

Université de Montréal

Le développement de l'alliance précoce :  
un ajustement des interventions du thérapeute au  
fonctionnement défensif du patient

par

Josée Despars

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade  
Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
Option psychologie clinique dynamique

Avril 2002

© Josée Despars, 2002



BF  
22  
U54  
2002  
v. 037

Le développement de l'individu dépend  
de l'interaction des facteurs biologiques et  
environnementaux.

par

Joseph Pignatelli

Département de psychologie  
Faculté des arts et des sciences

Il est attesté que la Faculté des arts et des sciences  
de l'Université de Moncton a accepté de publier  
ce livre de l'auteur M. Joseph Pignatelli.  
En témoignage de quoi, le 15 Mars 1972.



Avril 1972

Joseph Pignatelli, 1972

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Le développement de l'alliance précoce : un ajustement des interventions du thérapeute au fonctionnement défensif du patient

Présentée par  
Josée Despars

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Marc-André Bouchard  
Président-rapporteur

Margaret Kiely  
Directrice de recherche

John Christopher Perry  
Codirecteur

Mireille Cyr  
Membre du jury

Michael Bond  
Examineur externe

## SOMMAIRE

La présente recherche s'inscrit dans le champ des études sur le processus psychothérapeutique et plus spécifiquement dans celui du développement de l'alliance précoce. Elle porte sur un aspect encore peu exploré de la relation patient-thérapeute, à savoir sur l'ajustement des interventions du thérapeute aux mécanismes de défenses du patient lors des quatre premières rencontres. Elle vise à observer l'incidence de cet ajustement sur le développement de l'alliance précoce.

Il s'agit d'une étude naturalistique. Pour ce faire, 24 patients s'adressant à la Polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne (Suisse) et bénéficiant d'une Investigation Psychodynamique Brève (IPB) ont accepté d'être filmés et de répondre à un questionnaire d'alliance. Une fois les entretiens retranscrits et après avoir codé toutes les interventions des thérapeutes et les défenses utilisées par les patients, un ratio d'ajustement entre les interventions du thérapeute et les défenses du patient a été établi. Le but fixé était d'évaluer dans quelle mesure il existe un lien entre ce ratio et le développement de l'alliance précoce.

L'introduction de cette thèse évoque brièvement certains aspects théoriques et présente les objectifs de la recherche. A cette introduction succèdent deux articles et un chapitre qui se veut une discussion sur la recherche effectuée. Le premier



article intitulé " Le développement de l'alliance thérapeutique : Influence des interventions du thérapeute et des défenses du patient " est la seconde version d'un article déjà publié dans la revue Psychothérapies (septembre 2001). Le deuxième article, " Rôle de l'ajustement des interventions du thérapeute face au fonctionnement défensif du patient lors de l'établissement de l'alliance" est soumis pour publication à la Revue Québécoise de Psychologie. Le premier article présente une revue de la littérature sur l'alliance et expose le concept d'ajustement. Le deuxième article présente la méthodologie de cette recherche et en fournit les résultats principaux.

Les résultats obtenus suite aux analyses quantitatives montrent que les défenses du patient à elles seules ainsi que les interventions du thérapeute à elles seules ne représentent pas des facteurs susceptibles d'influencer le développement de l'alliance précoce. Par contre, la valeur d'ajustement à la première séance montre des liens significatifs avec les valeurs d'alliance à toutes les séances.

A la suite de ces résultats, l'auteure discute certaines interprétations et porte un regard critique sur l'étude elle-même. Finalement quelques pistes de recherches futures dans le domaine du processus thérapeutique et du développement de l'alliance précoce sont proposées.

## TABLE DES MATIERES

Sommaire .....	ii
Table des matières .....	iv
Liste des tableaux et figures .....	vi
Remerciements .....	vii
Introduction .....	1
- Objectifs spécifiques de recherche .....	4
Chapitre I : <i>Le développement de l'alliance précoce :</i> (premier article) <i>influence des interventions du thérapeute et des défenses du patient</i> .....	6
- Résumé .....	8
- Introduction .....	10
- Le concept d'alliance .....	10
Le développement de l'alliance .....	12
Facteurs qui influencent l'alliance.....	13
Facteurs prédictifs chez le patient .....	14
Facilitation de l'alliance par le thérapeute	15
Technique utilisée par le thérapeute.....	15
- Ajustement : défenses et interventions.....	17
Choix des défenses .....	17
Mesures des défenses .....	19
Défenses et hiérarchisation .....	20
Choix des interventions .....	21
Mesures des interventions .....	22
Management des niveaux de défenses .....	24
Interventions et défenses .....	25
- Conclusion .....	28
Ajustement aux défenses du patient.....	28
- Références .....	30
Chapitre II: <i>Rôle de l'ajustement des interventions du (second article) thérapeute face au fonctionnement défensif du patient lors du développement de l'alliance</i> .....	40
- Résumé .....	42
- Introduction .....	44
- Méthode .....	50
Procédure .....	50
Patients .....	50

Traitement .....	52
Thérapeutes .....	53
Nature des données .....	53
- Mesures.....	54
Alliance .....	54
Défenses .....	55
Interventions du thérapeute .....	56
Ajustement .....	58
- Résultats .....	58
Alliance .....	58
Défenses.....	60
a) Nombre de défenses.....	60
b) Catégories défensives.....	60
c) ODF (Fonctionnement défensif Moyen) .....	61
Interventions du thérapeute .....	62
a) Catégories d'interventions .....	62
b) ESIL .....	63
Ajustement.....	64
- Discussion .....	66
Variables isolées : défenses et interventions	67
Ajustement .....	68
- Références .....	73
- Annexes .....	79
Discussion.....	81
- Choix du thème du développement de l'alliance précoce .....	82
- Conceptualisation de l'ajustement .....	85
- Critiques du concept d'ajustement.....	86
- Conclusion.....	89
Références .....	94
Annexes générales .....	101
- Annexe A Formulaires de recherche .....	102
a) Consentement de participation à la recherche.	102
b) Autorisation d'enregistrement .....	103
c) Autorisation d'utilisation des enregistrements	104
- Annexe B Questionnaire du HaqI.....	105
- Annexe C Feuille de cotation du DMRS .....	106
- Annexe D Feuille de cotation du PIRS .....	107
- Annexe E Données brutes .....	108

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figures dans l'Annexe du Chapitre II.....	79
Figure 1.    Ratio d'ajustement (AR) .....	79
Figure 2.    Profils d'alliance .....	80
Figures et tableaux dans l'Annexe E des Annexes générales	108
Tableau 1.    Echantillon .....	108
Tableau 2.    DMRS: Données relatives par catégorie S1 & S2..	109
Tableau 2bis.DMRS: Données relatives par catégorie S3 & S4..	110
Tableau 3.    PIRS: Données relatives par catégorie S1 & S2..	111
Tableau 3bis.PIRS: Données relatives par catégorie S3 & S4..	112
Tableau 4.    PIRS: Données brutes (interprétation/soutien)..	113
Tableau 5.    PIRS: Données relatives (interprétation/soutien)	114
Tableau 6.    ODF, ESIL et Ajustement : Moyennes S1 à S4.....	115

## REMERCIEMENTS

L'auteure tient à exprimer ses remerciements auprès de Madame Margaret Kiely pour son soutien et ses encouragements constants, à Monsieur Chris Perry et à Monsieur Jean-Nicolas Despland pour leur supervision tout au long de cette recherche, à Madame Elena Martinez pour son appui moral et technique, et enfin à tous les proches, mon époux et mes filles, qui ont manifesté leur soutien au cours de l'élaboration de ce travail de thèse.

## INTRODUCTION

Une revue de la littérature permet de constater que l'alliance précoce représente le principal facteur pronostique de l'issue thérapeutique, et ceci au sein d'approches différentes et pour des patients présentant une symptomatologie variée (Gaston, 1990). L'effet thérapeutique de l'alliance a été démontré tout d'abord dans le champ des psychothérapies psychanalytiques, brèves ou de longue durée, individuelles ou de groupe (Martin, Garske & Davis, 2000). L'alliance a également fait ses preuves dans les domaines des psychothérapies cognitives et comportementales, chez des patients hospitalisés ainsi que dans les thérapies systémiques de couple et de famille (Saketopoulou, 1999).

L'intérêt pour le concept d'alliance et son rôle dans la psychothérapie a favorisé, dans un premier temps, le développement de différents instruments de mesure. Les nombreuses recherches à ce sujet ont ensuite permis le développement de définitions plus précises et détaillées, incluant plusieurs dimensions. Gaston (1990) propose une approche multi-dimensionnelle de l'alliance en considérant que les différentes dimensions de l'alliance sont complémentaires les unes des autres. Enfin, de manière générale, on constate que toutes les définitions de l'alliance se réfèrent à des aspects de

collaboration aussi bien du point de vue affectif que cognitif (Gaston, 1990). Certaines questions demeurent toutefois en suspens. Il serait utile par exemple de voir si le processus de construction de l'alliance est le même au sein des différentes approches. Le développement de l'alliance recourt-il au même processus selon les formes de traitement ou existe-t-il des facteurs spécifiques à chaque traitement ? Ces interrogations s'insèrent dans un vaste projet de recherche sur le processus thérapeutique au sujet des facteurs communs et spécifiques entre les différentes théories et les formes de traitement. La présente recherche s'inscrit, du moins en partie, dans ce projet en se penchant spécifiquement sur un temps d'investigation défini par quatre séances (Gilliéron, 1989).

La construction de l'alliance est influencée par trois principaux groupes de facteurs, à savoir les caractéristiques du patient, les caractéristiques du thérapeute et la technique du thérapeute (Horvath, Gaston et Luborsky, 1993). L'étude de ces paramètres montre que les facteurs du patient n'expliquent pas, à eux seuls, le développement de l'alliance. Ceci laisse entendre que l'alliance est malléable, dans le sens qu'elle peut être influencée par des facteurs extérieurs au patient. Par exemple, certaines caractéristiques (capacité d'empathie, capacité à assumer son contre-transfert) du thérapeute influencent la construction de l'alliance, mais elles restent encore peu claires

(Luborsky, 1994 ; Safran, Muran, Wallner-Samsrag, 1994). En ce qui concerne la technique utilisée, la discussion sur la valeur de l'interprétation en tant qu'élément ultime pour favoriser l'alliance est encore ouverte (Gaston et Marmar, 1994). L'interprétation reste-t-elle l'outil sacré ? Au lieu de considérer isolément les paramètres techniques du thérapeute et du patient, l'idée de considérer des facteurs chez le thérapeute en interaction avec des aspects du patient est beaucoup plus intéressante. Plusieurs auteurs ont déjà relevé l'importance de l'interaction entre le patient et le thérapeute soit en termes d'ajustement mutuel (Horvath et Luborsky, 1993), de coordination (Westerman, Foote et Winston, 1995) ou de collaboration émotionnelle réciproque (Sexton, Hembre et Kvarme, 1996). Cette dimension de collaboration a particulièrement retenu notre attention. Pourrait-on envisager l'idée d'un dosage optimal, en terme d'interprétation et de soutien face à certaines caractéristiques du patient ? Le choix des défenses comme paramètre chez le patient est lié aux aspects suivants : les défenses représentent une pierre angulaire dans la personnalité du patient, différentes échelles de mesures pour les défenses ont été validées, et surtout les défenses constituent une sorte de fenêtre intrapsychique du fonctionnement du patient (Perry et Kardos, 1994).



Enfin, il semble que l'aspect relationnel entre le patient et le thérapeute mérite un approfondissement afin de mieux cerner les facteurs impliqués dans le développement de l'alliance précoce. Le concept d'ajustement est défini par le dosage optimal des interventions du thérapeute, en termes d'interprétation et de soutien, face aux défenses du patient.

#### Objectifs spécifiques de recherche

Compte tenu du contexte théorique, classant l'alliance comme le meilleur élément pronostique de l'issue thérapeutique, il paraît utile d'effectuer une recherche sur les facteurs susceptibles d'influencer le développement de l'alliance précoce.

L'hypothèse formulée dans cette étude défend l'idée que le niveau d'ajustement des interventions du thérapeute, en termes d'interprétation ou de soutien, par rapport à l'organisation défensive du patient, joue un rôle dans l'émergence de l'alliance précoce.

Un patient qui présente une organisation défensive moins mature bénéficierait davantage d'interventions orientées vers le soutien pour développer une alliance positive.

A l'inverse, un patient qui dispose d'une organisation défensive plus mature, bénéficierait d'interventions davantage orientées vers l'exploration pour développer une bonne alliance.

Les objectifs définis dans cette étude sont les suivants :

- (1) Définir le concept d'ajustement.
- (2) Evaluer la valeur prédictive des mécanismes de défenses des patients sur l'évolution de l'alliance.
- (3) Evaluer la valeur prédictive des interventions du thérapeute sur l'évolution de l'alliance.
- (4) Evaluer la valeur prédictive du ratio d'ajustement sur le développement de l'alliance précoce.

Dans le chapitre 1 (l'article intitulé " Le développement de l'alliance thérapeutique : influence des interventions du thérapeute et des défenses du patient "), l'auteure présente une revue de la littérature sur l'alliance et introduit le concept d'ajustement (objectif 1). Dans le deuxième chapitre (l'article intitulé " Rôle de l'ajustement des interventions du thérapeute face au fonctionnement défensif du patient lors du développement de l'alliance") l'auteure expose la méthodologie de la recherche, présente les résultats (objectif 2-3-4) et discute certaines interprétations.

Enfin, dans la discussion, l'auteure commente ses motivations à faire cette étude et discute la portée des résultats. Finalement, sont proposées quelques pistes de recherches futures.

## Chapitre I

*(premier article)*

**Le développement de l'alliance thérapeutique : influence des  
interventions du thérapeute et des défenses du patient**

LE DEVELOPPEMENT DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE : INFLUENCE DES  
INTERVENTIONS DU THERAPEUTE ET DES DEFENSES DU PATIENT

THERAPEUTICAL ALLIANCE BUILDING : CONTRIBUTION OF THERAPIST'S  
INTERVENTIONS AND PATIENT'S DEFENSES

Josée Despars\*, Margaret C. Kiely\*\*, J.Christopher Perry\*\*\*

\* Josée Despars, M.Sc.Etudiante Ph.D., Université de Montréal

\*\* Margaret C. Kiely, Ph.D., Professeur à l'Université de  
Montréal

\*\*\*J.Christopher Perry, M.D.,M.P.H., Professeur à l'Université  
McGill

## RESUME

Le but de cet article est de présenter du point de vue théorique certains paramètres susceptibles d'intervenir dans la construction de l'alliance précoce. Il s'agit plus précisément de discuter l'hypothèse selon laquelle le style d'intervention du thérapeute (soutenant ou interprétatif) devrait s'ajuster aux défenses du patient. La notion d'ajustement entre le thérapeute et le patient introduite ici est déterminée par l'utilisation plus ou moins nombreuse d'interventions exploratrices ou de soutien en fonction du niveau de maturité défensive du patient.

Mots-clés : alliance initiale - défenses du patient -  
interventions du thérapeute - ajustement



## INTRODUCTION

Les études au sujet de l'alliance thérapeutique suscitent un intérêt majeur dans le sens où de nombreuses recherches reconnaissent celle-ci comme l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue thérapeutique (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien et Auerbach, 1985). Certains auteurs soulignent l'importance de la relation entre le patient et le thérapeute, soit en termes de coordination (Westerman, Foote et Winston, 1995) d'ajustement mutuel (Horwath et Luborsky, 1993) ou de collaboration émotionnelle réciproque (Sexton, Hembre et Kvarme, 1996). Le point de vue soutenu dans cet article est que l'interaction entre le patient et le thérapeute joue un rôle décisif dans le développement de l'alliance, en particulier le niveau d'ajustement des interventions du thérapeute face à l'organisation défensive du patient. Il s'agit maintenant de présenter une revue de littérature au sujet de l'alliance et sur les paramètres utilisés pour introduire le concept d'ajustement.

## LE CONCEPT D'ALLIANCE

L'origine du concept d'alliance puise ses racines dans le champ psychanalytique avec les considérations théoriques de Freud (1926) sur le transfert. Dans ses écrits, Freud marque une distinction entre les aspects de la réalité (collaboration au

niveau de la relation) et d'autres facettes faisant plutôt référence à une distorsion de la réalité (transfert).

A partir des années 1970, le développement de la recherche et l'intérêt voué à la notion d'alliance a stimulé plusieurs chercheurs (Gomes-Schwartz, 1978 ; Hartley et Strupp, 1983 ; Horwath et Greenberg, 1989 ; Luborsky, 1976 ; Marmar, Weiss et Gaston, 1989 ; Marziali, 1984) à créer des outils de mesures pour renouveler ce concept, le valider et en évaluer la qualité. La prolifération des recherches dans ce domaine débouche sur de nouvelles définitions. En 1990, Gaston propose une nouvelle approche soit, de considérer chaque définition comme une dimension relativement différente tout en étant complémentaire avec les autres. Gaston relève quatre dimensions de l'alliance :

- a) la relation affective du patient vis-à-vis du thérapeute;
- b) l'alliance de travail ou la capacité du patient à travailler dans la thérapie;
- c) le niveau de compréhension empathique et l'implication du thérapeute;
- d) l'accord entre le patient et le thérapeute au sujet des buts et des tâches du traitement.

De manière plus globale, l'auteur souligne que toutes les définitions incluent des dimensions de collaboration et d'interaction.

Les dimensions de l'alliance impliquées dans cette étude font référence à la relation affective, à l'empathie du thérapeute et à l'accord patient-thérapeute sur le traitement. Le



questionnaire utilisé est la première version du questionnaire d'alliance de Alexander et Luborsky (1986).

#### LE DEVELOPPEMENT DE L'ALLIANCE

Si la question de la construction de l'alliance suscite de plus en plus d'intérêt, c'est que l'on a amplement validé, dans un premier temps, l'importance de l'alliance dans le processus thérapeutique au sein de plusieurs approches (Saketopoulou, (1999). Une étude importante (N=225) effectuée dans le cadre du *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program* (Krupnich et al., 1996), montre des résultats intéressants au sujet de la contribution de l'alliance sur l'issue thérapeutique. Suite à la comparaison de différents traitements, tous standardisés (psychothérapie cognitive et comportementale, psychothérapie interpersonnelle, médicamenteuse et *clinical management*, placebo et *clinical management*), les auteurs relèvent que le rôle joué par l'alliance (niveaux comparables d'alliance entre les différents traitements) explique davantage la variance de l'issue thérapeutique que les traitements seuls. Certaines questions restent toutefois encore à explorer en ce qui concerne le processus de l'alliance. Par exemple, les facteurs impliqués pour expliquer l'alliance sont-ils les mêmes lorsque l'on compare différentes formes de traitements? Les facteurs sont-ils les mêmes selon l'évolution de l'alliance au cours du temps ?

