nécessité d'une éventuelle suite du traitement (Ambresin et al., 2012).

3.3. Mesures

3.3.1. Ruptures et résolutions

Les entretiens ont été analysés avec le Système d'Évaluation de Rupture et Résolution, un manuel de codage des ruptures et des résolutions de l'alliance pour observateurs, développé par l'équipe de recherche de Safran et Muran (Rupture Resolution Rating System, 3RS, Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2009 ; traduction de Chambeyron, Ortega, & de Roten, 2013). Le 3RS se base sur le manuel de Harper (1989a, 1989b ; cité par Eubanks-Carter et al., 2010) pour coder les ruptures de confrontation et de retrait, ainsi que sur la Rupture Resolution Scale (Samstag et al., 2004). Il ne nécessite pas du support de transcriptions et il peut même être utilisé par des évaluateurs avec peu d'expérience, initiés à l'usage du manuel (Eubanks-Carter et al., 2010).

Le codage se fait par tranche de cinq minutes, afin d'indiquer le moment de la séance où un marqueur de rupture ou de résolution apparaît. Le manuel permet de détecter les ruptures en les différenciant en « retrait » et « confrontation », et de repérer les tentatives de résolution réalisées par le thérapeute. Ainsi, une fois une rupture repérée, le codeur doit décider s'il s'agit d'un retrait ou d'une confrontation, ou encore d'un mélange des deux lorsque le patient a à la fois des mouvements de retrait et d'opposition envers le thérapeute (Chambeyron et al., 2013). Ensuite, le codeur doit spécifier de quel type de retrait ou de confrontation il s'agit, en choisissant parmi les différentes sous-catégories proposées, et mettre un « ✓ » dans la case correspondante. Plus précisément, si un retrait est détecté, le codeur doit décider s'il s'agit de : *déni ; réponse minimale ; communication abstraite ; histoire évitante et/ou changement de sujet ; attitude déférente et conciliante ; rupture contenu/affect ; autocritique et/ou désespoir*. Les sous-catégories pour les confrontations sont : *plaintes/préoccupations concernant le thérapeute ; rejet de la formulation ou de l'interprétation du thérapeute d'une manière non-collaborative ; plaintes/préoccupations à propos des activités et/ou objectifs 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*. Une sous-catégorie « autres » rassemble les ruptures qui ne correspondent à aucune des définitions proposées. De plus, le codeur a la possibilité d'indiquer la clarté du marqueur de rupture, en laissant un « ✓ » simple ou en lui ajoutant un « + » s'il estime que c'est un exemple très clair

ou un « - » si le marqueur est peu clair. À la fin, le codeur doit juger de la gravité des ruptures survenues pendant la séance, c'est-à-dire de leur signification pour l'alliance indépendamment de leur fréquence ou de leur durée, et de la capacité du couple patient-thérapeute à continuer de travailler ensemble pendant celles-ci. Cette cotation globale se fait séparément pour les retraits et les confrontations, sur une échelle allant de 1 (*pas de problèmes dans l'alliance*) à 5 (*sérieux problèmes d'alliance*).

Pendant l'analyse de la séance, le codeur doit également repérer les éventuelles tentatives du thérapeute de résoudre les ruptures et décider à quelles catégories spécifiques elles appartiennent, parmi les neuf proposées : *le thérapeute clarifie un malentendu ; il change les tâches ou les buts ; il illustre les tâches ou explique les raisons du traitement ; il invite le patient à exprimer ses pensées ou ses sentiments concernant le thérapeute ou un aspect de la thérapie ; il fait part de son expérience interne de la relation ; il reconnaît explicitement sa contribution au problème relationnel ; il fait un lien entre la rupture et un pattern interpersonnel plus large entre le patient et lui ; il fait un lien entre la rupture et un pattern interpersonnel plus large dans les autres relations du patient ; il justifie la position défensive du patient*. Comme pour les ruptures, la clarté du marqueur observé peut être précisée en ajoutant au « ✓ », un « + » ou un « - ». Ensuite, le codeur doit évaluer la fréquence pour chaque catégorie de marqueur de résolution sur une échelle de 1 (*le marqueur n'apparaît pas*) à 5 (*plusieurs exemples d'apparition du marqueur*). Finalement, le codeur doit estimer le degré global de résolution, en prenant en compte l'ensemble des ruptures survenues pendant la séance et en gardant à l'esprit que ce qui est évalué est le niveau de réparation des ruptures survenues, et non pas la fréquence d'apparition des marqueurs de résolution. L'évaluation se fait sur une échelle allant de 1 (*ruptures pas résolues*) à 5 (*ruptures significativement résolues*), avec la possibilité de choisir « N/A » s'il n'y a pas eu de ruptures ou si elles n'ont été que minimales.

Les résultats préliminaires du 3RS montrent que les observateurs identifient plus de ruptures dans l'alliance thérapeutique que celles reportées par les patients eux-mêmes (Mitchell et al., 2010 ; cités par Safran et al., 2011).

3.3.2. Mesures de résultats

En plus des données sociodémographiques et descriptives sur l'histoire de la maladie, des mesures de la symptomatologie dépressive ont été réalisées, ainsi que des évaluations du

fonctionnement global des patientes. Les mesures ont été effectuées avant le début de la thérapie, un mois et quatre mois après la fin de celle-ci, afin de voir l'effet du traitement à court et à moyen terme. Pour tous les outils décrits ci-dessous, la version française a été utilisée.

Symptomatologie dépressive

La symptomatologie dépressive des patientes a été évaluée à l'aide de la Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery & Åsberg, 1979) et du Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (QIDS-SR₁₆, Rush et al., 2003).

La Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery & Åsberg, 1979) est une échelle conçue pour mesurer la sévérité des symptômes dépressifs. L'évaluation est faite par le clinicien au moyen d'un interview clinique consistant en questions générales sur les symptômes et en questions plus détaillées permettant de déterminer leur gravité. La MADRS est composée de 10 items qui doivent être codés sur une échelle de type Likert, allant de 0 à 6, avec quatre degrés opérationnalisés (0-2-4-6) et trois degrés intermédiaires (1-3-5) (Montgomery & Åsberg, 1979). Le score total de sévérité peut donc varier de 0 à 60, les scores égaux ou en-dessous de 7 ou 8 indiquent la rémission (Mittman, Mitter, Borden, Herrmann, Naranjo, & Shear, 1997 ; cités par Müller, Szegedi, Wetzel, & Benkert, 2000 ; Riedel et al., 2010). Jusqu'à un score de 17, la dépression est jugée comme légère, alors qu'à partir d'un score de 18 elle est considérée comme modérée (Mittman et al., 1997 ; cités par Müller et al., 2000). Un cut-off de 35 indique une dépression sévère (Müller et al., 2000). La fiabilité inter-juge est satisfaisante à différents stades du traitement et entre différents codeurs (Montgomery & Åsberg, 1979) et la consistance interne de la MADRS est bonne (Bondolfi et al., 2010). Quant à la validité, l'instrument est aussi sensible au changement que la Hamilton Rating Scale (HRS ; Hamilton, 1967 ; cité par Montgomery & Åsberg, 1979).

Dans la présente étude, la réponse au traitement est définie en fonction de la réponse sur la MADRS, elle correspond à une réduction des symptômes dépressifs d'au moins 46% (Riedel et al., 2010).

Le Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (QIDS-SR₁₆, Rush et al., 2003) est une échelle à 16 items, dérivée de l'Inventory of Depressive Symptomatology (IDS ; Rush, Gullion, Basco, Jarrett, & Trivedi, 1996 ; cités par Rush et al., 2003). L'instrument permet une auto-évaluation des patients de la sévérité globale de leurs

symptômes dans les neuf domaines symptomatiques définissant un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV : humeur triste, concentration, autocritique et sentiment de culpabilité, idéation suicidaire, intérêt général, niveau d'énergie, perturbations du sommeil, appétit/poids, activité psychomotrice (Rush et al., 2003, 2006). Le domaine du sommeil est évalué à travers quatre items (insomnie initiale, en pleine nuit et tardive et hypersomnie), celui de l'appétit/du poids également (diminution et augmentation de l'appétit, augmentation et diminution du poids), alors que deux items sont utilisés pour mesurer l'activité psychomotrice (agitation et ralentissement) (Rush et al., 2003, 2006). Chacun de ces trois domaines est évalué en tenant compte de l'item ayant obtenu le score le plus élevé. Pour les six domaines restants, un seul item est utilisé. Chaque domaine est évalué sur une échelle de 0 à 3, selon le niveau de pathologie, le score total au test peut varier de 0 à 27. Un score de 5 sur le QIDS-SR₁₆ indique la rémission ; la dépression est jugée comme légère si le score total se trouve entre 6 et 10, comme modérée s'il est compris entre 11 et 15, comme sévère s'il se trouve entre 16 et 20 et comme très sévère à partir d'un score de 21 (Rush et al., 2006). Le QIDS-SR₁₆ est une échelle unifactorielle, avec des propriétés psychométriques hautement acceptées. Sa validité concurrente a été établie en relation avec l'IDS et sa consistance interne est très élevée. De plus, cette mesure est très sensible au changement (Rush et al., 2003, 2006).

Fonctionnement global

Le niveau de fonctionnement global des patientes a été évalué à l'aide de l'Échelle Globale de Fonctionnement du DSM-IV (GAF ou EGF ; American Psychiatric Association, 1994), qui permet d'évaluer le fonctionnement d'une personne sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie, dans les dimensions psychologiques, sociales et occupationnelles (Startup, Jackson, & Bendix, 2002). L'EGF est une échelle continue allant de 1 (le niveau le plus bas) à 100 (le niveau le plus élevé), divisée en dix intervalles de dix points chacun. Chaque tranche est caractérisée par la description de la sévérité symptomatique et des niveaux de fonctionnement différents (Startup et al., 2002 ; American Psychiatric Association, 2003). Le clinicien doit parcourir l'échelle en commençant par le niveau le plus élevé et choisir le décile qui résume au mieux les problèmes actuels du sujet, au niveau de la gravité des symptômes ainsi que sur le plan du fonctionnement. Finalement, le clinicien doit établir si le sujet fonctionne au plafond ou au plancher de l'intervalle, afin de pouvoir lui donner un score précis (American Psychiatric Association, 2003). L'EGF peut être utilisée de façon fiable par des codeurs multidisciplinaires après un entraînement minimal (Startup et al., 2002).

3.4. Procédure

Le matériel était constitué d'enregistrements audio et de transcriptions de 16 séances de thérapie psychodynamique brève, soit quatre entretiens par patiente, choisis de façon à pouvoir rendre compte de l'évolution des épisodes de rupture et de résolution de l'alliance thérapeutique au cours du traitement, et plus particulièrement entre la première et la deuxième partie de la thérapie. Comme les numéros de séances pour les quatre patientes n'étaient pas les mêmes, afin de disposer de deux entretiens pour chaque partie de la thérapie, des réaménagements se sont avérés nécessaires. J'ai ainsi décidé de considérer la séance 6 comme faisant partie de la première moitié du traitement pour le cas de Magda, et de la deuxième partie pour les cas d'Adeline et Morgane (Tableau 2).

Bien que cette mesure ne résolve pas totalement le problème, étant donné que pour le cas d'Amanda une seule séance rend compte de la deuxième partie de la thérapie, elle permet de répartir les séances de façon à peu près équilibrée entre la première et la deuxième partie de la thérapie pour au moins trois cas sur quatre, ce qui suffit à justifier cette décision.