Les mesures de l'alliance ont permis de repérer deux phases critiques au sein de son évolution. La première correspond à l'émergence de l'alliance initiale et se situe à l'intérieur des cinq premières rencontres avec un point sensible lors de la troisième séance (Horvath, 1981). La seconde phase intervient lorsque le thérapeute interagit avec les anciens fonctionnements névrotiques du patient (Horvath, Gaston et Luborsky, 1993) et que l'alliance est soumise à un cycle de ruptures et de réparations (Safran, Crocker, McMain et Murray, 1990).

En résumé, l'idée retenue dans cet article est que l'alliance précoce est associée au climat affectif entre le patient et le thérapeute et qu'elle est un excellent prédicteur des résultats du traitement (Gaston, Marmar, Thompson et Gallagher, 1988). Bien que plusieurs études aient abordé les facteurs impliqués dans la construction de l'alliance, il semble que ce sujet mérite d'être exploré davantage.

#### FACTEURS QUI INFLUENCENT L'ALLIANCE

Parmi les études qui s'intéressent au processus de l'alliance, les auteurs ont dégagé trois types de facteurs soit: les caractéristiques du patient, les caractéristiques du thérapeute et la technique thérapeutique (Horvath, Gaston et Luborsky, 1993).

## FACTEURS PREDICTIFS CHEZ LE PATIENT

Plusieurs études ont exploré l'impact de diverses caractéristiques du patient au niveau de l'alliance. Horvath (1991) résume onze de ces travaux et conclut que les aspects étudiés chez le patient peuvent être regroupés en trois catégories de mesures, soit les habiletés interpersonnelles ou intrapersonnelles du patient et le diagnostic. La catégorie interpersonnelle fait référence à des mesures telles que la qualité des relations sociales du patient, celle des relations familiales et aux indices de stress de la vie courante. La catégorie intrapersonnelle, quant à elle est définie par la motivation du patient, le status psychologique, la qualité des relations d'objet et les attitudes. Le diagnostic se réfère à la sévérité du problème au début du traitement ou à son pronostic. De manière générale, il ressort que les caractéristiques du patient montrent des corrélations faibles avec le développement de l'alliance.

En résumé, le fait que les caractéristiques du patient ne suffisent pas à expliquer le développement de l'alliance suggère que, la construction de l'alliance est quelque chose de souple et qui se construit à deux. Il ne s'agit pas d'un phénomène passif, mais plutôt d'une relation sur laquelle le thérapeute peut intervenir pour en influencer le développement.

#### FACILITATION DE L'ALLIANCE PAR LE THERAPEUTE

L'impact des caractéristiques personnelles du thérapeute sur l'alliance a fait l'objet de nombreuses études empiriques (Saketopoulou, 1999). Quelques corrélations positives sont à relever : les traits de personnalité, la capacité du thérapeute à s'engager et à poser un cadre (Luborsky, 1994), la capacité du thérapeute à développer une relation chaleureuse et empreinte de soutien (Hartley et Strupp, 1983) ou la capacité du thérapeute à assumer son contre-transfert (Safran, Muran, et Wallner-Samsrag, 1994).

#### TECHNIQUE UTILISEE PAR LE THERAPEUTE

Plusieurs études s'accordent pour reconnaître l'importance des interventions du thérapeute par rapport au développement de l'alliance (Gaston, Marmar et Ring, 1989 ; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien et Auerbach, 1985 ; Piper, Joyce, McCallum et Azim, 1998 ; Safran et al., 1990). L'influence de la technique sur l'alliance thérapeutique est souvent discutée en termes d'interprétation et de soutien. Par exemple, " comment et quand se montrer introspectif et, comment et quand se montrer soutenant " est toujours une question d'actualité (Wallerstein, 1986, p.689).

Une étude de Olinsky et Horward (1987) propose un modèle interactif dans lequel ils associent, entre autres, le type

d'interventions thérapeutiques et la capacité d'introspection du patient. La structure défensive est un des facteurs susceptibles d'influencer la capacité d'introspection.

Par ailleurs, une étude de Piper et al., (1998) fournit d'autres résultats sur la relation entre un facteur observé chez le patient et les interventions du thérapeute. Les auteurs constatent que la variabilité au niveau de l'alliance est différente selon le type de relation d'objet (QOR) et le " *psychological mindedness* " (PM) du patient et le type de situation thérapeutique. Le QOR se réfère au modèle relationnel principal du patient. Le PM se réfère à la capacité du patient de comprendre les gens et leurs problèmes sur le plan psychologique. Les patients qui présentent un niveau plus élevé en terme de QOR et de PM se montrent plus réceptifs aux interprétations du thérapeute. Ceux avec un niveau plus bas se montrent plus réceptifs aux interventions de soutien. Les auteurs concluent que les patients avec un QOR élevé se montrent plus aptes à tolérer les demandes liées à la situation interpersonnelle et moins inquiets de perdre la relation.

En résumé, il semble que la technique doit être modulée selon le patient. Ceci rejoint l'idée de Bordin (1979) pour qui la technique et les aspects du patient sont interdépendants dans la conceptualisation de l'alliance. Une alliance positive est le fruit d'une collaboration dans laquelle le thérapeute se doit

d'être attentif au climat relationnel et intervenir en tenant compte de certaines difficultés chez le patient.

#### AJUSTEMENT : DEFENSES ET INTERVENTIONS

L'émergence d'une bonne alliance est souvent comparée à une réaction chimique favorable ou néfaste entre le patient et le thérapeute. Comment se crée l'alchimie entre un patient et un thérapeute au moment de la rencontre? L'intérêt de cette recherche est de vérifier du point de vue empirique, ce qui est souvent décrit de manière intuitive, par rapport aux défenses du patient et aux interventions du thérapeute. Le choix des deux paramètres mis en relation (défenses et interventions) se justifie pour plusieurs raisons.

#### CHOIX DES DEFENSES

Du point de vue clinique, il est admis de considérer les défenses avant d'offrir des interprétations, susceptibles parfois d'alarmer le patient. Les défenses représentent un point de repère qui aide le clinicien à évaluer les risques de déclencher un signal d'angoisse chez le patient (Freud, 1926).

Toute nouvelle rencontre est mobilisatrice au niveau des affects et donc des défenses. Dans la majorité des cas, les demandes de consultation en psychiatrie sont liées à une crise soit relationnelle, soit organique ou intrapsychique, c'est-à-

dire dans un moment d'épuisement des mécanismes de défenses (Gilliéron, 1994).

Par ailleurs, les représentations concernant la psychothérapie sont parfois chargées d'attentes irréalistes, de préjugés, de culpabilité, de honte et de dépit. Ces représentations trahissent des modes de fonctionnements défensifs particuliers (idéalisation du thérapeute, dévalorisation, etc.) et s'inscrivent dans le mouvement transférentiel. A titre d'exemple, un patient qui consulte, malgré d'intenses préjugés au sujet de la psychothérapie, peut manifester son mépris par le biais d'une formation réactionnelle. Derrière une façade de collaboration il n'établit pas une relation de confiance, mais au contraire développe, de façon prématurée, un transfert de résistance. Si un patient se défend par l'hypochondrie, il formule quant à lui un appel à l'aide de manière répétitive sans parvenir à se montrer réceptif aux réponses du thérapeute. Un tel déséquilibre exige, pour qu'une véritable rencontre se produise, que le patient puisse quitter, un moment du moins, la sécurité que lui offre l'écoute de ses symptômes pour se montrer introspectif. Dans ce genre de situation, le niveau d'alliance peut être compromis, surtout si le patient perçoit les interprétations du thérapeute comme des agressions. Selon le mode d'interventions du thérapeute, certains patients risquent de devenir plus méfiants et aggraver leur état (Gabbard et al., 1994).

## MESURES DES DEFENSES

Le développement d'outils de mesure pour les défenses a rendu possible l'étude, au niveau empirique, d'un concept considéré comme une pierre angulaire dans le domaine psychanalytique. Les défenses ne peuvent être directement accessibles au sujet lui-même, ni à un observateur. Elles peuvent toutefois être inférées par un observateur extérieur à partir des résultats ou des conséquences de celles-ci (Perry et Ianni, 1998). C'est à partir des années 1960 que certains auteurs ont commencé à élaborer des méthodes pour analyser les défenses. Récemment, une revue effectuée par Perry et Ianni (1998) souligne l'existence de plusieurs méthodes. Bien que chacune d'entre elles ait des applications spécifiques, il ressort que ces différents instruments démontrent un bon potentiel dans le domaine de la recherche clinique. Malgré des variations concernant le nombre de défenses et au sujet des définitions, les auteurs relèvent le consensus suivant : " a) Il s'agit d'une réponse psychologique automatique à un stress interne ou externe ou à un conflit émotionnel b) Les défenses sont des réponses automatiques ; souvent la personne est totalement inconsciente des opérations défensives et il arrive qu'elle puisse être partiellement consciente de celles-ci. c) Les traits de caractère sont partiellement formés par les défenses que le sujet utilise dans différentes situations. d) Une revue récente de la littérature a



recensé quarante-deux défenses différentes décrites par divers auteurs " (Perry et Cooper, 1987). Enfin, bien qu'il s'agisse d'un domaine nouveau et que de plus amples travaux à ce sujet soient indispensables, de nombreux arguments appuient l'idée d'étudier ces mécanismes dans le domaine de la recherche clinique (Perry et Ianni, 1998).

#### DEFENSES ET HIERARCHISATION

Considérer les défenses paraît également justifié puisque celles-ci traduisent la capacité d'adaptation de l'individu (Vaillant, 1992) et représentent une sorte de fenêtre intra-psychique (Perry, Kardos et Pagano, 1993) par rapport au fonctionnement du patient. Vaillant (1992) illustre l'importance des défenses pour la formulation diagnostique en comparant le travail thérapeutique à celui du médecin généraliste. Pour intervenir adéquatement, le praticien généraliste doit lui aussi inférer la pathologie sous-jacente à partir de certains signes. Identifier un mécanisme de défense permet de repérer le fonctionnement psychique sous-jacent, de donner un sens aux réactions du patient et surtout d'éviter de répondre avec des interventions qui risqueraient d'entrer en symétrie avec les défenses du patient.

Vaillant (1992) estime que les défenses doivent être prises en considération autant au niveau diagnostique que par rapport au traitement. Les défenses sont comme des " scripts stéréotypés ",

qui lors de situations stressantes, permettent au clinicien de saisir la nature du jeu défensif. Il est possible de les apparenter à une sorte de langage qui sert à communiquer autour des affects et des idées.

Enfin, la hiérarchisation des défenses (Perry, 1990 ; Perry et Cooper, 1989 ; Vaillant, 1971) représente un pas important pour l'utilisation empirique des mécanismes de défenses. En résumé, les différents niveaux de maturité défensive peuvent être un moyen de situer le patient dans son fonctionnement, face aux différents types d'interventions.

#### CHOIX DES INTERVENTIONS

Longtemps, en psychanalyse, l'interprétation a été considérée comme le principal outil thérapeutique. Il est dorénavant admis que les techniques de soutien ont également leur importance dans le travail thérapeutique. L'impact des différentes interventions, selon certaines caractéristiques du patient, mérite toutefois d'être approfondi (Milbrath, Bond, Cooper, Znoj, Horowitz et Perry, 1999; Wallerstein, 1986 ). Valider le rôle des différentes interventions semble important, d'autant plus que le dosage des interventions entre le soutien et l'interprétation n'est pas toujours une tâche simple. Le travail délicat que cela représente est parfois banalisé en présence notamment, de certains biais contre-transférentiels. Il apparaît en effet parfois

problématique d'offrir des interventions de soutien, avec par exemple le risque de se sentir coupable (Gabbard et al., 1994). Cette difficulté à s'adapter et à offrir du soutien lorsque cela semble indiqué est associée à une croyance longtemps valorisée selon laquelle l'interprétation représente l'outil de travail sacré. Le risque dans ces cas est que la frustration contre-transférentielle mène à une détérioration de l'alliance si le thérapeute tente de réduire son malaise par une escalade d'interprétation. Enfin, vu l'importance des implications cliniques et pratiques dans le développement de l'alliance, il paraît important de valider le rôle joué par les différentes formes d'interventions.

#### MESURES DES INTERVENTIONS

L'intérêt croissant pour étudier les différents types d'interventions a favorisé le développement de plusieurs échelles. Celles-ci permettent actuellement de délimiter les principales réponses verbales du thérapeute et de distinguer les interventions interprétatives et de soutien (Bond, Cooper, Milbrath, Znoj, Horowitz et Perry, 1996 ; Gabbard et al., 1994 ; Gaston et Ring, 1992 ; McCullough, Winston et Farber, 1991). Si du point de vue empirique, l'efficacité de l'interprétation dans la psychothérapie brève a été démontrée, peu d'études ont tenté

de mesurer les effets des interventions de soutien (Milbrath et al., 1999).

Parmi les différents travaux centrés sur la technique, des chercheurs de la *Menninger Clinic Treatment Interventions Project*, propose de considérer les interventions sur la base d'une échelle en continuum « interprétation-soutien », réparties en sept catégories (Gabbard, 1994). Lorsque le thérapeute se montre hautement introspectif, il cherche à déclencher des " insights ". Lorsqu'il offre des interventions situées davantage du côté du soutien, il aide le patient à s'adapter aux stress, et ne favorise pas les " insights " concernant les désirs et défenses inconscientes (Roskin, 1982).

De manière générale, tous les patients reçoivent les différentes formes d'intervention. La discussion sert plutôt à guider le thérapeute vers l'un des deux pôles (interprétation-soutien) et se base sur des aspects tels que: le niveau symptomatique, le niveau de fonctionnement du patient associé à sa structure de personnalité, la force de son moi, ses possibilités de mobilisations psychiques et le niveau défensif (Blatt, 1992 ; Gabbard et al., 1988 ; Luborsky, 1992).

Enfin, malgré l'existence de travaux empiriques et une importante littérature au sujet des différentes modalités de traitement, le débat concernant le dosage approprié entre les

deux types d'interventions selon les caractéristiques du patient est encore ouvert.

#### MANAGEMENT DES NIVEAUX DE DEFENSES

La façon d'interagir selon les niveaux défensifs du patient a été discuté par Vaillant (1992). Celui-ci accorde une attention particulière au management des défenses immatures. La technique privilégiée par rapport aux autres niveaux de défenses (matures, psychotiques, névrotiques) est plus clairement établie. Les défenses matures n'exigent aucune intervention du thérapeute si ce n'est le respect de celles-ci. Les défenses psychotiques ne peuvent, elles non plus, être adressées sous forme d'interprétation au risque de désorganiser davantage le patient. L'interprétation des défenses névrotiques, quant à elle, a longuement été discutée. L'interprétation avec un patient qui présente surtout des défenses névrotiques a peut-être plus de chance d'être acceptée, si on considère que celui-ci cherche davantage à se comprendre. Un patient qui présente essentiellement cette catégorie de défenses peut éventuellement faire bon usage d'une interprétation en sachant que les défenses de niveau intermédiaire (névrotiques) présentent une plus grande souplesse (Winston, Samstag, Winston et Muran, 1994). Ces mêmes défenses peuvent cependant aussi entraver le développement de l'alliance. Par exemple, la rationalisation, la formation

réactionnelle et l'intellectualisation sont des défenses qui entravent particulièrement la capacité du patient à se montrer introspectif (Vaillant, 1992).

Le patient qui affiche des défenses état-limites quant à lui, fait porter sa souffrance aux autres. Vaillant (1977) estime que l'interprétation de ce type de défenses peut davantage représenter une menace pour le sentiment d'intégrité du patient. Dans ce cas, l'interprétation risque d'interférer avec le développement de l'alliance et de compromettre le désir de s'engager dans un processus thérapeutique authentique.

#### INTERVENTIONS ET DEFENSES

L'interaction entre l'organisation défensive du patient et les interventions du thérapeute a déjà été étudié de façon empirique par quelques auteurs (Foreman et Marmar, 1985 ; Hartley et Strupp, 1983 ; Orlinsky et Howard , 1987 ; Winston et al., 1994). Winston & al.(1994) ont observé les interventions du thérapeute s'adressant aux défenses (*Therapist adressing defense*; TAD). Le nombre de fois où le thérapeute s'adresse aux défenses (TAD) est corrélé de manière positive à l'issue thérapeutique. En fait, les thérapeutes s'adressent plus facilement aux défenses intermédiaires et immatures. Les auteurs expliquent ceci en disant que les patients qui présentent des défenses moins matures et une certaine somme de défenses sont peut-être plus faciles à

traiter parce qu'ils présentent des traits psychopathologiques plus marqués. Enfin, s'adresser à ces défenses entraîne leur diminution au cours du traitement.

Ces résultats ne s'accordent pas à l'étude de Crits-Cristoph, Cooper et Luborsky (1988), dans laquelle il est conclu qu'interpréter les défenses ne contribue pas à prédire une issue favorable. En revanche, ils soutiennent les travaux de Foreman et Marmar, (1985) et de Truax et Wittmer (1973). Dans l'étude de Foreman et Marmar (1985) un groupe de six patients affichant une alliance initiale basse, montre une nette amélioration de l'alliance lorsque les thérapeutes interprètent, entre autres, activement les défenses.

Parmi les études qui s'intéressent aux défenses et aux stratégies thérapeutiques, il existe un intérêt particulier envers les patients difficiles et ayant des personnalités de type état-limite (Gabbard et al., 1988 ; Kernberg, 1976). L'interprétation de transfert avec ce type de patients suscite l'attention. Selon Kernberg, l'interprétation de transfert avec certains types de patients états-limites, doit être fournie rapidement, c'est-à-dire lorsque le travail sur l'alliance est déformé et qu'il subit les interférences du transfert primitif. Une étude de la *Menninger Psychotherapy Research Project*, (Kernberg, Bursten, Coyne, Appelbaum, Horowitz et Voth, 1972) montre que certains patients avec un tableau clinique très

perturbé, présentant par exemple des organisations défensives primitives (clivage induisant une fragmentation de l'expérience émotionnelle ; omnipotence et dévalorisation qui mènent à une détérioration de l'expérience relationnelle) bénéficient d'interventions interprétatives et démontrent une issue au traitement nettement plus favorable que ceux traités par le soutien. Des études ultérieures toutefois ne confirment pas ces résultats (Gabbard et al., 1994 ; Wallerstein, 1986). Dans la plus récente de ces études les auteurs concluent que l'interprétation de transfert peut conduire autant à une amélioration qu'à une détérioration de l'alliance selon certaines caractéristiques du patient (fonctionnement cognitif, traumatisme précoce, type de relations d'objets, tendances masochistes, psychopathologie anaclitique ou introjective).

Parmi les études au sujet des défenses et des interventions, Blatt (1992) établit une différence intéressante entre les patients «anaclitiques» et les patients «introjectifs». Cette distinction repose sur la base de deux configurations défensives (Blatt, 1992). Les patients anaclitiques utiliseraient des défenses d'évitement telles que le déni, le désaveu, le retrait, la répression et le déplacement. Ces personnes se montreraient plus sensibles à l'aspect interpersonnel. Les principales défenses des patients introjectifs seraient plutôt l'intellectualisation, la formation réactionnelle, la



rationalisation, l'annulation rétroactive et la projection. Davantage intéressés à développer un concept de soi, ces patients répondraient mieux aux interprétations.

Enfin, l'ensemble de ces considérations marquent d'une certaine façon, les contours de la question posée dans cet article. Dans quelle mesure le développement de l'alliance thérapeutique est-il déterminé par l'ajustement des interventions du thérapeute aux défenses du patient ?

## CONCLUSION

### AJUSTEMENT AUX DEFENSES DU PATIENT

En résumé, les facteurs impliqués dans le développement de l'alliance initiale sont nombreux et ne font pas l'objet d'un consensus. Certains privilégient l'idée que l'alliance dépend uniquement des caractéristiques du patient (Frieswyk et al., 1986), d'autres de la qualité des interventions du thérapeute (Crits-Christoph, Barber et Kurcias, 1993) et enfin celle impliquant une interaction ou une collaboration entre le patient et le thérapeute (De Roten, Fivaz-Depeursinge, Stern, Darwish et Corboz- Warnery, 2000 ; Horvath et Luborsky, 1993 ; Orlinsky et Howard, 1987 ; Sexton, Hembre et Kvarme, 1996 ; Westerman, Foote et Winston, 1995).

Le point de vue privilégié dans cet article est d'envisager le développement de l'alliance sous forme de collaboration en

fonction des interventions du thérapeute, en terme d'interprétation/soutien, face aux défenses du patient.

L'hypothèse formulée ici est que le développement d'une bonne alliance pourrait être influencé par la capacité du thérapeute à s'ajuster aux défenses du patient. La notion d'ajustement introduite ici est définie par une sorte d'équilibre entre le niveau de maturité défensive du patient et le dosage des interventions. Les hypothèses qui sont formulées sont les suivantes : un patient qui présente des défenses plutôt immatures bénéficierait plutôt d'interventions orientées vers le soutien ; au contraire, un patient affichant des défenses plus matures ferait meilleur usage d'interventions orientées vers le pôle interprétatif. Dans la situation où un patient modifie sa perception de la relation, il serait intéressant d'observer si le thérapeute a joué un rôle particulier avec ses interventions en regard des défenses du patient.

## REFERENCES

- Alexander, L. B. et Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (eds). The Psychotherapeutic Process : A Research Handbook. New York: Northwestern University, Guilford Press.
- Blatt, S. J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients : the Menninger Psychotherapy Research Project revisited. Journal of American Psychoanalytic Association, 40, 691-724.
- Bond, M., Cooper, S., Milbrath, C., Znoj, H. J., Horowitz, M. et Perry, J. C. (1996). The development of a measure of psychodynamic interventions. Manuscrit non publié.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy : Theory, Research and Practice, 16, 252-260.
- Crits-Christoph, P., Barber, J. P., et Kurcias, J. S. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. Psychotherapy Research, 3(1), 25-35.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A. et Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interventions and the outcome of dynamic

psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 490-495.

De Roten, Y., Fivaz-Depeursinge, E., Stern, D., Darwish, J. et Corboz-Warnery, A. (2000). Body and gaze formations and the communicational alliance in couple-therapist triads.

Psychotherapy Research, 10, 30-46.

Foreman, S. et Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy.

American Journal of Psychiatry, 142, 922-926.

Freud, S. (1995). Inhibition, symptôme et angoisse(première édition :1926). Paris: Presse Universitaire de France.

Frieswyk, S. H., Allen, J. G., Colson, D. B., Coyne, L., Gabbard, G. O., Horwitz, L. et Newsom, G. (1986). Therapeutic alliance: its place as a process and outcome variable in dynamic

psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 32-38.

Gabbard, G. O. (1994). Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: American Psychiatric Press.

Gabbard, G. O., Horowitz, L., Frieswyk, S., Allen, J. G., Colson, D. B., Newsom, G. et Coyne, L. (1988). The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline

patients. Journal of the American Psychoanalytic Association,  
36, 697-727.

Gabbard, G. O., Horowitz, L., Allen, J. G., Frieswyk, S., Newsom,  
G., Colson, D. B. et Coyne, L. (1994). Transference  
interpretation in the psychotherapy of borderline patients : A  
high-risk, high-gain phenomenon. Harvard Review of Psychiatry,  
4, 59-69.

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in  
psychotherapy : Theoretical and empirical considerations.  
Psychotherapy, 27, 143-153.

Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W. et Gallagher, D.  
(1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the  
therapeutic alliance in diverse psychotherapies. Journal of  
Consulting and Clinical Psychology, 4, 483-489.

Gaston, L., Marmar, C.R. et Ring. J. (1989). Engaging the  
difficult patient in cognitive therapy :Actions developing the  
therapeutic alliance. Manuscrit non publié.

Gaston, L. et Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the  
Inventory of Therapeutic Strategies. Journal of Psychotherapy  
Research and Practice, 1(1), 1-13.

Gilliéron, E. (1994). Le premier entretien en psychothérapie.

Paris : Dunod.

Gomes-Swartz, B. (1978). Effective ingredients in  
psychotherapy : Prediction of outcome from process variables.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1023-1035.

Hartley, D. E. et Strupp, H. H. (1983). The therapeutic  
alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In  
J. Masling (éds). Empirical studies in analytic theories.

Hillsdale: N. J. Erlbaum.

Horvath, A. O. (1981). An exploratory study of the working  
alliance : Its measurement and relationship to outcome. Thèse ,  
de doctorat non publié. University of British Columbia:

Vancouver, Canada.

Horvath, A. O. (1991). What do we know about the alliance and  
what do we still have to find out? Manuscrit non publié.

Horvath, A. O., Gaston, L. et Luborsky, L. (1993). The  
therapeutic alliance and its measures. In N. E. Miller, L.  
Luborsky, J. P. Barber et J.P. Docherty (Eds). Psychodynamic  
Treatment Research. A handbook for clinical practice (chap. 14).

New York: Basic Books.

Horvath, A. O. et Greenberg, L. S. (1989). The development and validation of the Working Alliance Inventory. Journal of Counselling Psychology, 36, 223-233.

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

Kernberg, O. (1976). Technical considerations in the treatment of borderline personality organisation. Journal of American Psychoanalysis Assessment, 24, 795-829.

Kernberg, O. F., Bursten, E. D., Coyne, L., Appelbaum, A., Horowitz, H. et Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis : Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. Bulletin of the Menninger Clinic, 36, 3-275.

Krupnich, J.L., Sotsky, S.M., Simmens, S., Moyer, J., Watkins, J., Elkin, I., et Pilkonis, P. A. (1996). The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatments of Depression Collaborative Research Program. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 532-539.

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.). Successful psychotherapy (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.

Luborsky, L. (1992). Principles of psychoanalytic psychotherapy : A manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books.

Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliance as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In A. O. Horvath, L. S. Greenberg (eds). The working alliance: Theory, research and practice, (pp. 38-51). New York: Wiley.

Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. et Auerbach, A. (1988). Who will benefit from psychotherapy ? Predicting therapeutic outcomes. New York: Basic Books.

Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. et Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. Archives of General Psychiatry, 42, 602-611.

Marmar, C., Weiss, D. S. et Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. Psychological Assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1, 46-52.



Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance scales : Similarities, differences and associations with psychotherapy outcome. Journal of Nervous and Mental Disease, 172, 417-423.

McCullough, L., Winston, A., Farber, B. A. et al. (1991). The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. Psychotherapy, 28(4), 525-533.

Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H. J., Horowitz, M. J. et Perry, J. C. (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 8(1), 40-54.

Orlinsky, D. E. et Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 6, 6-27.

Perry, J. C. (1990a). Psychological defense mechanisms in the study of affective and anxiety disorders. In J. Maser et C.R. Cloninger (Eds.). Co-morbidity in anxiety and mood disorders (pp. 545-562). Washington: American Psychiatric Press.

Perry, J. C. (1990b). Defense mechanism rating scale. Fifth edition. Manuscrit non publié.

Perry, J. C. et Cooper, S. H. (1987). Empirical studies of psychological defenses. In R. Michels & J. O. Cavenar Jr. (Eds.). Psychiatry, vol. 1 (pp. 1-19). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Perry, J. C. et Cooper, S. H. (1989). An emprirical study of defense mechanisms. Clinical interview and life vignette ratings. Archives of General Psychiatry, 46, 444-452.

Perry, J. C. et Ianni, F. F. (1998). Observer-rated measures of defense mechanisms. Journal of Personality, 66(6), 993-1024.

Perry, J. C., Kardos, M. E. et Pagano, C. J. (1993). The study of defenses in psychotherapy using the Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS), In U. Hentschel & W. Ehlers (Eds). The Concept of Defense Mechanisms. In Contemporary Psychology : Theoretical, Research, and Clinical Perspectives. New York: Springer.

Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M. et Azim, H. F. (1998). Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(3), 558-567.

Roskin, G. (1982). Changing modes of psychotherapy. Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 4, 483-487.

Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S. et Murray, P. (1990). The therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. Psychotherapy, 27, 154-165.

Safran, J. D., Muran, C. J., et Wallner-Samsrag, L. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A. O. Horvath, L. S. Greenberg (eds). The working alliance: Theory, research and practice. (pp.225-258). New York: John Wiley.

Saketopoulou, A. (1999). The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: Theoretical conceptualisations and research findings. Psychotherapy, 36, 329-342.

Sexton, H. C., Hembre, K. et Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess :a sequential analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(3), 471-480.

Truax, C. R. et Wittmer, J. (1973). The degree of the therapist's focus on defense mechanisms and the effect on therapeutic outcome with institutional juvenile delinquents. Journal of Community Psychology, 1, 201-203.

Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. Archives of General Psychiatry, 24, 107-118.

Vaillant, G. E. (1977). Adaptation to Life. Boston: MA. Little, Brown.

Vaillant, G. E. (1992). Ego mechanisms of defense. A guide for clinicians and researchers. Washington: American Psychiatric Press.

Wallerstein, R. S. (1986). Forty-two lives in treatment : A study of psychoanalysis and psychotherapy, (pp.653-746). New York: Guilford Press.

Westerman, M. A., Foote, J. P. et Winston, A. (1995). Change in coordination across phases of psychotherapy and outcome :two mechanisms for the role played by patients' contribution to the alliance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(4), 672-675.

Winston, B., Samstag, L. W., Winston, A. et Muran, J. C. (1994). Patient defense/Therapist interventions. Psychotherapy, 31, 478-491.

## Chapitre II

*(deuxième article)*

*Rôle de l'ajustement des interventions du thérapeute face au  
fonctionnement défensif du patient lors du développement de  
l'alliance*

Rôle de l'ajustement des interventions du thérapeute face  
au fonctionnement défensif du patient lors du développement  
de l'alliance

Josée Despars, J. Christopher Perry, Jean-Nicolas Despland,  
Margaret C. Kiely

Université de Montréal, Canada

---

Une partie de cette recherche a été présentée à la 29ième  
rencontre annuelle de la SPR à Snowbird, 24-28 juin 1998.

Le courrier concernant cet article doit être adressé à  
Josée Despars, ch. de la Gottettaz 9, CH-1012 Lausanne  
(Suisse). Tél.: +41 21 316 79 83 ; Fax : +41 21 316 79 80 ;  
E-mail : joseedespars@hotmail.com

## RESUME

Cette étude se consacre à l'observation du niveau d'ajustement des interventions du thérapeute aux défenses du patient par rapport au développement de l'alliance précoce. La recherche porte sur 24 patients qui ont été suivis pour une investigation psychodynamique brève (IPB) au Centre d'Etudes des Psychothérapies Psychanalytiques au sein du Département de Psychiatrie de l'Université de Lausanne (Suisse).

Les différentes analyses montrent que les défenses en tant que telles ne contribuent pas à prédire l'alliance. Les interventions du thérapeute ne représentent pas non plus un facteur prédictif de l'alliance. En revanche, le niveau d'ajustement, défini comme le ratio entre les interventions du thérapeute et les défenses du patient joue un rôle prédictif. La valeur prédictive de l'ajustement au niveau de l'alliance n'est toutefois valable qu'à la première séance. Le concept d'ajustement semble donc être un paramètre important au moment de la rencontre initiale pour le développement de l'alliance.

Mots-clés : ajustement - défenses - interventions -  
alliance précoce





## INTRODUCTION

Il est reconnu que l'alliance représente l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue thérapeutique (Horvath et Luborsky, 1993). Il est également admis que l'alliance connaît différentes phases (Horvath, Gaston et Luborsky, 1993) et que l'alliance précoce offre une meilleure validité prédictive que celle en cours de traitement (Horvath et Luborsky, 1993 ; Sexton, Hembre et Kvarme, 1996). L'alliance précoce se caractérise par une dimension affective (Luborsky, 1994). L'alliance tardive est plutôt associée à un processus de ruptures et de réparations (Safran, Crocker, McMMain et Murray, 1990). Pour maintenir une bonne alliance, l'activité du thérapeute doit, de manière générale, être adaptée à la capacité du patient à recevoir les interventions et se dérouler dans un climat de mutualité émotionnelle et d'égalitarisme (Sexton, Hembre et Kvarme, 1996). L'idée avancée dans cet article est qu'une alliance positive se développe sur la base d'une collaboration, voire d'une interaction entre certains aspects du patient et du thérapeute. Il s'agit plus précisément d'observer le rôle de l'ajustement des interventions du thérapeute aux défenses du patient dans le développement de l'alliance précoce.

Mieux cerner les facteurs impliqués dans les différentes phases du développement de l'alliance, semble une priorité puisque cela permettra d'intervenir au niveau de ce processus. Certains auteurs postulent que seules les variables du patient sont impliquées dans le développement de l'alliance initiale (Frieswyk et al., 1986). O'Malley, Suh et Strupp (1983) ont un avis différent et estiment que la part du patient n'est pas seulement liée à ses antécédents personnels. Ils considèrent que certains aspects du patient influencent l'alliance au cours des premières séances, mais ceci en considérant les réponses du patient face aux interventions du thérapeute.

D'autres études tentent plutôt de mettre en relation l'impact de la technique du thérapeute sur l'alliance. Il apparaît que les interventions du thérapeute jouent un rôle dans le cycle de ruptures et de réparations de l'alliance en cours de traitement (Crits-Christoph, Barber et Kurcias, 1993). Par exemple, les ruptures peuvent être causées par des interprétations données à un mauvais moment (Bordin, 1994), ou lorsque les interventions renforcent les modes relationnels mal adaptés (Safran et Muran, 1996). A l'inverse, le thérapeute qui manifeste son intention de rétablir une alliance, qu'il sent en péril, peut avoir un effet bénéfique sur cette alliance (Saketopoulou, 1999).

Bond, Banon et Grenier (1998) quant à eux, ont mis en évidence que dans la phase initiale du traitement, les interprétations doivent être adressées en même temps que de nombreuses interventions de soutien lorsqu'il s'agit de patients fragiles. Dans une étude plus récente ces auteurs montrent, avec des patients présentant des troubles de la personnalité, que les interprétations de transfert au tout début du traitement ont un impact positif au niveau de l'alliance si elles sont suivies par des interprétations de défenses et adressées avec des interventions de soutien (Banon, Evan-Grenier et Bond, 2001). Malgré ces travaux, il demeure que la relation entre la technique du thérapeute et certaines caractéristiques du patient dans le développement de l'alliance doit être explorée davantage (Piper, Azim et Joyce, 1991).

L'idée de mettre en relation les défenses du patient et les interventions du thérapeute s'appuie, entre autres, sur les propos de Vaillant (1992). Cet auteur estime que les mécanismes de défenses méritent d'être étudiés tant du point de vue du fonctionnement du patient, que de la manière dont le thérapeute les prend en compte dans sa technique d'intervention. Vaillant considère par exemple, que les défenses par l'agir (l'hypochondrie, l'agressivité passive et le passage à l'acte) peuvent entraver le

développement de l'alliance. En effet, de telles défenses déforment la réalité et risquent de mener le patient à voir des adversaires, chez des gens qui au départ pourraient être d'éventuels alliés. Par ailleurs, certaines défenses plus matures telles que l'intellectualisation, la formation réactionnelle ou la rationalisation peuvent également interférer avec la capacité à s'engager avec confiance dans une démarche introspective, si elles sont utilisées de manière rigide.

Foreman et Marmar (1985) ont étudié l'interaction entre les défenses du patient et les interventions du thérapeute. Ceux-ci montrent que les interventions les plus utilisées, avec les patients qui manifestent une nette amélioration de l'alliance, sont 1) celles s'adressant aux défenses du patient 2) celles s'adressant à la culpabilité et aux attentes de punition 3) celles s'adressant aux sentiments négatifs du patient à l'égard du thérapeute 4) celles reliant les sentiments négatifs à l'égard du thérapeute aux interprétations de défenses. Plus récemment, des travaux (Winston, Winston, Samstag et Muran, 1994) ont également mis en évidence l'importance de l'interaction entre les défenses du patient et les interventions du thérapeute. Plus le thérapeute s'adresse aux défenses (TAD), notamment aux défenses intermédiaires et immatures,

meilleure serait l'issue thérapeutique. L'étude présentée ici reprend l'idée de l'interaction entre les interventions du thérapeute et les défenses du patient, mais de manière différente. Il est postulé ici que pour favoriser l'alliance, le type d'interventions du thérapeute devrait s'ajuster aux défenses puisque celles-ci représentent un aspect mesurable du niveau d'organisation de la personnalité du patient (Gabbard, 1994 ; Kernberg, 1984 ; Vaillant, 1992).