Tableau 2. *Séances analysées pour chaque patiente*

	N° de séance	
	<i>1^{ère} partie de la thérapie</i>	<i>2^{ème} partie de la thérapie</i>
Amanda	1 ; 3 ; 4	11
Adeline	2 ; 4	6 ; 8
Magda	3 ; 6	8 ; 11
Morgane	2 ; 4	6 ; 9

Afin d'apprendre à utiliser correctement le 3RS, j'ai reçu une formation hebdomadaire en groupe sur une période de quatre mois, pendant laquelle nous avons été amenés à coder plusieurs séances de psychothérapie, à l'aide de transcriptions et d'enregistrements audio et parfois même vidéo. Une fois la période d'entraînement terminée, j'ai reçu le matériel spécifique pour ma recherche. La première phase du travail a été une analyse individuelle des 16 séances, avec la cotation des ruptures et des résolutions avec le 3RS. Cette cotation a ensuite fait l'objet d'une mise en commun avec celle d'une collègue ayant le même matériel que moi. Nous avons discuté ensemble et revu nos codages, afin de parvenir à un accord inter-juges et assurer ainsi une certaine fiabilité de l'analyse. Au moment du codage, aucune information sur les patientes ou sur leur évolution symptomatique n'était connue. Ensuite, les ruptures et les résolutions ont été transcrites dans un fichier Excel. Finalement, j'ai reçu les

données concernant les scores des quatre patientes aux différentes mesures décrites ci-dessus, et je les ai analysés de façon individuelle.

4. Résultats

4.1. Fréquence des ruptures et des résolutions de l'alliance

Tableau 3. Fréquences des ruptures et des résolutions de l'alliance repérées au cours des quatre séances analysées pour chaque patiente

	Répondeurs		Non Répondeurs		Total
	Amanda	Adeline	Magda	Morgane	
Ruptures (total)	21	20	24	12	
Intensité moyenne des ruptures ³	2.6	2.9	3.3	2.2	
Retraits (total)	14	13	21	8	56
Intensité moyenne des retraits	2.5	2.5	3.5	2.3	
<i>Histoire évitante / Changement de sujet</i>	7	4	12	4	27
<i>Autocritique / Désespoir</i>	–	3	4	3	10
<i>Communication abstraite</i>	6	–	2	1	9
<i>Réponse minimale</i>	1	5	2	–	8
<i>Déni</i>	–	1	1	–	2
Confrontations (total)	7	7	3	4	21
Intensité moyenne des confrontations	2.7	3.3	3	3	
<i>Plaintes thérapeute</i>	–	–	–	2	2
<i>Plaintes progrès</i>	3	–	–	1	4
<i>Rejet formulation</i>	–	2	–	1	3
<i>Plaintes activités</i>	3	2	2	–	7
<i>Contrôle / Pression</i>	1	1	1	–	3
<i>Patient défend soi</i>	–	1	–	–	1
<i>Plaintes paramètres</i>	–	1	–	–	1
Résolutions (total)	5	9	3	1	18
Degré moyen de résolution ⁴	2.5	3	1.5	1.5	
<i>Clarifie malentendu</i>	–	–	–	1	1
<i>Change tâches/buts</i>	1	1	1	–	3
<i>Illustre tâches/raisons</i>	2	4	1	–	7
<i>Expr. pensées/sentiments</i>	1	1	1	–	3
<i>Lien autres relations</i>	1	1	–	–	2
<i>Justifie défense</i>	–	2	–	–	2

³ À savoir : 1 = pas de signification pour l'alliance, 2 = signification possible mais pas claire, 3 = signification modérée, 4 = signification élevée, 5 = signification très élevée (Chambeyron et al., 2013)

⁴ À savoir : 1 = les ruptures n'ont pas été résolues, 2 = les ruptures ont possiblement été partiellement résolues, 3 = les ruptures ont été en partie résolues, 4 = les ruptures ont été moyennement résolues, 5 = les ruptures ont été significativement résolues (Chambeyron et al., 2013)

Le Tableau 3 illustre la fréquence des ruptures et des résolutions observées au cours des séances analysées pour chaque patiente. Le nombre total de ruptures se situe entre 20 et 24 pour la plupart des patientes, sauf pour Morgane, chez qui très peu de ruptures ont été observées, par rapport aux autres cas. En revanche, l'intensité moyenne des ruptures est plus forte pour Magda et Adeline que pour Amanda et Morgane.

Le Tableau 3 révèle également une prédominance des retraits sur les confrontations. En effet, le total des retraits est plus que le double par rapport au nombre de confrontations. Les retraits consistent pour la majorité en histoires évitantes et/ou changements de sujet. La proportion de cette catégorie de retraits étant particulièrement importante chez Amanda et surtout Magda, j'ai investigué de façon plus approfondie ces épisodes et j'ai pu constater qu'ils surviennent suite à une attitude exploratoire de la part des thérapeutes. Plus particulièrement, quand la thérapeute d'Amanda aborde des thèmes difficiles pour sa patiente ou cherche à creuser des aspects douloureux de la vie de celle-ci, Amanda répond généralement avec de la communication abstraite ou en racontant des histoires évitantes, parfois même pertinentes, mais qui excluent en quelque sorte la thérapeute de la relation. Magda, pour sa part, montre beaucoup de difficulté à s'engager dans la thérapie et notamment à entrer en relation avec sa thérapeute. Elle se retire souvent de la relation thérapeutique en changeant de sujet ou en racontant des histoires évitantes, notamment quand la thérapeute essaie d'explorer ses émotions ou sentiments relatifs à quelque chose dont elle est en train de parler. En général, des processus d'autocritique et/ou désespoir sont aussi présents chez la plupart des patientes, de la même façon que la communication abstraite et des réponses minimales. Quant aux confrontations, elles consistent principalement en des plaintes à propos des activités de la thérapie, qui sont souvent liées au fait de devoir parler spontanément de soi et de son propre vécu émotionnel.

Chez la plupart des patientes, bien que les ruptures de retrait soient prédominantes, les confrontations représentent quand même un tiers des ruptures. En revanche, chez Magda, la proportion de confrontations est particulièrement faible (Tableau 3). En effet, chez Amanda, Adeline et Morgane, on observe plus de dynamisme, elles se retirent et se confrontent, même si chez Morgane on observe moins de ruptures en général ; alors que chez Magda, la prédominance des retraits est très forte, et, par conséquent, la dynamique est très pauvre, rendant le travail thérapeutique plus difficile.

Les ruptures de confrontation, bien que moins fréquentes, ont un impact sur l'alliance plus fort que celles de retrait, sauf pour Magda, pour qui c'est l'inverse (Tableau 3). Chez elle, non seulement on observe la proportion la plus élevée de retraits, mais ces ruptures ont également une signification modérée à élevée pour l'alliance. D'ailleurs, l'intensité des ruptures de retrait est d'autant plus élevée que ces ruptures sont nombreuses, alors que l'intensité des ruptures de confrontation ne semble pas être liée à leur fréquence.

Globalement, par rapport aux ruptures repérées, on observe peu de résolutions (Tableau 3), et le degré de réparation atteint au cours des séances analysées est plutôt faible. Le niveau global de résolution est toutefois meilleur pour Amanda et Adeline, chez qui on observe également plus de ruptures réparées et une gamme de stratégies de résolution plus variée, par rapport à Magda et Morgane.

Alors que la plupart de ruptures consistent dans des mouvements de retrait, le Tableau 4 montre que les ruptures les plus adressées sont les confrontations, qui sont réparées dans 61.9% des cas. Les thérapeutes y répondent le plus souvent en illustrant les tâches ou en expliquant les raisons du traitement, ou en changeant les tâches ou les buts de la thérapie. Bien que les ruptures de retrait soient moins souvent adressées, 8.9% d'entre elles font également l'objet d'une réparation. Les thérapeutes les adressent le plus souvent en invitant la patiente à exprimer ses pensées et ses sentiments.

Tableau 4. *Taux de la répartition des réparation et des stratégies de résolution en fonction du type de rupture*

	Retraits	Confrontations
Taux de réparation	8.9% (5/56)	61.9% (13/21)
Stratégies de résolution		
<i>Clarifie malentendu</i>	–	1
<i>Change tâches/buts</i>	–	3
<i>Illustre tâches/raisons</i>	1	6
<i>Expr. pensées/sentiments</i>	2	1
<i>Lien autres relations</i>	1	1
<i>Justifie défense</i>	1	1

4.2. Résolutions des ruptures et changements thérapeutiques

Tableau 5. Évolution symptomatique des patientes et indices de résolution

	Répondeurs		Non Répondeurs	
	Amanda	Adeline	Magda	Morgane
Dépression				
MADRS (hétéro-évaluation)				
<i>début</i>	28	25	31	36
<i>1 mois</i>	22	7	28	39
<i>4 mois</i>	7	12	23	35
QIDS-SR ₁₆ (auto-évaluation)				
<i>début</i>	16	16	22	20
<i>1 mois</i>	8	4	14	20
<i>4 mois</i>	4	7	11	18
Fonctionnement global				
GAF				
<i>début</i>	40	50	21	55
<i>1 mois</i>	51	80	50	41
<i>4 mois</i>	65	71	55	35
Résolutions (total)				
Indice global de résolution	5	9	3	1
Degré moyen de résolution	23.8% (5/21)	45% (9/20)	12.5% (3/24)	8.3% (1/12)
	2.5	3	1.5	1.5

Note : MADRS = Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale ; QIDS-SR₁₆ = Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report; GAF = Global Assessment of Functioning

Tableau 6. *Fréquence des ruptures et des résolutions pendant la première et la deuxième partie de la thérapie pour chaque patiente*

	Répondeurs		Non Répondeurs	
	Amanda	Adeline	Magda	Morgane
1^{ère} partie de la thérapie				
Ruptures	18	13	13	5
Intensité moyenne des ruptures	2.6	3	3.6	2
<i>Confrontations</i>	6	6	2	1
<i>Retraits</i>	12	7	11	4
Résolutions	5	8	1	–
Indice global de résolution	27.8% (5/18)	61.5% (8/13)	7.7% (1/13)	0% (0/5)
Degré moyen de résolution	3	4.5	1.5	1
2^{ème} partie de la thérapie				
Ruptures	3	7	11	7
Intensité moyenne des ruptures	2.5	2.6	3	2.6
<i>Confrontations</i>	1	1	1	3
<i>Retraits</i>	2	6	10	4
Résolutions	–	1	2	1
Indice global de résolution	0% (0/3)	14.3% (1/7)	18.2% (2/11)	14.3% (1/7)
Degré moyen de résolution	1	1.5	1.5	2

4.2.1. *Résolution des ruptures et réponse au traitement*

Comme décrit précédemment, la réponse au traitement est définie en fonction du score obtenu à l'échelle MADRS. Les patientes qui répondent au traitement sont celles qui connaissent une réduction des symptômes dépressifs d'au moins 46% (Riedel et al., 2010). Les scores reportés dans le Tableau 5 indiquent qu'Adeline et Amanda ont répondu à la thérapie, l'une déjà un mois après la fin du traitement, l'autre quatre mois plus tard, alors que les situations de Magda et Morgane n'ont pas changé.