Dans le champ de la thérapie psychodynamique, les interventions se répartissent entre un pôle d'exploration (interprétation) et un pôle de soutien (Gabbard, 1994). De manière générale la proportion optimale entre ces deux types d'interventions est variable et devrait tenir compte de certaines caractéristiques telles que les symptômes, le niveau de fonctionnement, la structure de personnalité, le niveau défensif et la force du moi du patient (Gabbard, 1994 ; Luborsky, 1992). Lorsque les patients éprouvent de la difficulté à établir une bonne alliance, Gaston et Marmar (1994) estiment que les thérapeutes devraient offrir davantage d'interventions de soutien. L'hypothèse formulée ici est qu'il est possible d'influencer le développement de l'alliance selon que le thérapeute se montre bien ajusté aux défenses du patient. L'*ajustement* du psychothérapeute

au patient est défini par le dosage optimal de l'ensemble des interventions du consultant, en terme de soutien ou d'exploration, en fonction du niveau défensif du patient. L'hypothèse de travail est la suivante : pour favoriser une alliance positive, le thérapeute devrait se montrer davantage soutenant lorsque le patient présente un niveau de fonctionnement défensif bas, et davantage orienté vers l'interprétation lorsque le patient présente un niveau de fonctionnement défensif plus élevé.

Plus particulièrement, trois hypothèses sont examinées: (1) les défenses, en termes de niveau défensif moyen ou de catégories défensives, ne peuvent, à elles seules, prédire l'alliance précoce (2) la technique du thérapeute, en termes de niveau d'interventions moyen, ne peut, à elle seule, influencer l'alliance précoce (3) en revanche, une valeur d'ajustement optimale favorise le développement de l'alliance précoce: .pour développer une alliance précoce forte, les thérapeutes doivent présenter un niveau d'interventions plutôt bas (orienté vers le soutien) avec des patients dont le profil défensif est bas (plus immature) et présenter un niveau d'interventions plutôt haut (orienté vers l'interprétation) avec des patients dont le profil défensif est haut. Par ailleurs, une alliance basse est liée à un ajustement soit trop haut

(niveau d'interventions trop élevé par rapport au profil défensif), soit trop bas (niveau d'interventions trop bas par rapport au profil défensif). Il est donc prédit qu'une alliance haute est reliée à un ajustement optimal et qu'une alliance basse est reliée ; un ajustement sur-interprétant ou sous-interprétant.

#### METHODE

##### Procédure

Cette recherche porte sur vingt-quatre patients qui ont été suivis pour une investigation psychodynamique brève au Centre d'Etudes des Psychothérapies Psychanalytiques au sein du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte de Lausanne, dans la période de septembre 1997 à septembre 1999. Chaque participant a été informé de manière exhaustive au sujet de la recherche et a fourni son consentement écrit (Annexe A).

Chaque séance a été filmée et retranscrite afin d'effectuer les cotations sur les interventions du thérapeute et les défenses du patient.

##### Patients

Les critères de sélection correspondent aux aspects suivants : les sujets doivent être âgés entre 18 et 60 ans, se présenter spontanément à la consultation et présenter un trouble anxieux, de l'humeur ou de la personnalité. Les

critères d'exclusion sont les suivants : évidence de retard mental, psychose ou syndrome psycho-organique, évidence de toxicomanie, histoire de comportement violent ou de problème d'impulsivité, activement suicidaire et utilisation de médication psychotrope. La moyenne d'âge de l'échantillon (N = 24) correspond à 29.3 (é.-t. = 10.0) et 67% des sujets sont des femmes.

Parmi les 24 patients, 14 ont été vus lors d'un entretien, de bilan diagnostique (*Guided Clinical Interview*), (Perry, 1995), afin d'établir un diagnostic selon les critères du DSM-IV. Les 10 autres patients n'ont pas accepté de participer à cet entretien, mais ils ont reçu un diagnostic clinique de la part du thérapeute. Ces diagnostics ont été redéfinis selon la classification du DSM-IV.

En résumé, sur l'Axe I, la moitié des patients présentent un trouble de l'humeur, (EDM, trouble bipolaire, dysthymie) ; un tiers ont un trouble anxieux (anxiété généralisée, phobie, TOC) ; 22% souffrent d'un trouble alimentaire ; enfin un quart présentent un trouble autre (trouble de l'orientation sexuelle, trouble de l'adaptation professionnelle). Sur l'Axe II, 71% des sujets présentent un trouble de la personnalité, dont 33% faisant partie du



Cluster C, 29% du Cluster B et 8% ont un trouble non spécifique.

#### Traitement

Sachant que l'alliance se développe rapidement, l'idée est d'en étudier le processus le plus tôt possible.

L'investigation psychodynamique brève (IPB) est une formalisation de l'investigation aux psychothérapies psychanalytiques. En d'autres mots, il s'agit d'un traitement de crise ambulatoire. Le travail clinique porte sur les interactions entre le patient et le thérapeute au tout début du traitement et sur l'analyse du motif de consultation en termes de conflit intrapsychique et d'organisation de personnalité (Gilliéron, 1989). L'IPB compte quatre séances. Le premier entretien est associatif, le patient étant encouragé à décrire de manière privilégiée les épisodes relationnels liés au motif de consultation. A la fin de la première séance, le thérapeute formule une interprétation initiale basée sur une hypothèse psychodynamique. Les séances suivantes constituent un temps d'élaboration. La quatrième séance est l'occasion d'un bilan et d'une prise de décision par rapport à la suite d'un traitement.

### Thérapeutes

Les thérapeutes inclus dans cette étude ont été recrutés au sein du Département de Psychiatrie de l'Université de Lausanne et ont suivi un programme de formation concernant la technique de l'investigation psychodynamique brève (IPB). Huit thérapeutes, ont participé à l'étude (5 hommes et 3 femmes). L'expérience psychothérapeutique moyenne de ces thérapeutes est de 19 ans, avec un minimum de 5 ans et un maximum de 38 ans. La formation à l'IPB s'est déroulée avant le début de cette étude et s'est échelonnée sur une période de deux ans à raison de 160 heures de supervision de groupe avec vidéo et de 160 heures d'enseignement théorique et technique. Un minimum de 5 ans de pratique à l'IPB est requis pour chaque thérapeute.

### Nature des données

Les données proviennent de l'enregistrement sur bande audio ou vidéo de 24 x 4 séances d'IPB (pour un patient, seul l'enregistrement audio a pu être effectué). Les sujets ont été recrutés de manière naturalistique. Neuf patients ont dû être exclus de l'étude soit, pour ne pas avoir retourné les questionnaires de l'alliance, soit pour ne pas s'être présentés à la dernière séance. L'ensemble des enregistrements a été retranscrit pour chaque séance selon

une méthode formalisée (Mergenthaler et Stigler, 1997). Les variables pour le thérapeute et le patient ont ensuite été codées à l'aide des instruments ad hoc pour les quatre séances. Le nombre total de séances codées s'élève à 96. Les codeurs sont quatre psychologues de formation, dont trois engagés pour la recherche et un inscrit au programme de doctorat. La moyenne d'âge des codeurs est de 34 ans (é.-t. = 3.5).

#### MESURES

##### Alliance

L'alliance thérapeutique est évaluée à l'aide du *Helping Alliance Questionnaire* (HaqI), (Alexander et Luborsky, 1986). Il s'agit d'un questionnaire autorévéélé adressé au patient, composé de 11 items, que celui-ci doit évaluer sur une échelle de -3 à +3. Les scores peuvent donc théoriquement varier de - 33 à + 33. Cette version de l'alliance correspond au sentiment du patient d'être aidé et soutenu par le thérapeute, ainsi que sur l'accord entre lui et le thérapeute sur les buts et les modalités du traitement. Le questionnaire autorévéélé est rempli par le patient immédiatement après chaque séance, ce qui donne quatre scores d'alliance.

### Défenses

Le *Defense Mechanisms Rating Scale*, DMRS (Perry, 1990) est une échelle qui permet d'évaluer 28 mécanismes de défenses répartis sur sept niveaux hiérarchiques, du plus mature au plus immature. Le DMRS a été utilisé selon la méthode prescrite par le manuel afin d'obtenir un score de Fonctionnement Défensif Moyen (ODF). L'évaluation de l'ODF requiert de comptabiliser la fréquence de chaque défense par séance. Les 28 mécanismes de défense sont répartis sur une échelle de 7 niveaux, du plus mature (7) au plus immature (1). Pour chaque niveau de défenses, la somme des défenses codées est multipliée par sa pondération respective (de 1 pour le niveau des défenses immatures à 7 pour le niveau des défenses matures). La somme des sept scores partiels pondérés est ensuite divisée par le nombre total de défenses, ce qui donne un score moyen de fonctionnement défensif (ODF). L'étendue des scores d'ODF se répartit de 1 à 7. Un sujet qui obtient un score ODF de 3,5 par exemple présente une organisation défensive plus immature qu'un sujet avec un score ODF de 4,8. Des travaux montrent que la méthode de calcul utilisée présente une bonne validité et une bonne fidélité interjuges (Perry, 1988 ; Perry, 1993). L'application récente de cet instrument pour des séances de psychothérapie donne lieu à

une fidélité interjuges sur les catégories défensives de  $R = .63$  (corrélations intra-classes), (Perry, 2001).

Dans le cadre de l'étude présente, l'exigence pour la formation des codeurs inclut au moins le codage de six cas avec un accord inter-juges minimum de  $R = .70$ . Vingt-neuf séances ont fait l'objet d'une discussion entre les juges, sur chaque défense, codée pour arriver à un consensus. Les corrélations intra-classes pour les catégories défensives donnent un accord inter-juges moyen de  $R = .77$  (é.-t. = .15). Les corrélations intra-classes par équipe de codeurs sont les suivantes ; équipe 1,  $R = .77$  (é.-t. = .13) équipe 2,  $R = .83$  (é.-t. = .08) équipe 3,  $R = .87$  (é.-t. = .08) équipe 4,  $R = .73$  (é.-t. = .17) équipe 5,  $R = .70$  (é.-t. = .21) équipe 6,  $R = .69$  (é.-t. = .18).

#### Interventions du thérapeute

Le *Psychodynamic Interventions Rating Scale* (PIRS, Cooper et Bond, 1992) a été utilisé pour coder la technique du thérapeute. La validité et la fidélité de cet instrument ont été démontrées dans une étude portant sur les interventions du thérapeute et l'élaboration émotionnelle du patient (Milbrath, Bond, Cooper, Znoj, Horowitz et Perry, 1999). Il s'agit d'une échelle de mesure qui regroupe neuf types d'interventions, réparties en deux

grandes catégories : les interprétations de défenses et de transfert, et les interventions de soutien.

Les interventions du thérapeute ont été codées à partir de transcription d'entretien. A partir des travaux de Gabbard (1994), l'hypothèse que les interventions s'échelonnent sur un continuum exploration-soutien permet une nouvelle utilisation du PIRS. Ainsi, une méthode de calcul a été développée, afin d'évaluer l'attitude plus ou moins interprétante du thérapeute. Un score du niveau moyen d'intervention (*Expressive-Supportive Intervention Level*, ESIL) est calculé de manière analogue à l'ODF. Chaque intervention du PIRS est répartie dans sept catégories distribuées sur une échelle de 1 (pôle soutien) à 7 (pôle exploration). Le nombre d'interventions par catégorie, est ensuite pondéré selon son niveau hiérarchique. La somme des scores partiels pondérés est finalement divisée par le nombre total d'interventions. Un score élevé reflète une attitude plus interprétative, un score bas témoigne d'une attitude davantage orienté vers le soutien.

Concernant le codage des interventions, les codeurs étaient au nombre de trois. Ils devaient parvenir à un accord interjuges minimum de  $R = .70$  pendant la formation. Dix séances ont fait l'objet de consensus avec une corrélation intra-classes moyenne générale de  $R = .87$  (é.-

t. = .12). Les corrélations intra-classes par équipe de codeurs sont les suivantes ; équipe 1 ;  $R = .86$  (é.-t. = .12) équipe 2 ;  $R = .89$  (é.-t. = .12).

#### Ajustement

L'ajustement est défini comme l'adaptation des interventions du thérapeute (ESIL), en terme de soutien ou d'interprétation, au fonctionnement défensif du patient (ODF). Le niveau d'organisation défensive du patient est défini par le score ODF, variant de 1 (pôle immature) à 7 (pôle mature). Le niveau moyen du type d'intervention est représenté par le score ESIL variant lui aussi de 1 (pôle soutenant) à 7 (pôle interprétatif). Pour chaque séance, un niveau d'ajustement des interventions du thérapeute (ESIL) aux défenses du patient (ODF) peut être calculé sur la base d'un ratio ESIL/ODF, lequel désigne le score d'Ajustement (AR) (Figure 1).

#### RESULTATS

##### Alliance

Dans l'échantillon de cette étude, les scores se situent davantage dans la partie positive de l'échelle (minimum - 8 ; maximum +33). Le score moyen d'alliance pour l'échantillon est de 16.01 (é.-t. = 9.43) alors que la médiane est de 19.75. D'une séance à l'autre, les moyennes augmentent progressivement : séance 1 ( $M = 13.3$  ; é.-t. =

10.7), séance 2 (M = 14.9 ; é.-t. = 9.65), séance 3 (M = 16.6 ; é.-t. = 11.4), séance 4 (M = 19.2 ; é.-t. = 10). Une ANOVA à mesures répétées sur les 24 sujets montre que l'évolution des valeurs Haq au cours des 4 séances est significative (Lambda de Wilks :  $F = 7.39$ ,  $df = 3$ ,  $p < .001$ ). Des tests à posteriori (comparaisons appariées) indiquent que c'est le score d'alliance à la séance 4 qui se distingue respectivement des trois autres séances ( $p < .003$ ).

Selon notre hypothèse, l'idée est d'observer si l'organisation défensive, l'attitude du thérapeute (interventions) et le niveau d'ajustement ont un effet direct et/ou un effet retard sur l'alliance. Il est donc calculé: (1) l'impact des paramètres (défenses, interventions, ajustement) sur l'alliance dans une même séance (effet direct); (2) l'impact de l'ajustement sur les scores d'alliance aux séances suivantes (effet retard); (3) l'impact de chaque paramètre sur l'évolution de l'alliance aux quatre séances en divisant l'échantillon en deux groupes pour chaque paramètre (*cut-off* basé sur la médiane).



## Défenses

L'analyse des mécanismes de défense permet une description des caractéristiques défensives de l'échantillon, puis d'observer dans quelle mesure la constellation défensive du patient affecte son niveau d'alliance thérapeutique.

### *Nombre de défenses*

Une ANOVA à mesures répétées montre que le nombre de défenses au cours des 4 séances chute de façon significative du premier au deuxième entretien, reste stable du deuxième au troisième, puis diminue encore du troisième au quatrième (Lambda de Wilks,  $F = 25.20$ ,  $df = 3$ ,  $p < .001$  ; moyennes :  $S1 = 33.04$ ,  $S2 = 24.58$ ,  $S3 = 24.37$ ,  $S4 = 15.04$ ). Des tests à posteriori (comparaisons appariées) montrent que les différences sont significatives entre  $S1$  et les trois autres séances ( $p < .001$ ), entre  $S2$  et  $S4$  ( $p < .001$ ) et entre  $S3$  et  $S4$  ( $p < .001$ ). Le nombre plus important de défenses à la première séance suggère que le patient mobilise massivement un fonctionnement défensif au moment de la rencontre avec le thérapeute et qu'il se montre moins défendu par la suite.

### *Catégories défensives*

Les défenses principalement utilisées sont les défenses obsessionnelles (29%), celles par le désaveu (27%) et dans une moindre mesure les défenses névrotiques (15%) et

narcissiques (14%). Celles qui sont le moins utilisées sont les défenses matures (7.6%), par l'agir (6.7%) et état-limite (1.2%).

Par rapport à la répartition des catégories défensives au cours des 4 séances, il ressort que : les défenses névrotiques, obsessionnelles, borderline et par le désaveu sont stables. Une ANOVA à mesures répétées montrent que les défenses matures fluctuent (Lambda de Wilks,  $F = 4.16$ ,  $p < .02$ ,  $df = 3$ ). Les analyses à posteriori (comparaisons appariées) montrent qu'elles chutent de manière significative entre la première séance (10.5%) et les séances deux (5.7%) et trois (5.9%), ( $p < .017$ ). Enfin les défenses narcissiques diminuent aussi de manière significative (Lambda de Wilks,  $F = 3.0$ ,  $df = 3$ ,  $p < .05$ ). Les tests à posteriori (comparaisons appariées) montrent une diminution entre S1 (17.6%) et S2 (14.2%), ( $p < .059$ ) et une chute entre S1 et S4 (9.4%), ( $p < .006$ ).

#### *ODF (Fonctionnement Défensif Moyen)*

Le niveau défensif moyen des sujets (ODF) de l'échantillon est de 4.48 (é.-t. = .51, minima = 3.26, maxima = 5.27), ce qui situe les sujets davantage vers le pôle mature de l'échelle des mécanismes de défenses. Une ANOVA à mesures répétées indique un mouvement significatif dans l'évolution

de l'ODF au cours des quatre séances (Lambda de Wilks,  $F = 3.30$ ,  $df = 3$ ,  $p < .04$ ).

Des tests à posteriori (comparaisons appariées) montrent une régression de l'ODF entre S1 (4.56) et S3 (4.26), ( $p < .03$ ) et une hausse de l'ODF entre S3 et S4 (4.64), ( $p < .01$ ).

Par ailleurs, des analyses de régression indiquent que le niveau défensif moyen de chaque séance n'a pas d'effet direct sur le score d'alliance au terme du même entretien (S1 :  $F = 2.08$ ,  $df = 1$ ,  $p = .16$  ; S2 :  $F = .12$ ,  $df = 1$ ,  $p = .73$  ; S3 :  $F = .24$ ,  $df = 1$ ,  $p = .63$  ; S4 :  $F = .04$ ,  $df = 1$ ,  $P = .84$ ).

Enfin, l'effet des défenses sur l'évolution des scores d'alliance aux quatre séances a été mesuré : une ANOVA à mesures répétées montre que les patients avec une organisation défensive plus mature (médiane ODF moyen  $> 4.58$ ) ne se distinguent pas des patients qui présentent une organisation défensive moins mature (médiane ODF moyen  $< 4.58$ ), (Lambda de Wilks,  $F = .40$ ,  $df = 3$ ,  $p = .75$ ).