Avant le traitement, Amanda, Adeline et Magda présentaient une dépression modérée, alors que Morgane souffrait d'une dépression sévère⁵. La symptomatologie dépressive d'Amanda reste modérée pendant toute la durée de la thérapie, mais quatre mois après la fin

⁵ Pour rappel : sur la MADRS, des scores égaux ou en-dessous de 7 ou 8 indiquent la rémission, alors que jusqu'à un score de 17 la dépression est jugée comme légère et modérée à partir d'un score de 18 ; un cut-off de 35 indique une dépression sévère (Mittman et al., 1997 ; cités par Müller et al., 2000 ; Riedel et al., 2010 ; Müller et al., 2000).

de celle-ci, elle est considérée comme étant en rémission. Adeline connaît une amélioration plus rapide, se trouvant en rémission déjà un mois après la fin du traitement, avec un retour partiel des symptômes quelques mois plus tard, mais cette réapparition des symptômes demeure toutefois légère. En revanche, l'état de Magda et Morgane reste stable pendant toute la durée de la thérapie et après la fin du traitement.

Bien que la réponse au traitement soit définie en fonction des scores sur la MADRS, il me semble intéressant de prendre en considération les auto-évaluations réalisées par les patientes à l'aide du QIDS-SR₁₆, notamment en lien à l'écart observable entre les évaluations de la MADRS et la perception subjective des patientes. En général, les patientes, à l'exception de Morgane, évaluent leur symptomatologie dépressive initiale comme plus grave. Ainsi, au début du traitement, Adeline et Amanda percevaient leurs symptômes comme sévères, et Magda comme très sévères, alors que selon les scores de la MADRS ils n'étaient que modérés⁶. Toutefois, les scores des deux échelles convergent lors de l'évaluation finale, à l'exception du cas d'Amanda, qui estime ne souffrir que de symptômes légers, alors que les scores de la MADRS indiquent qu'ils sont toujours modérés. Magda, Amanda et Adeline ressentent des changements positifs entre le début et la fin de la thérapie, changements qui ne sont pas détectés par la MADRS, ou, du moins pas avec la même ampleur.

Il a été observé que la fréquence des résolutions est faible par rapport au nombre global de ruptures observées, et cela en particulier pour les cas qui ne répondent pas au traitement. En revanche, chez les répondantes, on observe un taux de résolution plus élevé et un meilleur degré de réparation. Chez Amanda et Adeline, on observe des indices globaux de résolution de 23.8% et 45%, respectivement. En revanche, les cas de Magda et Morgane présentent des indices plus faibles, de l'ordre de 12.5% de ruptures réparées pour Magda et de 8.3% pour Morgane (Tableau 5). La proportion des ruptures réparées est donc plus grande pour les patientes évoluant favorablement que pour celles n'ayant pas répondu au traitement. De plus, comme on vient de voir, la gamme des stratégies de résolution employées est plus variée chez Amanda et Adeline, par rapport à Magda et Morgane.

Le Tableau 6 donne une vision globale de la répartition des ruptures de confrontation et de retrait, ainsi que des résolutions dans la première et la deuxième partie de la thérapie. On observe que les épisodes de rupture et de réparation de l'alliance ne se répartissent pas de la

⁶ Pour rappel : un score de 5 au QIDS-SR₁₆ indique la rémission ; la dépression est jugée comme légère si le score se trouve entre 6 et 10, comme modérée s'il est compris entre 11 et 15, comme sévère s'il se trouve entre 16 et 20 et comme très sévère à partir d'un score total de 21 (Rush et al., 2006).

même façon au cours de la thérapie pour les cas répondants et les cas non-répondants au traitement.

Chez Amanda et Adeline on assiste à une diminution des ruptures entre la première et la deuxième partie de la thérapie. Quant à l'intensité moyenne des tensions observées, chez Amanda l'impact des ruptures reste à peu près le même au cours de la thérapie, alors que chez Adeline non seulement on observe moins de ruptures dans la deuxième partie de la thérapie, mais elles ont aussi une signification moins élevée pour l'alliance. En revanche, chez les cas non-répondants, le nombre de ruptures reste à peu près stable au cours de la thérapie, mais alors que chez Magda leur intensité diminue dans la deuxième partie du traitement, chez Morgane elle augmente.

Quant aux résolutions, Amanda et Adeline montrent des taux de réparation plus élevés et de meilleurs degrés de résolution dans la première partie du traitement, avec 27.8% de ruptures réparées pour Amanda et 61.5% pour Adeline, contre des indices de 0% et 14.3%, pour la deuxième partie. La situation est exactement inverse pour Magda et Morgane puisque dans la première partie de la thérapie, on observe moins de résolutions que dans la deuxième, avec des indices de 7.7% contre 18.2% pour Magda et de 0% contre 14.3% pour Morgane. Chez les cas répondants au traitement, donc, on observe non seulement plus de ruptures qui sont réparées, mais la plupart des résolutions ont lieu assez tôt dans le processus thérapeutique, alors que c'est l'inverse pour les patientes n'ayant pas répondu à la thérapie.

4.2.2. Résolution des ruptures et fonctionnement global

Au niveau du fonctionnement global, au début du traitement, Amanda et Magda présentent des difficultés envahissantes au niveau psychologique, social et occupationnel, alors qu'Adeline souffre de symptômes sérieux et Morgane de symptômes modérés⁷ (Tableau 5).

Au cours de la thérapie, trois des patientes s'améliorent de façon continue, à l'exception de Morgane, dont les conditions se péjorent au cours du traitement jusqu'à atteindre des difficultés sérieuses en fin de thérapie, et envahissantes quatre mois après la fin de celle-ci. En revanche, les symptômes envahissants de Magda diminuent au cours de la thérapie, mais restent sérieux. Cependant, l'amélioration continue et, quatre mois après la fin du traitement,

⁷ Suivant la subdivision de Moos, McCoy et Moos (2002), les patientes de cette étude ont été réparties dans cinq niveaux de fonctionnement selon leurs scores sur la GAF, à savoir : difficultés envahissantes (1-40), difficultés sérieuses (41-50), difficultés modérées (51-60), difficultés légères (61-70), difficultés minimales (71-90).

les symptômes de Magda ne sont plus que modérés. Amanda présente elle aussi des difficultés envahissantes, mais elle parvient plus tôt à un niveau plus modéré, pour finalement ne présenter que des symptômes légers quatre mois après la fin du traitement. Quant à Adeline, elle a le niveau de fonctionnement le moins altéré des quatre patientes. Elle présente des difficultés sérieuses en début de thérapie, qui diminuent rapidement et sa situation reste stable à un faible niveau de symptômes dès la fin du traitement.

L'évolution d'Amanda et d'Adeline sur le plan du fonctionnement global est meilleure par rapport à celle de Magda et surtout à celle de Morgane, indépendamment de leur condition initiale. En effet, Amanda et Magda, qui montraient les deux une altération du fonctionnement très importante, ont évolué différemment, et l'état de Morgane, qui ne souffrait que de symptômes faibles, s'est empiré au cours du traitement.

Pour conclure, les deux patientes chez qui les indices de résolution les plus élevés ont été observés sont non seulement celles ayant répondu au traitement, mais sont aussi celles ayant fait preuve d'une meilleure évolution au niveau du fonctionnement global. De plus, chez ces deux patientes, la plupart des ruptures sont réparées au cours de la première partie du traitement.

4.2.3. Comment les ruptures sont-elles réparées ?

Comme décrit précédemment, chez les cas répondants au traitement, on observe un meilleur degré de résolution global, des indices de résolution plus élevés par rapport aux cas non répondants et la plupart des réparations ont lieu pendant la première partie de la thérapie. Mais est-ce que des différences entre les cas évoluant favorablement et les cas n'ayant pas répondu à la thérapie sont également observables dans la *manière* dont les ruptures sont réparées ?

a) Exemples de résolutions chez les cas non-répondants

Chez Morgane, au cours des quatre séances analysées, une seule résolution a été observée, à la séance 9, lors d'une tension concernant le lien avec le thérapeute. En voici un extrait :

M (Morgane) 1 : On était bien, tous les trois, par terre, assis...

T (Thérapeute) 1 : Tous les trois ?

M 2 : Les trois : moi, Jessica et Michaël.

T 2 : Ah, il y avait aussi votre fils.

M 3 : **Mais oui. J'avais parlé qu'on avait déjà parlé ensemble, les trois.** [hausse le ton] [*confrontation : plaintes thérapeute*]

T 3 : Oui, mais je croyais que vous parliez aussi d'autre chose, encore le week-end, de samedi, vous avez demandé à votre fille... [*résolution : clarification d'un malentendu*]

M 4 : Ah non. C'était... Moi, c'est dans la petite crise que j'ai eue.

T 4 : Mhm, mhm.

M 5 : J'étais comme... Je tremblais tellement. Je voulais la toucher, je n'osais pas la toucher.

T 5 : Mhm.

Morgane est en train de raconter une crise qu'elle a eue, et le thérapeute est surpris d'apprendre que le fils de la patiente était présent lui aussi (T2). Ainsi, elle s'énerve et hausse le ton, en réexpliquant la situation. On perçoit qu'elle se plaint du fait que le thérapeute n'ait pas compris, voire même écouté, ce qu'elle venait de dire (M3). Le thérapeute clarifie le malentendu en lui expliquant qu'il croyait qu'elle parlait d'un autre moment (T3). Le ton de la voix de Morgane diminue alors tout de suite, et elle lui explique qu'elle était en train de parler du moment de crise qu'elle a vécu (M4). La rupture est ainsi résolue et Morgane recommence à parler de la crise et de ses sensations physiques et émotionnelles (M5).

Lors de l'analyse des séances de Morgane, nous avons souvent constaté des moments similaires, où le thérapeute ne semble pas être à l'écoute et ne pas toujours comprendre le discours de la patiente. Cependant, ces incompréhensions ne donnent pas toujours lieu à des ruptures. En effet, seules deux confrontations de type « plaintes thérapeute » ont été observées et celle-ci est la seule occasion où la tension est adressée par le thérapeute. Il résout la rupture de façon directe, en clarifiant le malentendu à l'origine de la rupture et arrive ainsi à rétablir suffisamment l'alliance pour que Morgane recommence à s'exprimer.

Chez Magda, on observe trois résolutions de ruptures, dont deux sont orientées sur les buts et/ou les tâches de la thérapie. L'extrait qui suit illustre un épisode de la séance 3, où Magda se plaint des activités et des objectifs de la thérapie. La thérapeute répare la rupture en proposant de changer les objectifs.

T (Thérapeute) 1 : ces questionnaires c'est pas évident de les remplir ?

M (Magda) 1 : **ben ouais parce que: quand on me dit euh: est-ce qu'on a fixé les objectifs, moi j'en sais rien moi** [*confrontation : plaintes activités/buts*]

T 2 : mmh mmh

M 2: **je me rappelle pas quels objectifs on avait fixés** [*confrontation : plaintes activités/buts*]

T 3: mmh mmh

M 3: **à part de finir ces séances pis que je sais qu'on - on se verra dans une année, c'est tout ce que j'ai compris, pis voir l'évolution - je pense. ou bien t- quand euh quand c'est mis - est-ce que vous:**

le: - est-ce que le: 'fin par exemple vous si vous m'appréciez moi j'en sais rien moi [*confrontation : plaintes activités/buts*]

T 4: mmh mmh

M 4: si: ouais toutes des questions comme ça, mais moi je sais pas moi, 'fin j'ai répondu au hasard pis on verra. peut-être des questions peut-être que je pourrais peut-être répondre à la fin, quand ça sera clair pour moi parce que pour le moment je raconte ma vie et pis euh [*confrontation : plaintes activités/buts*]

T 5: mmh mmh

M 5: pis pfff ça me fatigue parce que déjà ce matin elle me posait des quest- bon quand elle pose des questions je réponds, évidemment. mais quand ça doit venir comme ça euh, c'est clair je vais: pis ça me prend la tête, ça- j'ai la tête, quand je parle trop euh, parce que je suis quelqu'un qui parle pas beaucoup, [*confrontation : plaintes activités/buts*]

T 6: mmh mmh

M 6: parce que déjà une voix fatiguée pis euh je me sens « plouffe » euh physiquement, mentalement je ne sais pas, **alors parler parler ça me: à la fin ça- ça- ça se voit et pis euh c'est la tête qui- qui gonfle** [*confrontation : plaintes activités/buts*]

T 7: mmh mmh, ça vous fatigue vous dites hein ?

M 7 : ouais pis ça- ça me tend aussi [*confrontation : plaintes activités/buts*]

T 8: ça vous tend

M 8 : ah ouais ça me: ça m'éner-ça me rend un peu: ouais j'ai envie de crier « arrêtez maintenant ! » (rire)

T 9: mmh mmh

M 9 : 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** [*confrontation : plaintes activités/buts*]

T 10 : 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 [*résolution : change tâches/buts*]

M 10 : oh! disons le mot objectif ça a: ça a plusieurs sens, je sais pas si le fait déjà de- de- de faire une psychothérapie si c'est un objectif, c'est-à-dire de parler de soi, de sortir ce qui sort euh

T 11 : mmh mmh

M 11 : ou bien c'est quelque chose- ou bien c'est l'objectif de: de cet objectif euh, c'est-à-dire quel- quel est le but euh pour moi, je: ouais sûrement le but c'est clair je- je- je le souhaiterais que je m'en sorte euh, mais pfff bon c'est pas- c'est pas clair, dans ma tête c'est toujours noir, c'est toujours l'angoisse de l'avenir qui- qui-

T 12 : mmh mmh

M 12 : qui me pèse énormément parce que - surtout quand euh certain âge, bon on me dit « je suis- » c'est vrai on: je peux dire que je suis encore jeune mais moi j'ai pas un avenir, c'est- surtout que je: ce que j'ai proposé de: de- ouais que je peux plus vivre seule, ni dans cette pension comme je vous ai expliqué,

T 13 : mmh mmh

M 13 : ni- alors je: pff maintenant le but c'est- c'est de me trouver ailleurs dans un foyer et pis là le foyer ben c'est clair c'est quelque chose qui fait peur mais en même temps c'est une- je vois pas d'autres solutions

T 14 : mmh mmh

À la question de la thérapeute concernant les questionnaires, Magda répond en se plaignant de ne pas savoir quoi répondre aux questions (M1-M4). Plus particulièrement, elle se plaint de

ne pas être au clair sur les objectifs de la thérapie, et à un moment donné elle semble également remettre en question la dimension du lien, en laissant entrevoir des soucis concernant la relation avec la thérapeute (M3). Elle continue à se plaindre en exprimant de façon non-collaborative son mal-être en lien avec le fait de devoir parler d'elle-même et de sa vie en thérapie (M4-M6). La thérapeute essaie alors d'explorer ses plaintes concernant les activités (T7-T8) et Magda rebondit sur le fait que de devoir parler la tend et l'énerve (M7-M8). Ensuite, elle se montre à nouveau oppositionnelle, en disant qu'elle ne sait pas de quoi parler ce jour-là (M9). La thérapeute adresse alors la tension en démontrant d'abord de l'intérêt pour la question soulevée par Magda, et ensuite en lui proposant de définir ensemble les objectifs de la thérapie (T10). Magda réagit en s'arrêtant sur la signification du mot « objectif », mais elle arrive ensuite à exprimer ses souhaits, c'est-à-dire de sortir de la dépression et de ne plus vivre seule, mais d'aller vivre ailleurs, dans un foyer (M11-M13).

Cet extrait me semble un bon exemple qui rend compte du processus de négociation à l'œuvre entre la thérapeute et la patiente. Après avoir remarqué la rupture, la thérapeute essaie d'explorer les préoccupations de sa patiente, en faisant preuve d'empathie. Elle manifeste ensuite de l'intérêt sincère pour les inquiétudes de Magda, montre qu'elle les prend sérieusement en considération et l'invite à s'arrêter là-dessus, à s'exprimer davantage. Ainsi, la thérapeute formule son envie de travailler conjointement pour trouver un accord sur les objectifs à poursuivre ensemble. En se montrant prête à l'écoute et à la négociation, la thérapeute parvient à rétablir une certaine alliance avec Magda. La tension s'apaise, et Magda arrive petit à petit à clarifier ses souhaits et à exprimer quels sont, pour elle, les objectifs de cette psychothérapie.

b) Exemples de résolutions chez les cas répondants

Comme nous avons vu précédemment, chez les cas répondants, non seulement le nombre de ruptures réparées est plus élevé, mais la gamme des stratégies de résolution employées est plus vaste par rapport à celle observée chez les cas non-répondants. En particulier, chez Amanda et Adeline, on trouve une stratégie de résolution qui n'a pas été observée chez les deux autres patientes : le fait de faire un lien entre la rupture et un pattern interpersonnel plus large dans les autres relations du patient.

Cette stratégie s'avère particulièrement efficace pour résoudre les confrontations de type « plaintes activités » chez Adeline. En effet, elle commence la séance 2 et la séance 4 de

façon non-collaborative, laissant ouvertement entendre son mécontentement envers le fait de devoir commencer à parler librement, en absence d'ordres ou de directives de la part du thérapeute. La première fois, le thérapeute résout la tension en illustrant les tâches et les raisons du traitement, en réexpliquant à sa patiente qu'il n'y a pas d'ordre dans la séance, qu'elle est libre de parler de ce qui lui vient en tête. Toutefois, de nouveau, la séance 4 commence avec une rupture de confrontation. Adeline essaie d'exercer de la pression sur son thérapeute pour que *lui* décide de quoi parler. Ensuite, elle se plaint du fait de devoir elle commencer à parler et de devoir encore raconter des choses. En voici un extrait :

A (Adeline) 1 : **Par quoi on commence aujourd'hui ?** [*confrontation : contrôle/pression*]

T (Thérapeute) 1 : Y a aucun ordre, comme je vous l'ai dit. - C'est vous qui décidez. -

A 2 : **C'est que je sais plus quoi raconter.** [*confrontation : plaintes activités*]

T 2 : Mhm, mhm. Vous avez pas l'habitude d'être en face de quelqu'un et de commencer à parler toute seule ?

A 3 : 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.

T 3 : 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. [*résolution : lien entre la rupture et un pattern interpersonnel plus large*]

A 4 : Voilà, voilà.

T 4 : C'est ça ?

A 5 : (rire)

T 5 : Oui. -- Est-ce que vous vous attendiez à ce que je vous demande de parler comme il +// un peu ?

A 6 : Voilà, commencez déjà+ à me poser quelques questions

T 6 : c'est ça

A 7 : et puis peut-être qu'après ça vient. ---

T 7 : Vous m'aviez dit que c'est pas encore ça pour le week-end à la maison.

A 8 : Aujourd'hui, je suis pas bien. Je suis toute angoissée, j'ai eu une mauvaise, une nuit très, très agitée, je sais pas pour quoi.

Avec sa première question, Adeline cherche à renverser les rôles, en donnant au thérapeute la tâche de décider de « l'ordre du jour » (A1). Le thérapeute lui réexplique qu'il n'y a aucun ordre et que c'est à elle de décider quoi raconter (T1), mais Adeline se montre réticente envers le fait de commencer à parler (A2). Le thérapeute lui demande si c'est à cause du fait qu'elle n'a pas l'habitude de commencer à parler toute seule face à quelqu'un (T2). Elle admet d'abord que c'est cela, puis se rétracte et nie tout de suite après, expliquant qu'elle n'a plus rien à dire (A3). Ainsi, le thérapeute fait un lien entre ce qui est en train de se passer entre eux à ce moment-là et ce qui se passait entre Adeline et son père (T3). Adeline répond avec un « voilà, voilà » et rigole, ce qui suggère que l'interprétation proposée par le thérapeute est correcte, pour elle (A4-A5). Le thérapeute lui demande alors si elle s'attend à

ce qu'il se comporte comme son père et, de nouveau, elle accepte la proposition du thérapeute, en exprimant son besoin qu'il initie la séance, pour qu'ensuite elle puisse arriver à parler (T5-A7). Ainsi, le thérapeute satisfait le besoin de la patiente (T7) et, tout de suite après, Adeline se montre plus collaborative et commence à parler de comment elle se sent (A8).

Cet exemple me semble très intéressant, non seulement parce qu'il illustre une stratégie de résolution visant l'exploration des thèmes relationnels sous-jacents à la rupture, mais également parce qu'il met en évidence le rôle crucial joué par la négociation dans la résolution de la rupture. En effet, après avoir mis en évidence le thème relationnel central pour Adeline et lui avoir fait prendre conscience de celui-ci, le thérapeute satisfait le besoin de la patiente qui est sous-jacent à la rupture. En acceptant le compromis d'initier la séance, il montre à sa patiente qu'il comprend ses besoins, qu'il les prend en considération et qu'il est prêt à aller dans son sens. Une autre chose intéressante est que, par la suite, dans les séances 6 et 8, Adeline ne se montre plus oppositionnelle envers le fait de devoir commencer à parler spontanément. Ceci suggère que l'effet de cette réparation n'est pas seulement immédiat, mais se voit également à plus long terme, et permet de résoudre les tensions liées au fait de devoir commencer la séance.

La même stratégie de résolution est utilisée par la thérapeute d'Amanda à la séance 4, lors de l'apparition d'un marqueur de retrait, et plus précisément d'une « communication abstraite » :

A (Amanda) 1 : mais toujours cette peur d'être rejetée, donc j'ai jamais! moi, fais le pas vers quelqu'un, jamais. c'est:

T (Thérapeute) 1 : mmh mmh

A 2 : pis maintenant ce serait encore comme ça. c- c'est terrible cette +peur

T 2 : ça serait encore+ comme ça ?

A 3 : oui. oui oui, c'est- ça, c'est un réflexe chez moi. ça fait +tellement mal

T 3 : même, même+ dans les relations thérapeutiques ? -

A 4 : mmh, non là c'est différent, je dirais. je: je vois ça pas la même ch- pas de la même façon en fait.

T 4 : mmh mmh

A 5 : non, moi c'est plutôt la relation sentimentale, avec euh: avec +euh

T 5 : donc+ ça- ça déteint pas dans l'amitié ou des relations professionnelles ou la-

A 6 : -non

T 6 : relation thérapeutique ?

A 7 : non.

T 7 : c'est plutôt dans les relations plus affectives, +plus

A 8 : ouais,+ ‘fin oui, mais peut-être qu’inconsciemment dans d’autres relations je le fais aussi sans me rendre compte,

T 8 : mmh mmh

A 9 : **parce qu’il y a des choses, des fois, que peut-être on fait euh** [*retrait : communication abstraite*]

T 9 : mmh mmh

A 10 : **qui- qu’on croit que c’est normal, naturel, c’est notre tempérament mais qu’en réalité ben,** mais +c’est vrai que je suis pas facile [*retrait : communication abstraite*]

T 10 : je pens- je pensais+ à ça par rapport à ce que vous me racontiez avant, hein, c’est-à-dire que ben soit moi, hein, avec la psychothérapie, la chercheuse avec les- les questionnaires, la doctoresse YYY* avec ses entretiens euh, la question euh des étudiants, hein, je me demandais par, parce que finalement vous disiez « les étudiants, je voulais pas mais finalement heureusement qu’ils ont laissé tomber » comme si vous auriez presque dit oui, si justement vous- vous êtes pas amenée là aussi à vouloir faire la, on va dire entre guillemets, la bonne patiente, hein, qui- qui se soumet un peu aux soins, à ce qu’on- on lui propose, pour pas trop dire non et puis pour- se sentant parfois un peu contrariée quand même [*résolution : lien avec pattern interpersonnel plus large*]

A 11 : oui, ça +c’est possible

T 11 : je sais pas si+

A 12 : oui oui, vous avez- c’est-

T 12 : si je- je- c’était un peu dans la même euh

A 13 : ouais c’est- c’est vrai que c’est- y a quelque chose. mais c’est moins fort.