### Interventions du thérapeute

#### *Catégories d'interventions*

Les principales interventions utilisées au cours de l'IPB (moyenne sur les 4 séances) sont les questions (36%), les

clarifications (17%), les associations (15%) et les interprétations (11%). Selon l'utilisation originale du manuel d'interventions (PIRS), les thérapeutes de notre étude offrent 89% d'interventions de soutien et 11% d'interprétations.

En ce qui concerne leur répartition, la proportion de questions est plus importante lors de la première séance (ANOVA à mesures répétées, Lambda de Wilks,  $F = 16.0$ ,  $df = 3$ ,  $p < .001$  ; tests à postériori tous significatifs,  $p < .05$ , sauf entre S1 et S2). Les interprétations fluctuent de manière significative (ANOVA à mesures répétées, Lambda de Wilks,  $F = 3.88$ ,  $df = 3$ ,  $p < .02$ ). Les tests à postériori montrent que les interprétations sont moins nombreuses à la séance une qu'aux séances trois ( $p < .002$ ) et quatre ( $p < .05$ ).

#### *ESIL*

Le niveau moyen d'intervention (ESIL) est de 3.43 (é.-t. = .17, minima = 3.06, maxima = 3.69). Une ANOVA à mesures répétées montre une évolution significative de l'ESIL sur les quatre séances (Lambda de Wilks,  $F = 10.56$ ,  $df = 3$ ,  $p < .001$ ). Les tests à postériori montrent une stabilité de l'ESIL jusqu'à la troisième séance pour ensuite descendre à la dernière séance ( $p < .001$  ; S1 = 3.52, S2 = 3.56, S3 = 3.49, S4 = 3.11).

Des analyses de régression indiquent que le niveau moyen d'intervention pour chaque séance (ESIL) n'a pas d'effet direct sur l'alliance au terme du même entretien (S1 :  $F = 1.51$ ,  $df = 1$ ,  $p = .23$  ; S2 :  $F = .00$ ,  $df = 1$ ,  $p = .98$  ; S3 :  $F = .00$ ,  $df = 1$ ,  $p = .98$  ; S4 :  $F = .23$ ,  $df = 1$ ,  $p = .64$ ).

Afin de mesurer l'effet des interventions sur l'évolution de l'alliance, une ANOVA à mesures répétées montre que les thérapeutes avec un niveau d'interventions au-dessus de la médiane (ESIL moyen  $> 3.45$ ) ne suscitent pas une meilleure évolution de l'alliance que ceux qui offrent un niveau d'interventions plus soutenant (ESIL moyen  $< \text{ou} = 3.45$ ), (Lambda de Wilks,  $F = .67$ ,  $df = 3$ ,  $p = .58$ ).

#### Ajustement

Une ANOVA à mesures répétées montre que les scores moyens de l'ajustement du thérapeute sur les quatre séances évolue de manière significative, (Lambda de Wilks,  $F = 20.65$ ,  $df = 3$ ,  $p < .001$ ). Les tests à postériori indiquent une augmentation entre S1 (AR1 = .79) et S2 (AR2 = .88), ( $p < .001$ ), une stabilité du score entre S2 et S3, puis une diminution entre S3 (AR = .84) et S4 (AR = .69), ( $p < .001$ ).

Contrairement aux défenses et aux interventions, l'ajustement a un effet sur l'alliance. Plus précisément, seul l'ajustement à la première séance est relié de manière positive à l'alliance à cette même séance (analyse de régression :  $F = 4.43$ ,  $df = 1$ ,  $p < .05$ ). Cet effet direct, ne se retrouve pas pour les trois autres séances. Des analyses similaires ont été menées pour évaluer la valeur prédictive de l'ajustement sur l'alliance aux séances suivantes (effet retard). Il ressort que seul le niveau d'ajustement à la première séance est lié à la valeur d'alliance à la séance deux (analyse de régression :  $F = 6.73$ ,  $df = 1$ ,  $p < .017$ ) à la séance trois ( $F = 3.87$ ,  $df = 1$ ,  $p < .06$ ) et à la séance quatre ( $F = 5.18$ ,  $df = 1$ ,  $p < .03$ ).

Pour compléter les analyses précédentes, une ANOVA à mesures répétées a été effectuée en divisant l'échantillon en deux groupes égaux: lorsque le niveau d'ajustement à la séance 1 est haut (médiane  $> .78$ ), les scores d'alliance montrent des valeurs nettement supérieures que lorsque le niveau d'ajustement est bas (médiane  $< \text{ou} = .78$ ), (Lambdas de Wilks,  $F = 5.4$ ,  $df = 1$ ,  $p < .03$ ), (Figure 2). Les écarts sont constants au fil des séances, mais le score le plus élevé (15.25) du deuxième groupe n'atteint pas le score le plus faible (17.42) du premier groupe.

Par ailleurs, il faut relever que les patients ayant bénéficié d'un ajustement élevé ont un niveau défensif (ODF) à la séance une plus bas que ceux du groupe avec un ajustement bas (ODF1, AR élevé = 4.13, ODF1, AR bas = 5.0 ;  $F = 23.97$ ,  $df = 1$ ,  $p < .001$ ). Le niveau d'intervention (ESIL) pour ces deux groupes est, lui, semblable (ESIL1, AR élevé = 3.58, ESIL1, AR bas = 3.47 ;  $F 1.15$ ,  $df = 1$ ,  $p = .30$ ).

Ces résultats montrent que les patients avec qui les thérapeutes sont bien ajustés à la première séance développent une alliance élevée. Ils laissent aussi imaginer que les autres patients n'ont pas assez reçu d'interventions d'exploration en fonction de leur niveau défensif.

#### DISCUSSION

L'hypothèse formulée dans cette étude est que seule une collaboration, où se développe un ajustement optimal (attitude davantage interprétative face à un niveau moyen défensif élevé et, une attitude plutôt orientée vers le soutien face à un niveau de défenses immatures) favorise une meilleure alliance précoce.

Les valeurs moyennes d'alliance de cet échantillon montrent un profil en constante progression, avec une différence significative entre la première et la dernière

séance de l'investigation. Bien qu'il soit admis que l'alliance précoce se fixe à l'intérieur des cinq premières rencontres (Horvath, 1981), cette étude ne montre pas une telle stabilisation. Il est intéressant de relever que l'alliance à la fin de l'investigation a sensiblement augmenté, suggérant que quelque chose s'est produit pour améliorer l'alliance à partir du moment de la rencontre.

#### Variables isolées: défenses et interventions

Les deux premières hypothèses de cette étude sont vérifiées. En effet, l'organisation défensive du patient ne prédit pas, à elle seule, les variations de l'alliance thérapeutique. Ceci laisse entendre par exemple, qu'un patient avec une organisation défensive plutôt immature (ODF bas) a pu aussi bien établir une bonne qu'une mauvaise alliance précoce. En considérant que les mécanismes de défenses représentent un aspect de l'organisation de la personnalité (Gabbard, 1994 ; Kernberg, 1984), ces données se distinguent d'autres travaux où il ressort que les patients avec une faiblesse au niveau de l'organisation de la personnalité éprouvent davantage de difficulté à établir une bonne alliance (Kernberg, 1984). Néanmoins, il faut rappeler que l'échantillon de cette étude présente une organisation défensive plutôt mature.



Par ailleurs, la technique du thérapeute, à elle seule, n'influence pas non plus le niveau de l'alliance. En d'autres mots, que le thérapeute se montre plus interprétatif ou plus soutenant n'a pas d'effet en soi sur l'alliance. Ces résultats confirment, à priori, les travaux effectués par Orlinsky et Howard (1987). Il faut relever toutefois que l'attitude des thérapeutes dans cet échantillon varie très peu et ne permet donc pas une réelle comparaison.

Orlinsky et Howard suggèrent que l'impact de la technique thérapeutique doit être étudié en fonction des patients et, selon différentes approches thérapeutiques. Dans la même optique, l'hypothèse principale de cette étude est que l'ajustement des interventions du thérapeute aux défenses du patient peut influencer l'alliance.

#### Ajustement

Les résultats mettent clairement en évidence une interaction entre le niveau d'ajustement à la première séance et le niveau d'alliance à toutes les séances. L'hypothèse principale est donc vérifiée, mais de façon partielle puisque le lien entre les deux variables se manifeste seulement à la première séance. Par ailleurs, l'idée d'un ajustement optimal n'a pu être vérifiée. En

effet, l'interaction de l'ajustement avec l'alliance est linéaire : plus le niveau d'ajustement est haut (pôle interprétation), meilleure est l'alliance. Selon l'hypothèse, une attitude trop interprétante face à un fonctionnement défensif bas, devait donner lieu à une alliance basse. Or le profil d'une éventuelle sur-interprétation n'apparaît pas dans les résultats. En revanche, une alliance basse est reliée à une sous-interprétation par rapport au niveau défensif (ajustement bas). En effet, les patients de ce groupe ont un niveau défensif significativement plus élevé que ceux avec une alliance haute, alors que les deux groupes bénéficient d'un niveau d'interventions similaire. En d'autres mots, les thérapeutes se comportent sensiblement de la même manière avec l'ensemble des sujets, avec des interventions davantage orientées vers le soutien et, peu d'interprétations. Cela laisse donc supposer que les patients avec un niveau défensif élevé auraient pu bénéficier d'une attitude plus interprétante pour créer une meilleure alliance.

Kernberg (1984) appuie la nécessité d'interpréter chez des patients qui présentent des défenses immatures comme par exemple le clivage. Les résultats de cette étude ne permettent pas de se prononcer sur la nécessité

d'interpréter avec des patients qui présentent plutôt une organisation défensive immature. Par contre, ils montrent l'importance de ne pas sous-interpréter les patients qui ont un niveau défensif plutôt mature.

Par ailleurs, l'ajustement à la première séance ne permet pas en soi d'expliquer l'évolution croissante de l'alliance sur les quatre séances. Cette évolution se retrouve en effet dans les deux groupes d'ajustement (Figure 2). Un effet de halo peut éventuellement interférer : une évolution croissante de l'alliance est peut-être liée notamment à une amélioration symptomatique (Orlinsky et Howard, 1986).

Enfin, dernière question d'importance, pourquoi seul l'ajustement à la première séance a-t-il un impact sur l'alliance ? Cette question est peut-être liée aux enjeux de la rencontre. Il est généralement admis que solliciter de l'aide et rencontrer un nouvel interlocuteur représente une mobilisation des affects et des défenses. Cette tension psychique est manifeste chez les patients de cette étude, si on considère le nombre de défenses et la proportion de défenses narcissiques plus élevés lors de la première séance.

Il importe maintenant de relever certaines limites de cette étude. Il s'agit d'une étude naturalistique, où un

contrôle expérimental des variables n'est pas possible. En ce sens, les patients n'ont pas été assignés dans plusieurs groupes avec différents niveaux d'organisation défensive, et ayant reçu différents niveaux d'interventions. Sur le plan pratique, ce deuxième type de recherche est plutôt difficile à réaliser sans affecter le cours du traitement.

D'autre part, un échantillon plus varié permettrait de vérifier la valeur du concept d'ajustement avec : des patients dotés d'une organisation défensive plus immature, des thérapeutes qui se comportent de façon plus différenciée. De plus la petitesse de l'échantillon doit rendre le lecteur prudent sur la portée statistique des résultats.

Il faut aussi émettre une certaine réserve quant au rôle déterminant de l'ajustement à la première séance, d'autres facteurs pouvant aussi avoir influencer les résultats. Par exemple, une seule et bonne interprétation à la première séance peut-elle être responsable d'une bonne alliance ?

Par ailleurs, l'étude des paramètres (défenses, interventions et ajustement) avec des mesures globales uniques (niveau ODF ; niveau ESIL, niveau AR) est peut-être un modèle trop réducteur pour évaluer un processus aussi complexe que celui de l'alliance.

Malgré cet aspect limitatif, l'impact de l'ajustement sur l'alliance reste une piste de recherche pertinente. Il serait, par exemple, intéressant d'étudier le rôle de l'ajustement à d'autres moments du travail thérapeutique, lorsque l'alliance est établie. Par exemple, considérant que l'alliance en cours de traitement est soumise à un cycle de ruptures et de réparations (Safran et al., 1990), l'ajustement agirait-il comme élément réparateur ? Dans le prolongement de ce travail, une des pistes prometteuses est d'explorer le concept d'ajustement sous un angle plus micro-analytique. Par exemple, une étude centrée davantage sur des séquences d'interaction entre les défenses du patient et les interventions du thérapeute pourrait permettre d'affiner la nature de l'ajustement. Quelles défenses émergent suite à une intervention particulière et inversement ? Est-ce qu'une interprétation de défense doit forcément succéder rapidement la défense du patient ? Enfin, plus généralement est-il important que le contenu d'une interprétation vise explicitement la défense en jeu ?

Toutes ces questions s'orientent vers une notion d'ajustement plus qualitative, où le moment, la justesse et la précision des interventions du thérapeute face aux défenses du patient seraient déterminants dans le développement de l'alliance précoce.

## Références

Alexander, L. B. et Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (eds). The Psychotherapeutic Process : A Research Handbook. New York: Northwestern University, Guilford Press.

Bond, M., Banon, E. et Grenier, M. (1998). Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders. Journal of psychotherapy practice and research, 7, 301-318.

Banon, E., Evan-Grenier, M. et Bond, M. (2001). Early transference interventions with male patients in psychotherapy, Journal of Psychotherapy Practice Research, 10, 79-92.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath, L. S. Greenberg (eds). The Working Alliance : Theory, Research and Practice, (pp.13-37). New York: Wiley.

Cooper, S. et Bond, M. (1992). Psychodynamic Interventions Rating Scale (PIRS). Manuscrit non publié.

Crits-Christoph, P., Barber, J.P. et Kurcias, J.S. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the

development of the therapeutic alliance. Psychotherapy Research, 3, 25-35.

Foreman, S. A. et Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that adress initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. American Journal of Psychiatry, 142, 922-926.

Frieswyk, S. H., Allen, J. G., Colson, D. B., Coyne, L., Gabbard, G. O., Horowitz, L. et Newson., G. (1986). Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,32-38.

Gabbard, G. O. (1994). Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: American Psychiatric Press.

Gaston, L. et Marmar, R. C. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In A. O. Horvath, L. S. Geenberg (eds). The Working Allliance : Theory, Research and Practice, (pp.85-108). New York: Wiley.

Gilliéron, E. (1989). Short psychotherapy interventions (four sessions). Psychotherapy and Psychosomatics, 51(1), 32-37.

Horvath, A. O. (1981). An exploratory study of the working alliance : Its measurement and relationship to outcome.

Manuscrit non publié.

Horvath, A. O. et Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. Journal of consulting and clinical psychology, 61, 561-573.

Kernberg, O. F. (1984). Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies. New Haven: C:T: Yale University Press.

Luborsky, L. (1992). Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books.

Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliance as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In A. O. Horvath, L. S. Greenberg (eds). The Working Alliance: Theory, research and practice, (pp. 38-51). New York: Wiley.

Mergenthaler, E. et Stigler, M. (1997). Règles de transcription pour la recherche en psychothérapie (adaptation française). Psychothérapies, 17 (2), 97-103.



Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H. J., Horowitz, M. J. et Perry, J.-C. (1999). Sequential consequences of therapist's interventions. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 8(1), 40-54.

O'Malley, S. S., Suh, C. S., et Srupp, H.H. (1983). The Vanderbilt psychotherapy Process Scale: a report on the scale development and a process-outcome study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 581-586.

Orlinsky, D. E., et Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 6, 6-27.

Perry, J. C. (1988). A prospective study of life stress, defenses, psychotic symptoms borderline and antisocial personality disorders and bipolar type II affective disorder. Journal of Personality Disorder, 2, 49-59.

Perry, J. C. (1990). Defense mechanism rating scale. Fifth edition. Manuscrit non publié.

Perry, J. C. (1993). The study of defense mechanisms and their effects. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & Docherty (eds.) Psychodynamic Treatment Research: A

Handbook for Clinical Research, (pp. 274-306). New York:  
Basic Books.

Perry, J. C. (1995). The Guided Clinical Interview.  
Manuscrit non publié.

Perry, J. C. (2001). A pilot study of defenses in adults  
with personality disorders entering psychotherapy. The  
Journal of Nervous and Mental Disease, 189, 651-660.

Piper, W. E., Azim, H. F., Joyce, A. S., et McCallum, M.  
(1991). Transference interpretations, therapeutic alliance,  
and outcome in short-term individual psychotherapy.  
Archive General Psychiatry, 48, 946-953.

Safran, J. D. et 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., Crocker, P., McMain, S. et Murray, P.  
(1990). The therapeutic alliance rupture as a therapy  
event for empirical investigation. Psychotherapy, 27, 154-  
165.

Saketopoulou, A. (1999). The therapeutic alliance in  
psychodynamic psychotherapy: Theoretical

conceptualisations and research findings. Psychotherapy, 36, 329-342.

Sexton, H. C., Hembre, K. et Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess : a sequential analysis. Journal of consulting and clinical psychology, 64, 471-480.

Vaillant, G. E. (1992). Ego mechanisms of defense. A guide for clinicians and researchers. Washington: American Psychiatric Press.

Winston, B., Winston, A., Samstag, L. W. et Muran, J. C. (1994). Patient defense/therapist interventions. Psychotherapy, 31 (3), 478-491.

## ANNEXES

$$AR = \frac{ESIL}{ODF}$$

ECHELLE DES INTERVENTIONS	ESIL	/	ODF	ECHELLE DES DEFENSES
Interprétation de transfert	7		7	Matures
Interprétation de défense 3	↑		↑	Obsessionnelles
Interprétation de défense 1				Névrotiques
Question, clarification, WES	↔		↔	Narcissiques
Reformulation				Désaveu
Stratégie de soutien, CA	↓		↓	Borderline
Association	1		1	Agir

Figure 1. Ratio d'ajustement (AR)

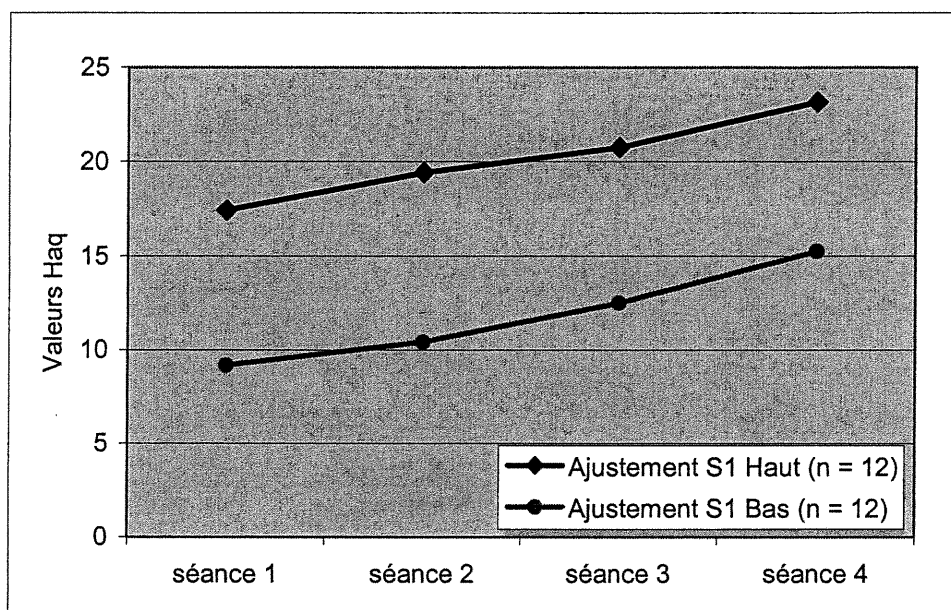


Figure 2. Evolution de l'alliance selon les deux groupes d'ajustement

Discussion

Cette section finale est une discussion de l'étude qui a été présentée. Il s'agit plus précisément de commenter le choix du thème de l'alliance, la modélisation du concept d'ajustement et les résultats obtenus.

#### CHOIX DU THEME DU DEVELOPPEMENT DE L'ALLIANCE PRECOCE

L'abondance de la littérature au sujet de l'alliance témoigne d'un grand intérêt pour ce thème. Alors, pourquoi choisir une thématique si développée ?

Il est tout d'abord intéressant de relever, du point de vue historique, que le terme d'alliance n'a cessé de prendre de l'ampleur. Freud est désigné comme le premier auteur ayant parlé de l'alliance (Saketopoulou, 1999), lorsqu'il évoque la nécessité d'établir un rapport positif avec le patient avant de proposer des interprétations. « Le premier but de l'analyse est d'attacher l'analysé à son traitement et à la personne du praticien ». A partir des années 70, le développement de la recherche sur le processus thérapeutique favorise la création d'instruments de mesures pour évaluer l'alliance (Gomes-Schwartz, 1978 ; Hartley et Strupp, 1983 ; Horwath et Greenberg, 1989 ; Luborsky, 1976 ; Marmar, Weiss et Gaston, 1989 ; Marziali, 1984).

L'alliance thérapeutique devient ensuite un facteur très souvent mesuré dans la recherche sur le processus en psychothérapie. Les études abondent pour vérifier l'impact de l'alliance sur l'évolution de la thérapie. Certaines études mettent en évidence que l'alliance est l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue thérapeutique aussi bien dans les thérapies à court-terme qu'à long-terme (Gabbard, Horwitz et Allen, 1994 ; Gaston, 1990 ; Horvath et Symonds, 1991).

La valeur prédictive de l'alliance a été identifiée au sein de différentes approches (Bordin, 1979) et pour des patients présentant une symptomatologie variée (Gaston, 1990). De plus, la variance de l'issue thérapeutique par rapport à l'alliance n'est pas seulement imputable à une évolution symptomatique positive au fil du traitement.

Il est admis que l'alliance initiale offre sa propre valeur prédictive au niveau de l'issue thérapeutique (Gaston, Marmar, Thompson et Gallagher, 1988). D'autres études montrent que le niveau d'alliance lors des toutes premières rencontres s'avère être un meilleur facteur prédictif que celui mesuré en cours de psychothérapie. (Derubeis et Feeley, 1991 ; Horvath, 1992 ; Piper, Azim, Joyce et McCallum, 1991 ; Piper, Azim, Joyce, McCallum, Nixon et Segal, 1991). Enfin, Martin, Garske et Davis



(2000) relèvent dans une méta-analyse, que la relation entre l'alliance et l'issue thérapeutique est significative, quels que soient le type de mesure de l'issue thérapeutique, le moment de l'évaluation de l'alliance et le type de traitement utilisé.

Toutes ces études appuient l'importance que l'on doit accorder à l'alliance pour améliorer la qualité du processus psychothérapeutique. De manière générale, il est possible de situer le thème de cette étude dans un courant de recherche actuel, qui vise à mieux comprendre comment fonctionne les différentes formes de traitement. La contribution de cette étude sert donc à explorer certains ingrédients susceptibles de rendre la période de l'investigation (dans l'approche psychodynamique) efficace, à travers le développement d'une alliance positive. Cette notion d'efficacité peut être mise en relation ici avec les interruptions précoces. Il semble en effet, que le mesure d'une alliance basse lors de la première rencontre soit corrélée à une interruption précoce de la psychothérapie (Kokotovic et Tracey, 1990). Diminuer les interruptions précoces de la thérapie représente un enjeu important, d'autant plus que cela constitue une perte de temps et

d'effort pour le thérapeute et le patient (Piper, Joyce, McCallum et Azim, 1998).

Etant donné que la valeur prédictive de l'alliance est reconnue, il devient dès lors intéressant de comprendre comment se développe l'alliance précoce. Le choix des paramètres s'est posé sur les défenses du patient, les interventions du thérapeute et le concept d'ajustement, pour explorer l'alliance précoce.

#### CONCEPTUALISATION DE L'AJUSTEMENT

Le choix des défenses du patient et des interventions du thérapeute pour définir l'ajustement s'appuie sur certains travaux (Foreman et Marmar, 1985 ; Winston et al. 1994). La conceptualisation mathématique de l'ajustement repose, tout d'abord, sur l'élaboration d'une nouvelle manière d'utiliser les cotations du PIRS en calculant un score moyen d'intervention. La première étape a été de s'inspirer d'un modèle postulant un continuum entre les interventions interprétatives et celles de soutien, ceci sur la base des travaux de la *Menninger Clinic Treatment Interventions Project* (Gabbard, 1994). Dans l'échelle d'exploration-soutien de Gabbard, les interventions du thérapeute sont réparties dans 7 catégories s'échelonnant entre un pôle exploratoire et un pôle de soutien.

Ainsi, dans la même idée que Gabbard, une échelle en continuum a été développée avec les interventions du PIRS. La répartition des interventions sur les 7 niveaux a été effectuée en comparant les définitions des interventions de l'échelle de Gabbard et celles du PIRS afin d'établir une certaine correspondance. Ainsi, un score moyen du niveau d'interventions a pu être calculé de la même manière que pour les défenses avec le *Defense Mechanism Rating Scale*. Le score ainsi obtenu a été nommé le *Expressive Supportive Interventions Level*, ESIL. L'obtention de ces deux scores (ODF et ESIL), pouvant théoriquement varier de 1 à 7, permet le calcul de l'ajustement en divisant l'ESIL par l'ODF.

#### CRITIQUES DU CONCEPT D'AJUSTEMENT

L'idée de l'ajustement telle qu'elle est présentée dans cette recherche montre tout de même des limites assez importantes. Il importe tout d'abord de relever que la répartition des interventions du *Psychodynamic Interventions Rating Scale* (PIRS) sur une échelle de 7 niveaux est nouvelle. Les valeurs d'ESIL et celles de l'ajustement auraient certainement été différentes si la répartition des interventions avaient été légèrement

modifiée. Cela pose la question de la position de chaque intervention sur l'échelle en continuum (soutien-interprétation). Malgré l'intérêt que l'on accorde à la technique thérapeutique, il n'existe pas à ce jour un consensus concernant la hiérarchisation des interventions.

Par ailleurs, une autre critique possible à l'égard du concept d'ajustement est la manière de calculer celui-ci. L'utilisation de mesures globales uniques pour caractériser la valeur d'ajustement apparaît, au terme de cette étude, réductrice par rapport à la masse d'informations recueillies tout au long de cette recherche. Ce qui semble particulièrement réducteur est le cumul de trois mesures globales uniques avec un score pour les interventions (ESIL), un pour les défenses (ODF) et un pour l'ajustement (AR).

Par exemple, la prise en compte d'une seule mesure pour apprécier la technique du thérapeute (ESIL) a un effet réducteur par rapport à l'ensemble des interventions effectuées. Cette mesure globale donne une indication de la moyenne des interventions et situe l'attitude du thérapeute vers l'un des pôles interprétation ou soutien. Les résultats montrent que les sujets avec une alliance plus basse reçoivent un niveau d'ESIL bas malgré un

fonctionnement défensif élevé. Est-ce que ces patients ont été sous-interprétés ou ont-ils reçu trop d'interventions de soutien d'un type particulier ? Par exemple, il est possible d'imaginer qu'un patient qui reçoit trop d'explications sur la thérapie ou de reformulations risque d'être déçu par rapport à sa capacité et à son désir d'introspection. Par ailleurs, est-ce qu'une interprétation à elle seule, bien formulée et adressée au bon moment, pourrait suffir à créer une alliance positive? En résumé, s'intéresser à la quantité de chaque interventions est légitime, mais laisse échapper d'autres dimensions importantes.

En fait, au terme de cette étude de nouvelles questions émergent pour affiner le concept d'ajustement. Il est possible de se demander si l'observation de certaines séquences, dans lesquelles le thérapeute répond à certaines défenses spécifiques du patient, ne constitue pas un aspect à approfondir pour explorer le développement de l'alliance. Certains auteurs (Lingiardi et al., 1996) ont montré une corrélation positive entre l'hypochondrie, l'affiliation et l'interruption précoce de la thérapie. Face à ces différentes défenses, quelles interventions seraient susceptibles d'avoir un impact au niveau de l'alliance par

exemple? Une analyse par séquence, à l'intérieur d'une même séance, semble une piste intéressante pour combler l'aspect limitatif de l'ajustement tel qu'il est décrit dans cette étude.

#### CONCLUSION

Malgré les limites évoquées, cette étude présente des résultats intéressants. Compte tenu de la complexité du processus de l'alliance et de l'aspect réducteur de la mesure globale unique de l'ajustement, il est finalement étonnant de constater que la valeur d'ajustement à la première séance montre une interaction avec les scores d'alliance à toutes les séances. Bien que cette étude ne tienne pas compte de plusieurs autres facteurs susceptibles d'interférer avec le développement de l'alliance, il ressort que quelque chose a été saisi. Pourquoi seul l'ajustement à la première séance joue un rôle au niveau de l'alliance ?

Reprendre cette question permet d'évoquer brièvement quelques hypothèses cliniques et de proposer des pistes de recherches futures. Il est généralement admis que la première rencontre avec un thérapeute suscite une mobilisation massive des affects. Cette tension psychique se vérifie dans cette étude avec la présence d'un nombre

plus élevé de défenses à la première séance. La personne qui consulte le fait souvent au terme d'un combat intérieur et dans un contexte de crise. En consultant un thérapeute, le patient a des attentes, explicites et inconscientes (Gilliéron, 1994). Celles-ci sont chargées de l'histoire du patient, trahissent des fonctionnements défensifs particuliers et s'inscrivent dans le mouvement transférentiel. Ainsi, avant même de rencontrer le thérapeute, la patient a déjà certaines représentations qui seront inévitablement projetées dans la relation.

Selon Gilliéron (1994), la première rencontre entre le patient et le thérapeute est un moment privilégié pour repérer le fonctionnement du patient. En effet, la personnalité du patient se reflète particulièrement bien dans sa manière d'entrer en relation avec le thérapeute. L'état de crise, associée à la demande d'aide, et la confrontation à son imaginaire, liée à la rencontre avec un inconnu, font émerger chez le patient des aspects défensifs. Ceux-ci intéressent le thérapeute parce qu'ils lui fournissent de bonnes indications sur l'organisation narcissique. Gilliéron estime que ces informations sont essentielles dans la mesure où elles traduisent la manière dont le patient interagit avec l'autre pour se protéger de

ses pulsions anxigènes ou des attaques à l'égard de son narcissisme. A cet égard, les résultats de cette étude témoignent des enjeux narcissiques liés à la première séance, avec une proportion plus élevée de défenses narcissiques à ce moment précis. Enfin, ces renseignements peuvent servir de levier au thérapeute pour guider ses interventions. En résumé, l'importance de l'ajustement à la première rencontre révèle peut-être l'existence d'une période particulièrement critique, dans laquelle le thérapeute doit se montrer sensible à la tension psychique du patient.

En d'autres mots, il semble particulièrement important que le thérapeute repère rapidement les défenses du patient à la première séance, afin de moduler ses interventions. La période de l'investigation est généralement consacrée à obtenir le maximum d'informations au sujet de l'anamnèse (Gabbard, 1994). Hormis, cette récolte d'informations, quelle place le thérapeute devrait-il accorder à l'idée de l'ajustement ?

Ces réflexions posent la question de la pertinence de sensibiliser les cliniciens aux défenses et de s'y ajuster. Vaillant (1992) estime que les cliniciens doivent savoir identifier les défenses du patient afin d'interagir



adéquatement dans leurs interventions. Cela implique une bonne connaissance des différents mécanismes de défenses et des différents types d'interventions. Par conséquent, est-ce que repérer les défenses devrait faire partie de la formation des cliniciens ? Plus encore, une meilleure connaissance de celles-ci permettrait-il d'intervenir plus adéquatement ? D'ailleurs, les résultats de cette étude montrent que l'attitude des thérapeute varie très peu et que c'est la variation de l'organisation défensive du patient qui crée un bon ou un mauvais ajustement. Les thérapeutes sont peut-être trop fidèles au modèle de l'Investigation Psychodynamique Brève (IPB). Une sensibilisation à l'ajustement devrait-elle faire partie de la formation à l'IPB ? Cependant, il est possible de se demander si un bon ajustement fait partie des qualités personnelles de chacun ou s'acquiert dans une formation.

Mais il est évident que la valeur de ce concept mérite encore d'être affinée et vérifiée au sein d'une population beaucoup plus large, avec plus de variabilité pour chaque paramètre étudié. Un plus grand échantillon permettrait aussi l'étude des défenses à un niveau individuel face aux différentes interventions.

En conclusion, un lien entre l'ajustement du thérapeute aux défenses du patient et l'alliance a été établi. Les recherches futures devraient s'orienter sur l'exploration micro-analytique du processus de l'ajustement, en termes de justesse, de moment et de précision des interventions face aux défenses.

## Références

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy : Theory, Research and Practice, 16, 252-260.
- Derubeis, R. J., et Feeley, M. (1991). Determinants of change in cognitive therapy for depression. Cognitive Therapy and Research, 14, 469-482.
- Foreman, S. et Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. American Journal of Psychiatry, 142, 922-926.
- Freud, S. (1995). Inhibition, symptôme et angoisse (première édition :1926). Paris: Presse Universitaire de France.
- Gabbard, G. O. (1994). Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O., Horwitz, L., Allen, J. G., Frieswyk, S., Newsom, G., Colson, D. B., et Coyne, L. (1994). Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients : A high-risk, high-gain phenomenon. Harvard Review of Psychiatry, 4, 59-69.

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical considerations. Psychotherapy, 27, 143-153.

Gaston, L. et Marmar, R. C. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In A. O. Horvath, L. S. Geenberg (eds). The Working Alliance : Theory, Research and Practice, (pp.85-108). New York: Wiley.

Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W. et Gallagher, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4, 483-489.

Gilliéron, E. (1989). Short psychotherapy interventions (four sessions). Psychotherapy & Psychosomatics, 51(1), 32-37.

Gilliéron, E. (1994). Le premier entretien en psychothérapie. Paris: Dunod.

Gomes-Swartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy : Prediction of outcome from process variables. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1023-1035.

Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy.

Psychotherapy Research, 7(1), 1-19

Hartley, D. E. et Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (ed.). Empirical studies in analytic theories, (pp. 1-37). Hillsdale: NJ : Erlbaum.

Horvath, A., Gaston, L. et Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (eds.). Psychodynamic treatment research, (pp. 247-273). New York: Basic Books.

Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). The development and validation of the Working Alliance Inventory. Journal of Counselling Psychology, 36, 223-233.

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

Horvath, A. O. et Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. Journal of Counselling Psychology, 38, 139-149.

Kokotovic, A. M. et Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counselling. Journal of Counselling Psychology, 37, 16-21.

Lingiardi, V., Lonati, C., Delucchi, F., Vanzulli, L., Fossati, A., Maffei, C. et Perry, J.-C. (1996). Defense mechanisms (DMRS) and personality disorders. Soumis pour publication.

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (ed.). Successful psychotherapy, (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.

Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliance as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In A. O. Horvath, L. S. Greenberg (eds). The Working Alliance: Theory, research and practice, (pp. 38-51). New York: Wiley.

Marmar, C., Weiss, D. S. et Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. Psychological Assessment. A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1, 46-52.

Martin, D. J., Garske, J. P. et Davis, M. K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and

Other Variables: a Meta-Analytic Review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,3, 438-450.

Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance scales : Similarities, differences and associations with psychotherapy outcome. Journal of Nervous and Mental Disease, 172, 417-423.

Perry, J. C. et Kardos, M. E. (1994). In H. Conte, R. Plutchik (eds). Ego Defenses : Theory and Practice, (pp. 283-299). New York: John Wiley & Sons.

Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S. et McCallum, M. (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-term individual therapy. Archives of General Psychiatry, 48,946-953.

Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S., McCallum, M., Nixon, G. W. H. et Segal, P. S. (1991). Quality of object relations vs. Interpersonal functioning as a predictor of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. Journal of Nervous and Mental Disease, 179, 432-438.

Piper, W. E., Joyce, A.S., McCallum, M. et Azim, H. F. (1998). Interpretive and supportive forms of psychotherapy

and patient personality variables. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(3), 558-567.

Safran, J. D., Muran, C. J., et Wallner-Samsrag, L. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A. O. Horvath, L. S. Greenberg (eds). The working alliance: Theory, research and practice. (pp.225-258). New York: John Wiley.

Saketopoulou, A. (1999). The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: Theoretical conceptualisations and research findings. Psychotherapy, 36, 329-342.

Sexton, H. C., Hembre, K. et Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess : a sequential analysis. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 64(3), 471-480.

Vaillant, G. E. (1992). Ego mechanisms of defense. A guide for clinicians and researchers. Washington: American Psychiatric Press.