T 13 : c’est moins fort, ouais.

A 14 : ouais

La thérapeute demande à Amanda si la peur d’être rejetée qu’elle éprouve dans ses relations sentimentales est aussi éprouvée dans d’autres relations, notamment au sein de la relation thérapeutique (T3). Dans un premier temps, Amanda répond que non, que c’est plutôt dans les relations sentimentales qu’elle éprouve cette peur. Puis, quand la thérapeute insiste, en répétant la question (T5-T7), la patiente admet que cela pourrait être vrai, mais en même temps elle se retire de l’interaction en commençant à parler en termes impersonnels et à théoriser (A8-A10). La thérapeute réagit à la rupture en proposant à Amanda une interprétation par rapport à ce qu’elle observe, en lien avec les autres relations de sa patiente (T10). Plus particulièrement, elle met en évidence un schéma relationnel dysfonctionnel d’Amanda qui est probablement à l’origine de la rupture. En effet, le marqueur de rupture n’apparaît qu’après la deuxième fois que la thérapeute pose la même question à Amanda, ce qui sous-tend une certaine insistance de la part de la thérapeute. La thérapeute explore alors le lien entre la rupture et la manière de fonctionner sur le plan interpersonnel de sa patiente, c’est-à-dire le fait qu’elle semble s’adapter aux attentes supposées des autres, faire « la bonne patiente » dans la relation thérapeutique. Amanda reconnaît que cette interprétation est possible (A11-A13) et sa réponse est authentique. En effet, Amanda nuance l’interprétation

proposée par la thérapeute, en admettant que la peur d'être rejetée est en partie présente dans ses relations non affectives, mais qu'elle y est moins forte (A13).

Cette résolution a eu un impact bénéfique sur la relation entre Amanda et sa thérapeute. En effet, après la résolution, Amanda est en mesure d'exprimer son ambivalence, de s'affirmer, ce qui est positif et indique la réussite de la résolution. Le fait qu'elle se permette de contredire en partie la vision de sa thérapeute suggère qu'après la résolution, elle se sent suffisamment en sécurité dans la relation pour pouvoir être authentique et ne pas forcément s'ajuster à ce qu'elle croit être les attentes de sa thérapeute, par peur d'être abandonnée ou rejetée.

Cet extrait illustre bien le fait que l'exploration des thèmes relationnels sous-jacents à la rupture n'est pas seulement un moyen pour rétablir l'alliance, mais devient *la* tâche thérapeutique. En effet, malgré le fait qu'Amanda se retire en commençant à parler en termes impersonnels, vers la fin de son intervention, elle dit : « c'est vrai que je suis pas facile » (A10). Elle recommence à parler à la première personne, s'engage à nouveau dans la relation thérapeutique et c'est précisément à ce moment-là que la thérapeute adresse la tension. Au moment où Amanda recommence à parler en première personne, on perçoit la possibilité d'une certaine collaboration ; on peut donc supposer que la tension s'était déjà partiellement apaisée quand la thérapeute intervient pour l'adresser. Il n'aurait donc pas été strictement nécessaire pour la thérapeute de réparer la rupture. Néanmoins, la rupture a fait émerger un schéma relationnel dysfonctionnel chez Amanda, et la thérapeute a probablement voulu saisir l'opportunité pour le mettre en lumière. Cette résolution est devenue une tâche thérapeutique visant un travail sur les croyances dysfonctionnelles à l'origine de la rupture, qui influencent également la manière dont Amanda interagit avec les autres personnes.

Pour conclure, une analyse qualitative des épisodes de réparation des ruptures observées chez Amanda, Adeline, Magda et Morgane a permis de mettre en évidence une différence majeure : l'emploi, chez les cas répondants au traitement, d'une stratégie de résolution caractérisée par l'exploration des thèmes relationnels sous-jacents à la rupture, où les thérapeutes font un lien entre la rupture et un pattern interactionnel typique dans les autres relations de leurs patientes. Dans les deux extraits reportés pour les cas répondants, les thérapeutes, en faisant un lien entre ce qui est en train de se passer dans la relation

thérapeutique et un pattern interpersonnel plus large dans les autres relations de leurs patientes, explorent des thèmes relationnels centraux pour leurs patientes, et font émerger les raisons profondes pour lesquelles la rupture est survenue. Ils mettent ainsi en évidence le schéma interactionnel dysfonctionnel qui est à l'origine de la tension.

En revanche, chez les cas non-répondants au traitement, les stratégies utilisées permettent la résolution d'une impasse momentanée, d'apaiser immédiatement une tension, sans pour autant viser l'exploration des raisons profondes de la rupture. Chez Morgane, la seule rupture réparée consiste dans une tension au niveau du lien, suite à un malentendu que le thérapeute clarifie par la suite. Chez Magda, la plupart des ruptures adressées proviennent de problèmes au niveau des activités ou des objectifs de la thérapie et elles sont résolues avec des stratégies visant le rétablissement d'un accord sur les tâches et/ou les buts du traitement.

Cependant, une chose très importante à souligner est que les tentatives de résolution observées chez Magda et Morgane marchent aussi bien que celles observées chez Amanda et Adeline, et que les thérapeutes parviennent à rétablir suffisamment l'alliance pour que les patientes s'engagent de nouveau dans la relation thérapeutique. Ce n'est donc pas tant la qualité des résolutions qui différencie les cas répondants des cas non-répondants au traitement, mais plutôt la *profondeur* de celles-ci. En effet, on trouve chez les cas répondants deux épisodes de résolution caractérisés par une exploration approfondie de la signification sous-jacente de la rupture, ce qui n'apparaît pas chez les cas non-répondants.

5. Discussion

5.1. Réponse aux questions de recherche

5.1.1. *Quelle est la fréquence des ruptures et des résolutions de l'alliance ?*

La première question de cette recherche portait sur la fréquence des ruptures et des résolutions de l'alliance. Je m'attendais à une prédominance des ruptures de retrait sur les ruptures de confrontation. Les résultats ont confirmé mes attentes, les marqueurs de retrait étant plus fréquents que ceux de confrontation, ce qui est en lien avec les résultats d'autres études (Safran & Muran, 1996 ; Aspland et al., 2008). De la même façon que dans l'étude de Aspland et al. (2008), les cas analysés dans la présente recherche appartenaient à la population de patients dépressifs, et plus particulièrement il s'agissait de quatre femmes hospitalisées, souffrant des formes les plus graves de dépression. De manière similaire à ce qui a été trouvé par Aspland et al. (2008), les quatre patientes avaient plutôt tendance à se retirer lors de tensions avec leurs thérapeutes, ce qui pourrait être mis en lien à leur état. En effet, la dépression est caractérisée par un manque d'engagement, par une sorte de retrait permanent, alors que l'émergence d'une rupture de confrontation implique souvent une plainte, qui consiste dans l'expression, parfois même brusque ou agressive, d'un désir, du besoin de s'autodéterminer. En revanche, les mouvements de retrait indiquent que les patients favorisent le besoin de lien au prix de celui de l'autodéfinition (Safran & Muran, 2000). Le fait que la plupart des ruptures observées consistent en des retraits pourrait donc renvoyer au fait que les patients dépressifs, caractérisés par un attitude dépendante (Koekkoek et al., 2006), auraient plus besoin de maintenir le lien avec l'autre que de s'autodéterminer, même si cela implique parfois de sacrifier d'autres besoins ou désirs pour ne pas risquer d'être « abandonnés ».

En ce qui concerne les résolutions, je m'attendais à ce que peu de ruptures soient réparées. Comme prévu, le nombre de résolutions était plutôt faible par rapport aux ruptures observées, ce qui a eu un impact sur le degré de résolution global. En effet, bien que le *degré* global de résolution ne soit pas forcément lié à la *fréquence* d'apparition des marqueurs de résolution, pour évaluer le niveau général de résolution il s'agit néanmoins de tenir compte de l'ensemble des ruptures survenues. Ainsi, si les séances sont caractérisées par plusieurs ruptures et que

peu d'entre elles sont réparées, comme dans les cas présents, le degré de résolution ne sera pas très élevé, même si les quelques ruptures adressées ont été réparées avec succès.

Comme présenté dans la partie introductive, la population de patients dépressifs, souffrant de dépression chronique ou sévère, est particulièrement stressante pour les cliniciens et est susceptible d'activer chez eux des émotions contradictoires (Deutsch, 1984 ; Koekkoek et al., 2006 ; McIntre & Schwartz, 1998). Selon le modèle de Roubal et Rihacek (2014), en fonction de la phase dans laquelle le thérapeute se trouve, il aura des réponses très diverses face à l'expérience dépressive du patient. Les auteurs décrivent l'attitude du thérapeute comme une oscillation continue entre le rapprochement et l'éloignement de cette expérience dépressive. Face à un patient dépressif, la réaction spontanée du thérapeute, après avoir partagé les émotions et les vécus de celui-ci, est de se tourner vers soi-même, afin de se protéger de la contagion d'émotions négatives, et de s'éloigner de l'expérience dépressive du patient. En effet, le thérapeute peut se sentir frustré, en ayant l'impression d'être impuissant face à l'état du patient, il peut douter de ses capacités professionnelles, ou alors éprouver de la colère envers son patient, qui « ne veut/peut pas changer », ce qui l'amène à s'éloigner de lui. En prenant de la distance par rapport au ressenti du patient, le thérapeute risque de ne plus réussir à éprouver de l'empathie pour celui-ci, ce qui le prive d'un outil précieux pour le processus thérapeutique. L'autoprotection entre alors en conflit avec la position d'aide qu'il occupe et le thérapeute se trouve tiraillé entre la tendance naturelle à se protéger et sa responsabilité professionnelle. De plus, le thérapeute risque d'ignorer ses propres réactions émotionnelles dans la relation avec le patient, alors que, selon le modèle de Roubal et Rihacek (2014), c'est exactement en se rapprochant de nouveau de l'expérience dépressive du patient et en se focalisant sur la relation avec lui que le thérapeute peut transformer le processus de contagion émotionnelle en empathie et retrouver ainsi sa position d'aide.

De la même façon, le modèle de Safran et Muran (2000) met en évidence l'importance pour le thérapeute, afin de pouvoir reconnaître et adresser des tensions dans l'alliance, de prêter attention à ce qui est en train de se passer au niveau de la relation avec le patient, d'en parler avec lui, en exprimant son propre vécu de la situation. En revanche, en prenant de la distance par rapport au vécu émotionnel du patient et en ignorant ses propres réactions émotionnelles, ce qui est typique dans la rencontre avec un patient dépressif, le thérapeute risque de négliger des informations importantes sur l'alliance, et, par conséquent d'entraver la possibilité d'explorer des tensions et de les résoudre. Il est donc fort possible que le fait qu'il

y ait une disparité entre le nombre de ruptures et le nombre de résolutions soit dû à la difficulté, pour les thérapeutes, de rester en contact avec leur patiente dépressive et avec leur propre ressenti, en lien aux réactions particulières suscitées par ce type de patients, ce qui peut diminuer leur capacité à reconnaître les ruptures et à les réparer.