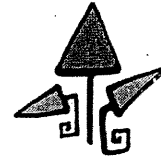
Westerman, M. A., Foote, J. P. et Winston, A. (1995). Change in coordination across phases of psychotherapy and outcome : two mechanisms for the role played by patients'



contribution to the alliance. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 63(4), 672-675.

Winston, B., Samstag, L. W., Winston, A. et Muran, J. C. (1994). Patient defense/Therapist interventions. Psychotherapy, 31, 478-491.

ANNEXES GENERALES



Département Universitaire de Psychiatrie Adulte

Centre d'Etude des  
Psychothérapies Psychanalytiques

Centre d'Etude des Psychothérapies Psychanalytiques (CEPP)  
Rue du Tunnel 1  
1005 Lausanne

**CONSENTEMENT DE PARTICIPATION  
A LA RECHERCHE**

Je, soussigné(e), accepte que les enregistrements des entretiens que j'ai eus avec le Dr .....  
soient utilisés dans le cadre d'une recherche menée par le Centre d'Etude des Psychothérapies Psychanalytiques  
sur les premiers entretiens thérapeutiques.

J'accepte que ces entretiens soient dactylographiés par un collaborateur du Centre d'Etude des Psychothérapies  
Psychanalytiques.

J'ai été informé(e) que la recherche se fera sur la base d'un texte dactylographié anonyme et qu'aucune  
information permettant d'identifier l'un ou l'autre des participants ainsi que toute personne citée au cours de ces  
entretiens ne sera maintenue.

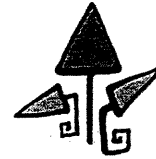
J'ai été informé(e) que, à ma demande, j'ai la possibilité de consulter le texte dactylographié de ces entretiens.

J'ai eu la possibilité de poser à la personne que j'ai rencontré pour la recherche toutes les questions que je me  
suis posées sur cette étude et j'ai compris l'information qui m'a été donnée.

J'accepte que les différents résultats de cette étude puissent être divulgués sous la forme de publications  
scientifiques et de présentations scientifiques, sachant que mon identité ne sera jamais dévoilée et que rien dans  
le texte de la publication ou de l'exposé ne permettra de me reconnaître, de reconnaître le thérapeute qui m'a  
traité ou toute personne citée au cours de ces entretiens.

Lausanne, le .....

Signature :



**AUTORISATION D'ENREGISTREMENT**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez être examiné(e), et peut-être traité(e), dans le cadre du Centre de Consultation Psychiatrique et Psychothérapeutique. Nous souhaitons votre accord pour que les quatre premiers entretiens soient enregistrés sur magnétophone et/ou filmé par une caméra vidéo qui fonctionne en circuit fermé, à l'usage exclusif de professionnels de la santé tenus au secret médical le plus stricte.

L'enregistrement des entretiens est utile à plus d'un titre. Il est utile pour votre thérapeute et peut l'aider dans son travail avec vous. Il est utile pour la recherche dont le but est de contrôler la qualité des soins prodigués et de l'améliorer si nécessaire. Il peut également être utile pour la formation des professionnels de la santé.

Vous pourrez décider, après les quatre entretiens, le ou les usages que vous nous autorisez à faire de ces enregistrements. Quelle que soit votre décision, vous restez en tout temps le propriétaire de ces enregistrements, et vous pouvez, à tout moment et sans justification, demander qu'ils soient effacés.

Nous vous demandons votre accord pour l'enregistrement en apposant votre signature ci-dessous.

Lausanne, le .....

Signature :

Département Universitaire de Psychiatrie Adulte

Centre d'Etude des  
Psychothérapies Psychanalytiques

Centre d'Etude des Psychothérapies Psychanalytiques (CEPP)  
Rue du Tunnel 1  
1005 Lausanne

**AUTORISATION D'UTILISATION DES  
ENREGISTREMENTS**

Je, soussigné(e), autorise l'utilisation des enregistrements effectués au Centre de Consultation Psychiatrique et Psychothérapeutique pour les utilisations suivantes (entourez ce qui convient) :

1. **SUPERVISION.** L'enregistrement peut être utilisé dans le cadre du travail clinique avec moi, à l'usage exclusif des personnes qui me soignent (médecin-traitant et superviseur éventuel). OUI / NON
2. **RECHERCHE.** L'enregistrement peut être utilisé dans le cadre de la recherche menée actuellement au Centre d'Etude des Psychothérapies Psychanalytique, à l'usage exclusif des chercheurs. OUI / NON
3. **ENSEIGNEMENT.** L'enregistrement peut être utilisé dans le cadre de la formation des professionnels de la santé (tenus au secret professionnel). OUI / NON

TYPE D'ENSEIGNEMENT :  *Pré-gradué* (cours ou séminaire pour étudiants)  
 *Post-gradué* (séminaire pour médecins diplômés)  
 *Formation continue* (séminaire pour psychiatres)

REMARQUES : .....

.....

Ces autorisations peuvent être à tout moment et sur simple indication de ma part, revues. Je peux également en tout temps et sans justification demander l'effacement de ces enregistrements.

Lausanne, le .....

Signature : .....

Confirmation : Lausanne, le .....

Signature : .....



**FICHE D'EVALUATION DES MECHANISMES DE DEFENSE** 106  
 J. Christopher Perry, M.P.H., M.D.

SOURCE D'INFORMATION: 1=séance psychothérapie 2=entretien exploratoire  
 3=vignette relationnelle: ..... Si 1, No de la séance ....  
 Sujet: .....[.....] Juge: .....[.....]

**7. DE MATURITE**

Affiliation	.....	
Altruisme	.....	
Anticipation	.....	
Humour	.....	
Affirmation de soi	.....	
Introspection	.....	
Sublimation	.....	
Répression	.....	
	<u>.....</u>	
	.....	x 7 =.....

**6. OBSESSIONNELLES**

Isolation	.....	
Intellectualisation	.....	
Annulation rétroactive	.....	
	<u>.....</u>	
	.....	x 6 =.....

**5. AUTRES NEVROTQUES**

Refoulement	.....	
Dissociation	.....	
Formation réactionnelle	.....	
Déplacement	.....	
	<u>.....</u>	
	.....	x 5 =.....

**4. NARCISSIQUES**

Omnipotence	.....	
Idéalisation	.....	
Dévalorisation	.....	
	<u>.....</u>	
	.....	x 4 =.....

**3. DESAVEU**

Déni névrotique	.....	
Projection	.....	
Rationalisation	.....	
AUTRE	.....	x 3 =.....
Fantamatisation autistique	.....	x 3 =.....

**2. BORDER LINE**

Clivage des représentat. d'objets	.....	
Clivage des représentations de soi	.....	
Identification projective	.....	
	<u>.....</u>	
	.....	x 2 =.....

**1. PAR L'AGIR**

Passage à l'acte	.....	
Agressivité passive	.....	
Hypocondrie	.....	
	<u>.....</u>	
	.....	x 1 =.....

a.Total des mécanismes de défense	.....	
b.Total pondéré	.....	
Score global de maturité b/a	=	.....

Scoring Sheet for the Psychodynamic Intervention Scale

Defense Interpretations                      Totals

Level 1 \_\_\_\_\_

Level 2 \_\_\_\_\_

Level 3 \_\_\_\_\_

Level 4 \_\_\_\_\_

Level 5 \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

Transference Interpretations                      Totals

Level 1 \_\_\_\_\_

Level 2 \_\_\_\_\_

Level 3 \_\_\_\_\_

Level 4 \_\_\_\_\_

Level 5 \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

Acknowledgements

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

Questions

\_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

Contractual Arrangements

\_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

Work Enhancing Strategies

\_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

Reflections

\_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

Clarifications

\_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

Support Strategies

\_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

Associations

\_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_



## ANNEXE D : DONNEES BRUTES

Tableau 1. Echantillon

No	Code	Sexe	Age	Thérap.	ALLIANCE (HAq I)				GROUPE	M	Diff	
					s1	s2	s3	s4				
1	407	F	47	EG	7	7	27	25	-	+	16,5	18
2	409	M	57	EG	10	13	11	10	-	-	11,0	0
3	414	F	26	EG	24	19	19	22	+	+	21,0	-2
4	416	F	25	CRG	-1	0	-6	0	-	-	-1,8	1
5	417	F	20	MS	16	19	21	30	-	+	21,5	14
6	418	F	21	MS	24	26	22	23	+	+	23,8	-1
7	419	F	25	CRG	13	21	30	31	-	+	23,8	18
8	420	F	32	JND	12	17	25	26	-	+	20,0	14
9	421	M	25	JND	-2	2	14	19	-	+	8,3	21
10	422	M	31	JND	19	21	33	33	+	+	26,5	14
11	423	F	21	OH	22	27	25	32	+	+	26,5	10
12	425	F	21	EG	5	14	19	17	-	+	13,8	12
13	426	F	24	EG	28	21	26	30	+	+	26,3	2
14	427	F	40	CRG	0	5	7	12	-	-	6,0	12
15	428	F	20	JND	27	26	28	29	+	+	27,5	2
16	429	F	17	MS	4	-1	-7	1	-	-	-0,8	-3
17	432	F	33	JND	0	3	2	8	-	-	3,3	8
18	434	M	33	LSP	20	25	27	24	+	+	24,0	4
19	436	F	42	JND	27	23	22	20	+	+	23,0	-7
20	438	M	23	EG	26	27	17	19	+	+	22,3	-7
21	439	M	43	MT	-8	-1	0	4	-	-	-1,3	12
22	441	M	28	JND	15	8	3	6	-	-	8,0	-9
23	507	F	27	LM	18	21	17	22	+	+	19,5	4
24	511	M	22	LM	13	15	17	18	-	+	15,8	5

**Note :** Thérap = thérapeute; s1 à s4 = séance 1 à séance 4; M = masculin; F = féminin

Tableau 2. DMRS: Données relatives par catégorie - séances 1 &amp; 2

No	Code	SÉANCE 1								SÉANCE 2							
		Nb	Mat	Obs	Név	Nar	Dés	Bor	Act	Nb	Mat	Obs	Név	Nar	Dés	Bor	Act
1	407	28	0,0	32,1	14,3	28,6	14,3	0,0	10,7	25	0,0	28,0	28,0	16,0	28,0	0,0	0,0
2	409	36	2,8	30,6	33,3	5,6	16,7	5,6	5,6	15	13,3	13,3	20,0	20,0	26,7	0,0	6,7
3	414	33	6,1	15,2	15,2	18,2	33,3	6,1	6,1	13	0,0	7,7	23,1	15,4	46,2	0,0	7,7
4	416	28	10,7	17,9	17,9	32,1	17,9	0,0	3,6	16	0,0	18,8	12,5	18,8	37,5	0,0	12,5
5	417	57	10,5	21,1	14,0	31,6	19,3	0,0	3,5	17	5,9	35,3	29,4	17,6	5,9	0,0	5,9
6	418	49	12,2	32,7	10,2	18,4	18,4	0,0	8,2	40	2,5	37,5	17,5	27,5	10,0	0,0	5,0
7	419	41	4,9	17,1	9,8	17,1	22,0	2,4	26,8	33	0,0	18,2	3,0	18,2	33,3	0,0	27,3
8	420	21	19,0	23,8	33,3	0,0	23,8	0,0	0,0	19	10,5	26,3	15,8	5,3	42,1	0,0	0,0
9	421	35	2,9	51,4	14,3	2,9	25,7	0,0	2,9	26	0,0	61,5	7,7	0,0	26,9	0,0	3,8
10	422	46	8,7	37,0	15,2	30,4	8,7	0,0	0,0	34	2,9	32,4	17,6	26,5	20,6	0,0	0,0
11	423	37	0,0	16,2	10,8	18,9	48,6	0,0	5,4	21	14,3	33,3	19,0	9,5	19,0	4,8	0,0
12	425	25	8,0	8,0	0,0	32,0	48,0	0,0	4,0	24	0,0	12,5	4,2	20,8	41,7	0,0	20,8
13	426	13	23,1	30,8	30,8	0,0	15,4	0,0	0,0	26	11,5	38,5	7,7	7,7	30,8	3,8	0,0
14	427	22	50,0	4,5	13,6	22,7	4,5	0,0	4,5	22	18,2	40,9	13,6	9,1	18,2	0,0	0,0
15	428	39	2,6	2,6	25,6	30,8	10,3	0,0	28,2	39	0,0	10,3	15,4	25,6	25,6	0,0	23,1
16	429	43	9,3	48,8	4,7	16,3	20,9	0,0	0,0	34	2,9	35,3	11,8	5,9	41,2	0,0	2,9
17	432	38	5,3	18,4	26,3	13,2	26,3	0,0	10,5	45	2,2	17,8	24,4	13,3	33,3	0,0	8,9
18	434	43	7,0	18,6	4,7	41,9	27,9	0,0	0,0	25	12,0	32,0	4,0	40,0	12,0	0,0	0,0
19	436	29	10,3	24,1	17,2	10,3	31,0	3,4	3,4	12	16,7	50,0	8,3	8,3	16,7	0,0	0,0
20	438	30	0,0	20,0	13,3	20,0	33,3	0,0	13,3	32	0,0	25,0	12,5	9,4	46,9	0,0	6,3
21	439	26	23,1	30,8	11,5	11,5	19,2	0,0	3,8	20	10,0	55,0	10,0	0,0	25,0	0,0	0,0
22	441	31	6,5	45,2	16,1	6,5	19,4	0,0	6,5	13	7,7	15,4	15,4	15,4	38,5	7,7	15,4
23	507	20	15,0	20,0	40,0	0,0	25,0	0,0	0,0	20	5,0	20,0	30,0	5,0	35,0	0,0	5,0
24	511	23	13,0	34,8	8,7	13,0	8,7	0,0	0,0	19	0,0	57,9	5,3	5,3	15,8	15,8	0,0

**Note:** Mat = défense mature; Obs = obsessionnelle; Nev = névrotique; Nar = narcissique; Dés = de désaveu; Bor = borderline ou état-limite; Act = par l'agir

Tableau 2bis. DMRS: Données relatives par catégorie - séances 3 &amp; 4

No	Code	SÉANCE 3								SÉANCE 4							
		Nb	Mat	Obs	Név	Nar	Dés	Bor	Act	Nb	Mat	Obs	Név	Nar	Dés	Bor	Act
1	407	16	6,3	6,3	12,5	12,5	43,8	0,0	18,8	4	25,0	0,0	25,0	0,0	25,0	0,0	25,0
2	409	12	0,0	33,3	25,0	0,0	41,7	0,0	0,0	11	18,2	18,2	45,5	0,0	18,2	0,0	0,0
3	414	18	22,2	16,7	16,7	5,6	27,8	5,6	5,6	8	0,0	0,0	25,0	50,0	12,5	0,0	12,5
4	416	31	9,7	38,7	9,7	16,1	12,9	0,0	12,9	18	0,0	22,2	11,1	16,7	33,3	11,1	5,6
5	417	37	2,7	29,7	0,0	21,6	37,8	2,7	5,4	21	9,5	28,6	4,8	19,0	23,8	0,0	14,3
6	418	51	3,9	23,5	11,8	23,5	25,5	0,0	11,8	15	0,0	66,7	20,0	6,7	6,7	0,0	0,0
7	419	30	6,7	26,7	3,3	33,3	20,0	0,0	10,0	12	8,3	41,7	8,3	16,7	0,0	0,0	25,0
8	420	37	8,1	27,0	21,6	5,4	37,8	0,0	0,0	6	16,7	16,7	16,7	0,0	50,0	0,0	0,0
9	421	30	0,0	60,0	10,0	0,0	26,7	0,0	3,3	14	0,0	50,0	21,4	7,1	21,4	0,0	0,0
10	422	24	0,0	33,3	8,3	8,3	50,0	0,0	0,0	18	0,0	38,9	0,0	0,0	61,1	0,0	0,0
11	423	22	4,5	36,4	4,5	18,2	36,4	0,0	0,0	13	15,4	61,5	0,0	0,0	23,1	0,0	0,0
12	425	12	8,3	0,0	8,3	16,7	8,3	0,0	58,3	21	0,0	23,8	0,0	14,3	42,9	0,0	19,0
13	426	28	7,1	17,9	25,0	28,6	14,3	0,0	7,1	14	14,3	57,1	7,1	7,1	14,3	0,0	0,0
14	427	22	27,3	13,6	9,1	18,2	18,2	0,0	13,6	8	12,5	62,5	12,5	0,0	12,5	0,0	0,0
15	428	34	2,9	5,9	32,4	14,7	17,6	2,9	23,5	17	5,9	5,9	23,5	29,4	23,5	5,9	5,9
16	429	33	0,0	45,5	3,0	21,2	21,2	0,0	9,1	39	0,0	25,6	10,3	2,6	56,4	0,0	5,1
17	432	18	5,6	5,6	44,4	5,6	27,8	0,0	11,1	14	14,3	28,6	21,4	0,0	28,6	0,0	7,1
18	434	20	10,0	55,0	10,0	25,0	0,0	0,0	0,0	20	5,0	50,0	5,0	30,0	10,0	0,0	0,0
19	436	16	6,3	18,8	12,5	6,3	37,5	12,5	6,3	17	11,8	23,5	23,5	0,0	41,2	0,0	0,0
20	438	16	0,0	6,3	12,5	25,0	50,0	0,0	6,3	23	0,0	30,4	4,3	4,3	39,1	8,7	13,0
21	439	17	5,9	23,5	29,4	5,9	35,3	0,0	0,0	17	17,6	70,6	5,9	0,0	5,9	0,0	0,0
22	441	22	0,0	13,6	13,6	9,1	50,0	9,1	4,5	11	9,1	45,5	18,2	0,0	27,3	0,0	0,0
23	507	18	0,0	33,3	38,9	11,1	16,7	0,0	0,0	6	16,7	50,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0
24	511	21	4,8	38,1	9,5	9,5	33,3	4,8	0,0	14	0,0	42,9	0,0	21,4	35,7	0,0	0,0

**Note:** Mat = défense mature; Obs = obsessionnelle; Nev = névrotique; Nar = narcissique; Dés = de désaveu;  
Bor = borderline ou état-limite; Act = par l'agir