Un facteur qui peut avoir accentué cette disparité entre le nombre de ruptures et la proportion d'entre elles ayant été résolues, est la prédominance des retraits sur les confrontations. Les retraits sont souvent plus subtiles et donc plus difficiles à détecter, alors que les confrontations sont des ruptures plus évidentes, caractérisées par une expression directe de sentiments négatifs (Safran & Muran, 2000 ; 2006), et amenant souvent à une impasse, forçant ainsi en quelque sorte la résolution. En revanche, les retraits sont susceptibles de passer plus facilement inaperçus, au point que le patient et le thérapeute construisent une pseudo-alliance. En effet, bien que, dans cette recherche, les marqueurs de confrontation étaient moins fréquents que les marqueurs de retrait, les confrontations ont été jugées comme ayant généralement eu un impact plus fort sur l'alliance. De plus, alors que la majorité des ruptures consistaient en des retraits, les thérapeutes adressaient plus souvent les confrontations. Le fait que peu de résolutions aient été observées, par rapport aux ruptures survenues, pourrait donc être aussi en partie dû à une plus forte tendance des thérapeutes à réparer les ruptures de confrontation plutôt que celles de retrait, bien que ces dernières étaient majoritaires. Cette hypothèse est congruente avec le fait que chez Magda, le cas caractérisé par une forte prédominance de retraits, peu de ruptures ont été résolues. Cette tendance pourrait être liée au type de ruptures de confrontation survenues. En effet, comme dans l'étude d'Aspland et al. (2008), les confrontations observées dans la présente étude consistaient principalement en désaccords sur les buts et les tâches de la thérapie, et ce sont d'ailleurs ces plaintes à propos des activités de la thérapie qui ont été les ruptures de confrontation le plus souvent adressées par les thérapeutes. La conceptualisation de l'alliance de Bordin (1979 ; cité par Safran & Muran, 2000) souligne l'importance de l'accord entre le patient et le thérapeute sur les objectifs de la thérapie et sur la façon de les atteindre, d'où la nécessité de les négocier pour développer et maintenir une bonne alliance. La remise en question des tâches et des buts de la thérapie étant très problématique pour le processus thérapeutique, il est possible que ces ruptures aient été plus souvent adressées non seulement grâce au fait qu'elles sont plus facilement détectables, mais également à cause de l'impact négatif qu'elles peuvent avoir sur le processus thérapeutique.

5.1.2. Quel est le lien entre la résolution des ruptures de l'alliance et le changement thérapeutique ?

La deuxième question de cette étude concernait la relation entre la résolution des ruptures et le changement thérapeutique. Premièrement, je m'attendais à ce que, chez les cas évoluant favorablement, plus de résolutions soient observées par rapport aux cas non-répondants. Les résultats ont confirmé mes attentes. En effet, chez les patientes ayant évolué favorablement au niveau de la symptomatologie dépressive – telle qu'évaluée sur la MADRS, mais également telle que reportée par les patientes elles-mêmes sur le QIDS-SR₁₆ –, plus de résolutions ont été observées que chez les patientes n'ayant pas répondu à la thérapie. Un lien a également été trouvé entre l'évolution des patientes au niveau du fonctionnement global et la résolution des ruptures. En effet, les cas caractérisés par des indices de résolution plus élevés sont aussi ceux qui se sont améliorés le plus au niveau du fonctionnement global. Les résultats sont congruents avec plusieurs études mentionnées dans la partie introductive (Safran et al., 2011 ; Stiles et al., 2004 ; Strauss et al., 2006 ; Bennett et al., 2006 ; Lansford, 1986), qui montrent une relation positive entre la présence d'épisodes de rupture et de résolution de l'alliance et la réponse au traitement. Ils vont également dans le sens de ce qui est trouvé dans la littérature concernant le fait que si les ruptures sont correctement traitées, elles peuvent être thérapeutiques. En effet, une attitude d'exploration des ruptures et une réparation de celles-ci contribue positivement au changement thérapeutique (Safran et al., 1990 ; Safran & Muran, 1996, 2000 ; Eubanks-Carter et al., 2010), permettant de modifier des patterns relationnels dysfonctionnels qui peuvent avoir une influence négative sur les interactions des patients (Safran et al., 1990 ; Safran & Muran, 1996, 2000).

Cependant, le design de la présente étude étant corrélationnel plutôt qu'expérimental, le fait que les ruptures survenues soient réparées ou pas n'était pas une variable manipulée. Ainsi, les résultats obtenus ne démontrent pas, en eux-mêmes, que le fait de résoudre les ruptures amène à une meilleure évolution des patients. On pourrait en fait s'interroger sur la direction de cette corrélation et se demander si elle ne pourrait pas être lue en sens inverse. N'est-ce pas parce que les patientes sont en voie d'amélioration qu'il est plus facile de résoudre les ruptures qui surviennent ?

En effet, comme déjà anticipé lors de la discussion sur les raisons de la disparité entre la fréquence des ruptures et le nombre de résolutions, on peut imaginer que la sévérité de la dépression du patient a un impact sur la tendance du thérapeute à adresser les ruptures ou pas,

notamment si l'on se réfère au modèle de Roubal et Rihacek (2014) sur les difficultés éprouvées par les thérapeutes face à des patients dépressifs. À ce propos, bien que le focus de cette recherche soit sur le changement thérapeutique, donc *l'évolution* des patientes, il me semble important de rappeler que Morgane, la patiente chez qui on a observé l'indice de résolution le plus faible, est la seule, parmi les quatre, à avoir fait des tentamen, dans l'histoire de sa maladie, et à souffrir d'une dépression récurrente *sévère*, alors que les autres présentent une dépression chronique *modérée*. Ainsi, sa condition initiale au niveau de la symptomatologie dépressive était plus grave par rapport à celle des autres. De plus, pendant le codage de ses séances, nous avons remarqué que le thérapeute avait souvent l'air absent, il semblait ne pas être à l'écoute, n'arrivait pas à comprendre le discours de la patiente, pourtant clair pour nous. Il se pourrait donc que l'indice de résolution particulièrement bas observé chez Morgane soit dû à des difficultés très importantes éprouvées par son thérapeute au sein de la relation, en lien à l'état particulièrement grave de sa patiente. Dans le but de se protéger d'une contagion émotionnelle soulevant chez lui un sentiment d'impuissance et des doutes sur soi-même et sur ses capacités professionnelles, le thérapeute serait resté éloigné du vécu émotionnel de sa patiente, ce qui aurait rendu plus difficile pour lui la reconnaissance des tensions dans l'alliance et mis à mal sa capacité de les adresser.

Au contraire, les thérapeutes de Magda, Amanda et Adeline, face à des patientes moins fortement déprimées, se seraient sentis moins en danger et seraient ainsi arrivés à prêter davantage d'attention à ce qui était en train de se passer dans la relation avec elles. Les thérapeutes auraient donc plus facilement remarqué des tensions dans l'alliance et réussi à les adresser car ils étaient focalisés sur la relation, connectés avec le vécu émotionnel de leur patiente et avec leur propre ressenti.

Toutefois, bien que, comme Amanda et Adeline, Magda souffrait d'une dépression chronique modérée, son indice de résolution était plutôt bas lui aussi, ce qui indique que, malgré le fait que sa condition soit meilleure par rapport à celle de Morgane, la proportion de ruptures réparées n'était pas beaucoup plus élevée que la sienne. Des conditions initiales tout à fait comparables n'étaient donc pas associées à la même proportion de ruptures résolues, ce qui suggère que les caractéristiques de départ des patientes et de leur maladie n'ont pas forcément déterminé la résolution de plus ou moins de ruptures.

De plus, une comparaison entre la première et la deuxième partie de la thérapie a mis en évidence que non seulement les résolutions étaient plus nombreuses chez les cas répondants

au traitement, mais qu'elles ont également eu lieu principalement dans la première partie du traitement. À l'inverse, chez les cas non-répondants, la plupart des résolutions ont eu lieu pendant la deuxième partie de la thérapie. À ce propos, il est intéressant de noter que, chez les cas répondants au traitement, la deuxième partie de la thérapie est marquée par moins de ruptures, alors que chez les non-répondants le nombre de ruptures est à peu près le même dans la première et dans la deuxième partie du traitement. Ainsi, la présence de plus de résolutions durant la première partie de la thérapie chez les cas répondants pourrait avoir eu pour effet de diminuer le nombre de ruptures dans la deuxième partie de celle-ci. Cependant, il se peut aussi que moins de résolutions aient eu lieu dans la deuxième partie du traitement, simplement car moins de ruptures ont été observées.

En ce qui concerne le changement thérapeutique, l'analyse de la distribution des résolutions au cours de la thérapie a mis en évidence que la résolution précoce des ruptures de l'alliance était positivement liée à une meilleure évolution des patientes sur le plan de la symptomatologie dépressive et du fonctionnement global. Ces résultats sont en lien avec la littérature, qui suggère que la détection précoce des ruptures est cruciale pour le succès de la thérapie. En effet, la qualité de l'alliance précoce prédit la réponse au traitement et la résolution de ces ruptures contribue positivement au changement thérapeutique (Safran et al., 1990 ; Safran et al., 2011 ; Strauss et al., 2006). On peut donc inférer que la présence de plus de résolutions a eu un impact positif sur l'amélioration de la symptomatologie dépressive des patientes de cette étude, ainsi que sur leur façon de fonctionner au niveau psychologique, social et occupationnel.

Quant à la manière de réparer les ruptures, je m'attendais à ce que, chez les cas évoluant favorablement, davantage de stratégies de résolution permettant un travail sur les schémas interactionnels dysfonctionnels et sur la signification sous-jacente des ruptures soient utilisées. Le nombre de résolutions observées chez les cas non-répondants au traitement étant faible par rapport aux répondants, il a été difficile de comparer les épisodes de résolution chez les deux groupes. Cependant, une analyse plus approfondie des réparations des ruptures a quand même permis de mettre en évidence deux choses. Premièrement, bien que les indices et les degrés de résolution soient beaucoup plus élevés chez les cas répondants que chez les cas non-répondants, les tentatives de résolution observées ont permis aux thérapeutes des deux groupes de suffisamment réparer les ruptures pour rétablir une alliance avec leurs patientes. La raison de la différence observée entre les degrés de résolution chez les cas répondants et

ceux chez les cas non-répondants est seulement expliquée par la *proportion* de ruptures réparées, et non pas par le fait que chez les répondantes les ruptures aient été mieux résolues. Le second point souligne que la gamme des stratégies de résolution observées chez les cas répondant au traitement était plus variée que celle des stratégies utilisées par les thérapeutes des patientes n'ayant pas répondu à la thérapie. Plus précisément, une stratégie de résolution adressant la signification sous-jacente à la rupture a été repérée uniquement chez les cas évoluant favorablement. Il s'agit d'une intervention consistant à faire un lien entre la tension dans le ici et maintenant de la relation thérapeutique et un pattern interpersonnel plus large dans les autres relations du patient. Avec ce type de résolution, les thérapeutes ont exploré les thèmes relationnels centraux qui étaient à l'origine de la rupture. Comme expliqué par Safran et Muran (2000), cette façon de traiter la rupture n'est pas simplement une manière de rétablir l'alliance afin de pouvoir mettre en place d'autres tâches thérapeutiques, mais elle devient elle-même une tâche thérapeutique au cœur du traitement. En effet, cette attitude permet au thérapeute d'explorer en profondeur et de mieux comprendre ce qui pose problème au patient dans sa manière d'interagir, ses croyances et ses attentes (Safran et al., 1990 ; Safran & Muran, 2000 ; Eubanks-Carter et al., 2010). Cette exploration permet au thérapeute de faire prendre conscience au patient de son mode d'interaction particulier et d'en discuter avec lui. De plus, si le thérapeute réagit d'une façon qui infirme les attentes du patient, ce dernier aura l'opportunité de vivre une expérience relationnelle nouvelle, qui aura pour effet de modifier ses schémas dysfonctionnels et de corriger ses croyances nocives, ce qui est au cœur du changement (Safran et al., 1990 ; Safran & Muran, 2000 ; Eubanks-Carter et al., 2010).

Dans les deux occasions dans lesquelles cette stratégie de résolution a été repérée, elle a eu un effet puissant sur la relation entre la patiente et le thérapeute. Quand une rupture de retrait survenue entre Amanda et sa thérapeute a fait émerger la tendance d'Amanda à jouer le rôle de « la bonne patiente », la thérapeute l'a remarqué et lui a proposé un lien entre cette situation et sa tendance plus générale à se conformer aux attentes des autres par peur d'être rejetée. Ce type de résolution a permis à Amanda d'exprimer son ambivalence et de s'affirmer. Amanda a donc pu faire l'expérience que de ne pas s'adapter aux attentes de l'autre n'est pas dangereux et ne signifie pas qu'elle sera abandonnée ; ce qui montre à quelle point cette expérience est nouvelle et correctrice. En effet, dans cette situation, ses attentes concernant les relations avec les autres ont été infirmées. Chez Adeline, ce type de résolution a eu un effet non seulement immédiat, mais également à plus long terme, en parvenant à résoudre les tensions liées au fait de devoir commencer à parler. Au sein des séances, cela

donnait lieu à des ruptures de confrontation de type « plaintes activités » survenant généralement dans les premières interactions. Le lien fait par le thérapeute entre ce qui était en train de se produire entre eux, c'est-à-dire la réticence d'Adeline à commencer à parler et son insistance pour que le thérapeute lui dise quoi raconter, et les attentes de la patiente dérivées de la relation qu'elle avait avec son père, a eu pour effet de supprimer ce type de ruptures.

L'exploration des thèmes relationnels centraux du patient qui sont à l'origine des ruptures de l'alliance est le focus central du travail de Safran et Muran (2000). Cette façon d'adresser les ruptures fournit l'opportunité de mieux comprendre les processus d'interprétation des patients et leurs problèmes dans la relation avec les autres, permettant ainsi de corriger les schémas relationnels dysfonctionnels. Le changement thérapeutique en est favorisé. Cependant, dans une étude de Lansford (1986), il a été mis en évidence que le fait d'adresser les ruptures en faisant des liens entre la manière dont le patient interagit avec le thérapeute et ses patterns interactionnels dans d'autres relations était une intervention plus efficace avec les patients évoluant favorablement qu'avec les patients non améliorés. Ces derniers ne seraient apparemment pas capables de tirer des bénéfices de ces interventions. De la même façon, Safran et Muran (2000) expliquent qu'il n'est pas toujours possible de travailler directement sur les thèmes relationnels centraux qui émergent de l'exploration des ruptures. Des difficultés liées au fait d'explorer des aspects inconfortables de sa propre expérience peuvent apparaître et, dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire d'adresser les ruptures de manière plus indirecte. Cela laisse donc entrevoir la possibilité que, dans la présente étude, les thérapeutes des cas non-répondants n'aient pas utilisé cette stratégie de résolution parce qu'ils estimaient que cette façon de faire n'aurait pas été appropriée, vu l'état de leurs patientes, ou qu'elle n'aurait amené aucun bénéfice.

Pour conclure, donc, chez les répondantes il a entre autre été observé l'emploi d'une stratégie de résolution ne visant pas seulement la réparation de la rupture, mais également l'exploration des raisons profondes de l'émergence de celle-ci, l'investigation de sa signification sous-jacente. Cela a permis de mettre en évidence un schéma relationnel dysfonctionnel et de proposer un travail sur la problématique interactionnelle à l'origine de la rupture. Les thérapeutes ont ainsi profité de l'opportunité de la rupture pour mieux comprendre la façon que leurs patientes ont de se rapporter aux autres et pour essayer de mettre en lumière, voire d'intervenir, sur leurs schémas interactionnels dysfonctionnels. En

revanche, chez les non-répondantes, les ruptures étaient traitées à un niveau de surface, les résolutions visant plutôt à sortir d'une impasse et à rétablir l'alliance afin de pouvoir réaliser d'autres tâches thérapeutiques. Comme expliqué par Safran et Muran (2000), non seulement l'exploration approfondie de la signification sous-jacente des ruptures, mais plusieurs résolutions « de surface » accumulées au cours de la thérapie, ont elles aussi un impact à un niveau plus profond, et sont ainsi susceptibles d'influencer positivement la façon des patients d'interpréter les interactions avec les autres. Cependant, dans cette recherche, le nombre de résolutions observées chez les cas non-répondants au traitement étant probablement trop réduit, cet effet n'a pas pu s'exprimer.

5.2. *Limites*

Bien qu'ayant partiellement permis de répondre aux questions de départ, cette recherche comporte un nombre considérable de limites.

En premier lieu, le nombre de séances analysé est petit, ce qui réduit considérablement la gamme de données disponibles. Il aurait été intéressant d'analyser plus de séances, afin d'avoir un plus grand nombre d'épisodes de rupture et de résolution de l'alliance et avoir ainsi plus de données sur lesquelles se baser pour comparer les cas répondants et ceux non-répondants au traitement. Ceci aurait permis d'explorer d'éventuelles différences dans la façon de réparer les ruptures et dans la qualité de ces résolutions. En effet, même si une différence en termes de stratégies de résolution employées a été mise en évidence, ne disposant que de peu de données sur les cas non-répondant au traitement, on ne peut pas exclure que cette différence soit due au hasard, ni être sûr que d'autres différences ne pourraient être observées. Il aurait aussi été intéressant de comparer quelques cas traités par le même thérapeute, afin de voir s'il y avait des différences dans la façon d'adresser les ruptures en fonction de certaines caractéristiques initiales des patients ou de leur dépression, et de pouvoir explorer davantage l'éventuel impact de ces particularités sur la résolution des ruptures.

Deuxièmement, les numéros de séances analysées n'étaient pas les mêmes pour toutes les patientes, ce qui rend plus difficile une comparaison de l'évolution des épisodes de rupture et de résolution entre les quatre cas.

Une troisième limite concerne la population de laquelle l'échantillon a été tiré et le type de thérapie reçu par les patientes. Les patients dépressifs hospitalisés font partie d'une catégorie spécifique, constituant une des populations les plus graves, souffrant de dépression sévère et chronique, ce qui réduit la possibilité de généraliser les résultats trouvés à d'autres populations de patients dépressifs, comme par exemple ceux consultant auprès de services ambulatoires.

De plus, les résultats obtenus dans cette recherche sont valables pour ce type de traitement spécifique, c'est-à-dire un traitement combinant une psychothérapie psychodynamique brève pour patients hospitalisés et le traitement habituel à l'hôpital, mais cela ne veut pas forcément dire qu'ils soient valables pour tous les autres types de traitement et les formes de psychothérapie. Comme les caractéristiques du traitement et du thérapeute sont des facteurs déterminants pour la relation thérapeutique, des types de ruptures ou des stratégies particulières de résolution peuvent être caractéristiques de certains thérapeutes ou de certaines formes de psychothérapie (Stiles et al., 2004). En effet, il est au cœur de la thérapie psychodynamique brève de se focaliser sur les relations interpersonnelles des patients, et de considérer la relation entre patient et thérapeute comme un véhicule pour le changement thérapeutique (Lewis et al., 2008 ; RANZCP, 2003 ; cités par O'Neal et al., 2014). Les caractéristiques de ce type particulier de traitement pourraient avoir influencé l'attention accordée par les thérapeutes aux marqueurs de rupture, la façon de les résoudre ou la décision de ne pas les adresser. Ainsi, par exemple, le fait que des tentatives de résolution visant l'exploration des thèmes relationnels centraux pour les patients aient été trouvées pourrait être lié au fait qu'il s'agissait d'un traitement d'orientation psychanalytique. En effet, Safran et Muran (2000) expliquent que ce type de psychothérapies, avec leur attention marquée pour les phénomènes de transfert et de contre-transfert, ont plus tendance à se focaliser à ce niveau.

Même si les résultats de la présente étude sont en lien avec les résultats d'autres recherches (e.g., Safran et al., 2011 ; Stiles et al., 2004 ; Strauss et al., 2006), leur généralisation doit être renforcée par des études supplémentaires avec des populations et des approches thérapeutiques différentes.

Une dernière limite concerne l'outil de codage. Le 3RS permet une évaluation moment après moment du processus thérapeutique et la cotation est faite par un observateur, ce qui le rend plus sensible et fiable, comparé à d'autres instruments d'analyse des épisodes de rupture et de réparation de l'alliance. En effet, si ces épisodes sont détectés à travers l'analyse des

fluctuations de l'alliance telle que reportée à la fin de la séance par les patients et les thérapeutes, certaines ruptures risquent d'être négligées, notamment si elles n'entachent pas suffisamment l'alliance pour que cela soit visible dans les évaluations post-séance, ou si elles sont résolues au cours même de la séance (e.g. Stiles et al., 2004). Si l'analyse prend en compte des mesures plus directes, permettant aux acteurs impliqués de reporter eux-mêmes les ruptures et les résolutions vécues pendant la séance, comme il a été fait dans l'étude de Muran et al. (2009), le risque est que, dans certains cas, les patients et les thérapeutes soient peu inclinés à reconnaître certaines ruptures. Ainsi, l'évaluation de la présence d'épisodes de rupture et de réparation de l'alliance à travers l'utilisation de mesures post-séance et/ou de mesures auto-reportées par les acteurs impliqués risque d'amener à une sous-estimation de la fréquence de celles-ci. En revanche, si la détection des ruptures se fait avec des systèmes de codage pour des observateurs, plutôt que par une auto-évaluation de la part des patients, leur fréquence est plus élevée (Safran et al., 2011 ; Muran et al., 2009). Cependant, le risque est de détecter certaines ruptures n'ayant pas une grande signification pour les acteurs impliqués. Plus particulièrement, bien que nous ayons veillé à garantir une certaine fiabilité inter-juges, il est possible qu'une sur-cotation des retraits ait été faite, en indiquant comme des mouvements de retrait les moments où les patientes donnaient des réponses « à côté » pour éviter des affects douloureux, sans pour autant se retirer de la relation thérapeutique. Il serait donc également intéressant de connaître la perception que les patientes et les thérapeutes ont des ruptures et des résolutions observées, afin d'explorer les épisodes ayant eu le plus d'importance pour eux. Ainsi, en prenant en compte la cotation des observateurs, et la perception des acteurs directement impliqués dans ces épisodes, on pourrait comprendre quelles sont les résolutions qui ont eu le meilleur impact pour les patientes et quelles sont les ruptures qui ont été les plus difficiles à réparer pour les thérapeutes.

Finalement, le fait que peu de résolutions aient été observées par rapport au nombre de ruptures survenues pourrait également être dû à une difficulté à repérer des résolutions plus subtiles des ruptures qui ont toutefois eu lieu, peut-être à cause d'une absence de correspondance avec les stratégies de résolution listées dans le manuel du 3RS. En effet, comme suggéré par Aspland et al. (2008), il se peut que certaines ruptures aient été gérées de façon couverte, surtout vu la prédominance des mouvements de retrait, et que des résolutions aient eu lieu, mais n'ont pas pu être référées à une catégorie proposée par le 3RS.

6. Conclusion

Le but de cette recherche était de décrire les épisodes de rupture, mais surtout les épisodes de résolution de l'alliance survenus au cours d'une psychothérapie psychodynamique brève pour patients dépressifs hospitalisés et, plus particulièrement, d'explorer le lien entre la résolution des ruptures et le changement thérapeutique.

Une analyse de la fréquence des ruptures et des résolutions de l'alliance a révélé que les marqueurs de retrait étaient plus fréquents que ceux de confrontation, et que, par rapport aux ruptures survenues, il y avait peu de résolutions. Les résultats ont également mis en évidence un lien positif entre la résolution d'un plus grand nombre de ruptures et la réponse au traitement, ainsi que l'évolution favorable sur le plan du fonctionnement global. De plus, chez les deux patientes ayant répondu au traitement, une stratégie de résolution particulière a été observée. Elle consiste à faire un lien entre la rupture et un pattern interpersonnel plus large dans les autres relations des patients, ce qui a permis aux thérapeutes d'explorer les thèmes relationnels centraux sous-jacents à la rupture.

Le design de l'étude étant corrélationnel, les résultats ne démontrent pas forcément que la présence d'un nombre plus élevé de résolutions soit à l'origine de l'évolution positive des patientes. En effet, il se pourrait également que, face à des patientes en voie d'amélioration, les thérapeutes aient éprouvé moins de difficultés et aient trouvé plus facile de reconnaître et de réparer les ruptures de l'alliance. Cependant, les résultats rejoignent ce qui a été mis en évidence dans la littérature au sujet des épisodes de rupture et de résolution de l'alliance, suggérant que le fait de réparer les ruptures est thérapeutique.

Les limites énoncées précédemment engagent à la prudence quant à la généralisation des conclusions tirées des résultats obtenus dans cette recherche. Il serait intéressant d'explorer les questions centrales de la présente étude sur un plus grand nombre de séances, afin de disposer de plus de données pour contraster les cas répondants et non-répondants au traitement. Ce qui permettrait également de pouvoir investiguer de manière plus approfondie si l'évolution favorable des patients est liée à l'emploi de stratégies de résolution particulières. Il serait aussi intéressant de connaître les perceptions des patients et des thérapeutes sur les ruptures et les résolutions observées, afin de comprendre quels épisodes ont eu plus d'impact pour eux et analyser plus en détail les caractéristiques de ces épisodes.

Bibliographie

- Ambresin, G., de Coulon, N., & Despland, J.-N. (2008). *Traitement psychodynamique bref de la dépression pour patient hospitalisé*. Document non publié, Université de Lausanne, Lausanne.
- Ambresin, G., Despland, J.-N., Preisig, M., & de Roten, Y. (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.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-4* (4th ed.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd. rév. ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- Arnou, B. A., & Constantino, M. J. (2003). Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, *59*(8), 893–905.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive–behavior therapy : A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, *18*(6), 699–710.
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder : A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *79*(3), 395–418.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Rouget, B. W., Gex-Fabry, M., McQuillan, A., Dupont-Willemin, A., ...Nguyen, C. (2010). Self- and clinician-rated Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale: Evaluation in clinical practice. *Journal of Affective Disorders*, *121*(3), 268–272.
- Chambeyron, L., Ortega, D., & de Roten, Y. (2013). *Système d'évaluation de rupture et résolution (3RS) : Manuel*. Document non publié, Université de Lausanne, Lausanne.

- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., & Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment, 5*(35), 1–173.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia : A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 51–62.
- Cuijpers, P., Clignet, F., van Meijel, B., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2011). Psychological treatment of depression in inpatients : A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 353–360.
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & de Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression : A meta-analysis. *Psychotherapy Research, 16*(5), 566–578.
- De Maat, S. M., Dekker, J., Schoevers, R. A., & de Jonghe, F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression : A meta-analysis. *European Psychiatry, 22*(1), 1–8.
- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 15*(6), 833–845.
- Driessen, E., Cuijpers, P., Hollon, S. D., & Dekker, J. J. M. (2010a). Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 668–680.
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C. M., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. M. (2010b). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression : A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 25–36.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2009). *Rupture resolution rating system (3RS) : Manual*. Unpublished manuscript, Beth Israel Medical Center, New York.

- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. In Muran, J. C. & Barber, J. P. (Ed.), *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice* (pp. 74–94). New York : The Guilford Press.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., & Gallop, R. (2009). Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 775–787.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 303*(1), 47–53.
- Friedman, M. A., Detweiler-Bedell, J. B., Leventhal, H. E., Horne, R., Keitner, G. I., & Miller, I. W. (2004). Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy for the Treatment of Major Depressive Disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(1), 47–68.
- Huber, T. J. (2005). Stationäre Depressionsbehandlung. Soll man Psychotherapie und Medikamente kombinieren? *Der Nervenarzt, 76*(3), 270–277.
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders, 110*(3), 197–206.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). “Difficult patients” in mental health care : A review. *Psychiatric Services, 57*(6), 795–802.
- Lansford, E. (1986). Weakenings and repairs of the working alliance in short-term psychotherapy. *Professional psychology : research and practice, 17*(4), 364–366.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review, 21*(3), 401–419.
- Leykin, Y., Amsterdam, J. D., DeRubeis, R. J., Gallop, R., Shelton, R. C., & Hollon, S. D. (2007). Progressive resistance to a selective serotonin reuptake inhibitor but not to

- cognitive therapy in the treatment of major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 267–276.
- McIntyre, S. M., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 923–931.
- Molenaar, P. J., Dekker, J., Van, R., Hendriksen, M., Vink, A., & Schoevers, R. A. (2007). Does adding psychotherapy to pharmacotherapy improve social functioning in the treatment of outpatient depression? *Depression and Anxiety*, 24(8), 553–562.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382–389.
- Moos, R. H., McCoy, L., & Moos, B. S. (2000). Global Assessment of Functioning (GAF) ratings: Determinants and role as predictors of one-year treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 449–461.
- Müller, M. J., Szegedi, A., Wetzel, H., & Benkert, O. (2000). Moderate and severe depression : Gradations for the Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 137–140.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233–248.
- O'Neal, P., Jackson, A., & McDermott, F. (2014). A Review of the Efficacy and Effectiveness of Cognitive-Behaviour Therapy and Short-Term Psychodynamic Therapy in the Treatment of Major Depression : Implications for Mental Health Social Work Practice. *Australian Social Work*, 67(2), 197–213.
- Riedel, M., Möller, H.-J., Obermeier, M., Schennach-Wolff, R., Bauer, M., Adli, M., ...Seemüller, F. (2010). Response and remission criteria in major depression – A validation of current practice. *Journal of Psychiatric Research*, 44(15), 1063–1068.

- Roubal, J., & Rihacek, T. (2014). Therapists' in-session experiences with depressive clients : A grounded theory. *Psychotherapy Research*, 1–14.
- Rush, A. J., Trivedi, M. 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. *Biological Psychiatry*, 54(5), 573–583.
- Rush, A. J., Bernstein, I. H., Trivedi, M. H., Carmody, T. J., Wisniewski, S., Mundt, J. C., ...Fava, M. (2006). An Evaluation of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology and the Hamilton Rating Scale for Depression : A Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression Trial Report. *Biological Psychiatry*, 59(6), 493–501.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 154–165.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447–458.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance : A relational treatment guide*. New York : Guilford Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 406–412.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286–291.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation and rupture resolution. In R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence based psychodynamic therapy* (pp. 201–225). New York : Human Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80–87.

- Samstag, L. W., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2004). Defining and identifying alliance ruptures. In D. P. Charman (Ed.), *Core processes in brief psychodynamic psychotherapy : Advancing effective practice* (pp. 187–214). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schramm, E., Schneider, D., Zobel, I., van Calker, D., Dykieriek, P., Kech, S., ...Berger, M. (2008). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy in chronically depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders, 109*(1-2), 65–73.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(3), 522–534.
- Startup, M., Jackson, M. C., & Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Psychological Society, 41*, 417–422.
- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., & Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 61*(2), 1–21.
- 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.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., ...Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(2), 337–345.

Annexes

Annexe 1 : Tableau résumant les définitions et les exemples des marqueurs de rupture et des stratégies de résolution

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>

Dans le contexte d'une rupture, le thérapeute reconnaît explicitement sa contribution au problème relationnel	<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>
Le thérapeute fait un lien entre la rupture et un pattern interpersonnel plus large entre le patient et le thérapeute	<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>
Le thérapeute fait un lien entre la rupture et un pattern interpersonnel plus large dans les autres relations du patient	<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>
Le thérapeute justifie la position défensive du patient	<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>

Annexe 2 : Échelle pour la cotation globale de la signification des ruptures pour l'alliance

Cotation	Signification pour l'alliance	
1	Pas de signification pour l'alliance	Pas de marqueurs de ruptures, ou seulement mineurs qui n'indiquent pas de problèmes dans l'alliance
2	Signification possible mais pas claire	Marqueurs indiquent de potentiels problèmes dans l'alliance
3	Signification modérée	Marqueurs indiquent d'importants problèmes d'alliance ; le patient et le thérapeute sont généralement capables de travailler ensemble pendant la/les rupture(s)
4	Signification élevée	Marqueurs indiquent d'importants problèmes d'alliance ; le patient et le thérapeute travaillent difficilement ensemble pendant la/les rupture(s)
5	Signification très élevée	Les marqueurs indiquent de sérieux problèmes d'alliance : le patient et le thérapeute sont dans une impasse pendant la/les rupture(s)

Annexe 3 : Échelle pour l'évaluation globale du degré de résolution de l'ensemble des ruptures survenues pendant la séance

Evaluation Générale de la Résolution	Degré auquel les ruptures ont été résolues
N/A	Aucune rupture durant la séance
1	Les ruptures n'ont pas été résolues
2	Les ruptures ont possiblement pu être partiellement résolues
3	Les ruptures ont été en partie résolues
4	Les ruptures ont été moyennement résolues
5	Les ruptures ont été significativement résolues

Annexe 4 : Feuille de cotation du 3RS

Feuille de cotation 3RS

Cas : Séance : Codeurs :

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											
Déni											
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 :

.....

Annexe 5 : Tableau complet de la fréquence de confrontations, retraits et résolutions au cours des quatre séances analysées pour les quatre patientes

	1 ^{ère} séance	2 ^{ème} séance	3 ^{ème} séance	4 ^{ème} séance	Total
Répondeurs					
Amanda					
<i>Confrontations</i>	3	–	3	1	7
<i>Retraits</i>	1	9	2	2	14
<i>Résolutions</i>	1	–	4	–	5
Adeline					
<i>Confrontations</i>	4	2	–	1	7
<i>Retraits</i>	4	3	2	4	13
<i>Résolutions</i>	5	3	–	1	9
Non Répondeurs					
Magda					
<i>Confrontations</i>	2	–	1	–	3
<i>Retraits</i>	5	6	5	5	21
<i>Résolutions</i>	1	–	2	–	3
Morgane					
<i>Confrontations</i>	1	–	1	2	4
<i>Retraits</i>	–	4	1	3	8
<i>Résolutions</i>	–	–	–	1	1