**Tableau 3. PIRS: Données relatives par catégorie - séances 1 & 2**

No	Code	Nb	SÉANCE 1							SÉANCE 2									
			Int	WES	Clar	Ques	Refl	CA	SS	Ass	Nb	Int	WES	Clar	Ques	Refl	CA	SS	Ass
1	407	46	4,5	6,8	25,0	31,8	11,4	6,8	0,0	13,6	55	7,0	1,8	17,5	56,1	7,0	0,0	0,0	10,5
2	409	37	16,2	2,7	16,2	29,7	5,4	5,4	5,4	18,9	28	10,7	7,1	25,0	42,9	3,6	0,0	0,0	10,7
3	414	68	7,4	1,5	22,1	42,6	5,9	1,5	0,0	19,1	34	23,5	0,0	14,7	35,3	14,7	2,9	0,0	8,8
4	416	109	5,5	1,8	22,9	31,2	6,4	13,8	2,8	15,6	115	2,6	7,0	20,0	44,3	5,2	8,7	2,6	9,6
5	417	84	4,8	2,4	33,3	56,0	1,2	0,0	2,4	0,0	86	20,9	2,3	19,8	18,6	7,0	2,3	14,0	15,1
6	418	79	3,8	1,3	20,3	65,8	0,0	1,3	0,0	7,6	70	14,3	4,3	24,3	31,4	0,0	1,4	7,1	17,1
7	419	70	8,6	2,9	10,0	37,1	5,7	17,1	7,1	11,4	139	3,6	0,7	27,3	42,4	1,4	3,6	10,1	10,8
8	420	80	6,3	1,3	8,8	56,3	2,5	3,8	5,0	16,3	63	14,3	6,3	11,1	33,3	1,6	17,5	7,9	7,9
9	421	54	11,1	1,9	16,7	51,9	0,0	11,1	0,0	7,4	46	4,3	0,0	23,9	37,0	0,0	10,9	4,3	19,6
10	422	43	9,3	11,6	14,0	32,6	2,3	20,9	0,0	9,3	68	11,8	2,9	7,4	36,8	0,0	29,4	4,4	7,4
11	423	62	11,3	0,0	19,4	45,2	4,8	14,5	1,6	3,2	76	9,2	0,0	19,7	56,6	2,6	5,3	0,0	6,6
12	425	32	0,0	3,1	9,4	59,4	3,1	9,4	3,1	12,5	70	8,6	8,6	21,4	34,3	1,4	0,0	12,9	12,9
13	426	21	14,3	14,3	19,0	33,3	4,8	4,8	9,5	0,0	19	10,5	0,0	26,3	26,3	10,5	15,8	5,3	5,3
14	427	48	2,1	4,2	31,3	31,3	0,0	16,7	8,3	6,3	59	6,8	3,4	27,1	27,1	5,1	6,8	8,5	15,3
15	428	70	12,9	14,3	14,3	32,9	1,4	12,9	2,9	8,6	72	2,8	1,4	15,3	63,9	1,4	11,1	0,0	4,2
16	429	186	2,2	1,1	11,3	65,6	2,7	1,1	6,5	9,7	98	9,2	6,1	20,4	43,9	3,1	1,0	2,0	14,3
17	432	101	3,0	1,0	14,9	63,4	1,0	3,0	5,0	8,9	107	11,2	0,0	14,0	55,1	0,9	5,6	1,9	11,2
18	434	49	18,4	6,1	24,5	14,3	4,1	8,2	6,1	18,4	64	9,4	0,0	31,3	31,3	0,0	3,1	7,8	17,2
19	436	118	1,7	1,7	13,6	66,9	0,8	5,1	1,7	8,5	113	4,4	2,7	28,3	40,7	1,8	7,1	2,7	12,4
20	438	49	12,2	2,0	14,3	22,4	0,0	12,2	6,1	30,6	27	29,6	0,0	11,1	25,9	3,7	0,0	0,0	29,6
21	439	27	14,8	7,4	11,1	37,0	0,0	14,8	0,0	14,8	36	13,9	2,8	5,6	61,1	0,0	5,6	0,0	11,1
22	441	141	1,4	2,1	10,6	65,2	1,4	5,7	4,3	9,2	85	9,4	2,4	17,6	51,8	2,4	3,5	1,2	11,8
23	507	43	20,9	0,0	27,9	39,5	2,3	4,7	0,0	4,7	48	10,4	0,0	39,6	27,1	4,2	6,3	4,2	8,3
24	511	41	7,3	0,0	22,0	39,0	7,3	2,4	2,4	19,5	41	7,3	0,0	34,1	36,6	4,9	2,4	0,0	14,6

**Note:** Nb = nombre d'interventions du thérapeute; Int = Interprétation (de défense et de transfert); Sout = Soutier

Tableau 3bis. PIRS: Données relatives par catégories - séances 3 &amp; 4

No	Code	Nb	SÉANCE 3								SÉANCE 4								
			Int	WES	Clar	Ques	Refl	CA	SS	Ass	Nb	Int	WES	Clar	Ques	Refl	CA	SS	Ass
1	407	45	15,6	8,9	15,6	33,3	0,0	0,0	6,7	20,0	30	17,1	8,6	8,6	25,7	0,0	2,9	17,1	20,0
2	409	41	17,1	0,0	22,0	34,1	0,0	2,4	7,3	17,1	38	21,1	5,3	2,6	28,9	0,0	15,8	7,9	18,4
3	414	37	21,6	8,1	24,3	16,2	2,7	2,7	13,5	10,8	43	16,3	9,3	23,3	16,3	0,0	14,0	0,0	20,9
4	416	103	4,9	4,9	23,3	27,2	9,7	14,6	2,9	12,6	142	6,3	8,5	21,1	13,4	1,4	20,4	7,7	21,1
5	417	93	8,6	3,2	23,7	38,7	6,5	3,2	3,2	12,9	62	11,3	4,8	30,6	12,9	6,5	1,6	17,7	14,5
6	418	64	12,5	0,0	18,8	25,0	1,6	10,9	6,3	25,0	59	13,6	3,4	16,9	18,6	1,7	3,4	8,5	33,9
7	419	80	2,5	2,5	31,3	18,8	5,0	0,0	26,3	13,8	103	1,0	1,9	8,7	19,4	1,0	13,6	34,0	20,4
8	420	64	12,5	0,0	10,9	35,9	1,6	10,9	6,3	21,9	98	11,2	10,2	14,3	25,5	1,0	7,1	10,2	20,4
9	421	21	14,3	4,8	9,5	52,4	0,0	4,8	4,8	9,5	56	7,1	5,4	3,6	28,6	1,8	21,4	19,6	12,5
10	422	42	2,4	7,1	14,3	45,2	7,1	14,3	0,0	9,5	28	3,6	7,1	0,0	53,6	0,0	17,9	10,7	7,1
11	423	89	19,1	0,0	18,0	41,6	1,1	4,5	5,6	10,1	45	13,3	2,2	15,6	26,7	2,2	2,2	22,2	15,6
12	425	60	13,3	10,0	8,3	28,3	1,7	3,3	11,7	23,3	62	22,6	14,5	4,8	17,7	11,3	1,6	9,7	17,7
13	426	16	12,5	6,3	6,3	43,8	0,0	6,3	12,5	12,5	51	21,6	9,8	9,8	15,7	3,9	3,9	17,6	17,6
14	427	38	5,3	0,0	21,1	31,6	10,5	5,3	13,2	13,2	103	1,9	8,7	12,6	8,7	0,0	30,1	7,8	30,1
15	428	74	13,5	10,8	10,8	41,9	4,1	8,1	2,7	8,1	102	11,8	2,9	10,8	32,4	1,0	13,7	20,6	6,9
16	429	92	9,8	5,4	23,9	34,8	5,4	2,2	8,7	9,8	134	5,2	8,2	18,7	41,8	2,2	6,0	3,0	14,9
17	432	113	6,2	4,4	7,1	59,3	0,0	5,3	10,6	7,1	109	5,5	13,8	16,5	38,5	0,0	9,2	0,9	15,6
18	434	59	25,4	0,0	25,4	27,1	0,0	3,4	10,2	8,5	53	22,6	9,4	15,1	13,2	3,8	7,5	15,1	13,2
19	436	70	2,9	5,7	20,0	42,9	1,4	7,1	11,4	8,6	198	0,0	0,0	7,1	45,5	1,0	13,6	3,5	29,3
20	438	30	26,7	0,0	16,7	20,0	3,3	3,3	6,7	23,3	55	25,5	1,8	14,5	30,9	1,8	9,1	0,0	16,4
21	439	22	22,7	18,2	4,5	22,7	0,0	9,1	0,0	22,7	38	7,9	0,0	10,5	36,8	0,0	18,4	2,6	23,7
22	441	98	8,2	3,1	15,3	46,9	2,0	2,0	11,2	11,2	68	0,0	2,9	11,8	30,9	1,5	7,4	7,4	38,2
23	507	43	23,3	0,0	20,9	20,9	11,6	7,0	2,3	14,0	27	3,7	3,7	14,8	18,5	0,0	14,8	7,4	37,0
24	511	37	27,0	0,0	40,5	18,9	0,0	2,7	5,4	5,4	42	11,9	0,0	26,2	21,4	2,4	9,5	9,5	19,0

Note: Nb = nombre d'interventions du thérapeute; Int = Interprétation (de défense et de transfert); Sout = Soutie

Tableau 4. PIRS: Données brutes (interprétation/soutien)

No	Code	SÉANCE 1				SÉANCE 2				SÉANCE 3				SÉANCE 4			
		Nb	Int	Sout	Cadre	Nb	Int	Sout	Cadre	Nb	Int	Sout	Cadre	Nb	Int	Sout	Cadre
1	407	46	2	37	7	55	4	49	2	45	7	34	4	30	4	22	4
2	409	37	6	28	3	28	3	23	2	41	7	33	1	38	8	22	8
3	414	68	5	61	2	34	8	25	1	37	8	25	4	43	7	26	10
4	416	109	6	86	17	115	3	94	18	103	5	78	20	142	9	92	41
5	417	84	4	78	2	86	18	64	4	93	8	79	6	62	7	51	4
6	418	79	3	74	2	70	10	56	4	64	8	49	7	59	8	47	4
7	419	70	6	50	14	139	5	128	6	80	2	76	2	103	1	86	16
8	420	80	5	71	4	63	9	39	15	64	8	49	7	98	11	70	17
9	421	54	6	41	7	46	2	39	5	21	3	16	2	56	4	37	15
10	422	43	4	25	14	68	8	38	22	42	1	32	9	28	1	20	7
11	423	62	7	46	9	76	7	65	4	89	17	68	4	45	6	37	2
12	425	32	0	28	4	70	6	58	6	60	8	44	8	62	14	38	10
13	426	21	3	14	4	19	2	14	3	16	2	12	2	51	11	33	7
14	427	48	1	37	10	59	4	49	6	38	2	34	2	103	2	61	40
15	428	70	9	42	19	72	2	61	9	74	10	50	14	102	12	73	17
16	429	186	4	178	4	98	9	82	7	92	9	76	7	134	7	108	19
17	432	101	3	94	4	107	12	89	6	113	7	95	11	109	6	78	25
18	434	49	9	33	7	64	6	56	2	59	15	42	2	53	12	32	9
19	436	118	2	108	8	113	5	97	11	70	2	59	9	198	0	171	27
20	438	49	6	36	7	27	8	19	0	30	8	21	1	55	14	35	6
21	439	27	4	17	6	36	5	28	3	22	5	11	6	38	3	28	7
22	441	141	2	128	11	85	8	72	5	98	8	85	5	68	0	61	7
23	507	43	9	32	2	48	5	40	3	43	10	30	3	27	1	21	5
24	511	41	3	37	1	41	3	37	1	37	10	26	1	42	5	33	4

**Note:** Nb = nombre d'interventions du thérapeute; Int = Interprétation (de défense et de transfert); Sout = Souti



Tableau 5. PIRS: Données relatives (interprétation/soutien)

No	Code	SÉANCE 1			SÉANCE 2			SÉANCE 3			SÉANCE 4		
		Int	Sout	Cadre	Int	Sout	Cadre	Int	Sout	Cadre	Int	Sout	Cadre
1	407	4,3	80,4	15,2	7,3	89,1	3,6	15,6	75,6	8,9	13,3	73,3	13,3
2	409	16,2	75,7	8,1	10,7	82,1	7,1	17,1	80,5	2,4	21,1	57,9	21,1
3	414	7,4	89,7	2,9	23,5	73,5	2,9	21,6	67,6	10,8	16,3	60,5	23,3
4	416	5,5	78,9	15,6	2,6	81,7	15,7	4,9	75,7	19,4	6,3	64,8	28,9
5	417	4,8	92,9	2,4	20,9	74,4	4,7	8,6	84,9	6,5	11,3	82,3	6,5
6	418	3,8	93,7	2,5	14,3	80,0	5,7	12,5	76,6	10,9	13,6	79,7	6,8
7	419	8,6	71,4	20,0	3,6	92,1	4,3	2,5	95,0	2,5	1,0	83,5	15,5
8	420	6,3	88,8	5,0	14,3	61,9	23,8	12,5	76,6	10,9	11,2	71,4	17,3
9	421	11,1	75,9	13,0	4,3	84,8	10,9	14,3	76,2	9,5	7,1	66,1	26,8
10	422	9,3	58,1	32,6	11,8	55,9	32,4	2,4	76,2	21,4	3,6	71,4	25,0
11	423	11,3	74,2	14,5	9,2	85,5	5,3	19,1	76,4	4,5	13,3	82,2	4,4
12	425	0,0	87,5	12,5	8,6	82,9	8,6	13,3	73,3	13,3	22,6	61,3	16,1
13	426	14,3	66,7	19,0	10,5	73,7	15,8	12,5	75,0	12,5	21,6	64,7	13,7
14	427	2,1	77,1	20,8	6,8	83,1	10,2	5,3	89,5	5,3	1,9	59,2	38,8
15	428	12,9	60,0	27,1	2,8	84,7	12,5	13,5	67,6	18,9	11,8	71,6	16,7
16	429	2,2	95,7	2,2	9,2	83,7	7,1	9,8	82,6	7,6	5,2	80,6	14,2
17	432	3,0	93,1	4,0	11,2	83,2	5,6	6,2	84,1	9,7	5,5	71,6	22,9
18	434	18,4	67,3	14,3	9,4	87,5	3,1	25,4	71,2	3,4	22,6	60,4	17,0
19	436	1,7	91,5	6,8	4,4	85,8	9,7	2,9	84,3	12,9	0,0	86,4	13,6
20	438	12,2	73,5	14,3	29,6	70,4	0,0	26,7	70,0	3,3	25,5	63,6	10,9
21	439	14,8	63,0	22,2	13,9	77,8	8,3	22,7	50,0	27,3	7,9	73,7	18,4
22	441	1,4	90,8	7,8	9,4	84,7	5,9	8,2	86,7	5,1	0,0	89,7	10,3
23	507	20,9	74,4	4,7	10,4	83,3	6,3	23,3	69,8	7,0	3,7	77,8	18,5
24	511	7,3	90,2	2,4	7,3	90,2	2,4	27,0	70,3	2,7	11,9	78,6	9,5

**Note:** Nb = nombre d'interventions du thérapeute; Int = Interprétation (de défense et de transfert); Sout = Sout

Tableau 6. Moyennes ODF, ESIL et Ajustement

No	Code	SEANCE 1			SEANCE 2			SEANCE 3			SEANCE 4		
		ODF	ESIL	Ajust	ODF	ESIL	Ajust	ODF	ESIL	Ajust	ODF	ESIL	Ajust
1	407	4,32	3,43	0,79	4,56	3,68	0,81	3,44	3,49	1,02	4,00	3,29	0,82
2	409	4,58	3,41	0,74	4,40	4,14	0,94	4,50	3,54	0,79	5,18	3,34	0,64
3	414	4,00	3,50	0,88	3,69	4,50	1,22	4,61	3,76	0,81	3,75	3,42	0,91
4	416	4,57	3,23	0,71	3,75	3,73	0,99	4,65	3,23	0,70	3,83	2,89	0,76
5	417	4,58	4,01	0,88	4,94	3,99	0,81	4,08	3,55	0,87	4,24	3,26	0,77
6	418	4,69	3,78	0,81	4,75	3,89	0,82	4,10	3,09	0,75	5,47	2,98	0,55
7	419	3,51	3,29	0,94	3,24	3,77	1,16	4,27	3,05	0,71	4,42	2,44	0,55
8	420	5,14	3,39	0,66	4,58	3,67	0,80	4,62	3,14	0,68	4,50	3,18	0,71
9	421	4,91	3,69	0,75	4,92	3,46	0,70	4,93	3,76	0,76	5,00	2,86	0,57
10	422	5,07	3,42	0,67	4,71	3,44	0,73	4,25	3,40	0,80	4,17	3,25	0,78
11	423	3,78	3,68	0,97	5,00	4,07	0,81	4,55	3,74	0,82	5,46	3,18	0,58
12	425	3,80	3,34	0,88	3,25	3,77	1,16	2,50	3,23	1,29	3,48	3,45	0,99
13	426	5,46	3,95	0,72	4,81	3,95	0,82	4,46	3,38	0,76	5,64	3,39	0,62
14	427	5,55	3,35	0,60	5,32	3,68	0,69	4,59	3,26	0,71	5,63	2,37	0,42
15	428	3,44	3,63	1,06	3,41	3,85	1,13	3,59	3,72	1,04	4,00	3,25	0,81
16	429	5,09	3,56	0,70	4,41	3,90	0,88	4,45	3,61	0,81	3,90	3,45	0,88
17	432	4,21	3,60	0,86	4,07	3,92	0,96	4,11	3,58	0,87	4,71	3,40	0,72
18	434	4,35	3,33	0,76	4,92	3,80	0,77	5,50	3,85	0,70	5,10	3,43	0,67
19	436	4,48	3,65	0,81	5,42	3,83	0,71	3,88	3,41	0,88	4,65	2,77	0,60
20	438	3,80	3,04	0,80	3,97	4,00	1,01	3,56	3,70	1,04	3,70	4,02	1,09
21	439	5,12	3,48	0,68	5,25	4,08	0,78	4,59	3,41	0,74	5,94	2,95	0,50
22	441	4,87	3,53	0,73	4,31	3,64	0,84	3,59	3,47	0,9663	5,09	2,54	0,499
23	507	5,00	3,98	0,80	4,35	3,60	0,83	4,88	3,51	0,7193	5,16	2,48	0,4806
24	511	5,22	3,32	0,636	4,73	3,59	0,76	4,57	4,05	0,8862	4,50	3,24	0,72

**Note:** ODF = overall defensive functioning (DMRS); ESIL = exploratory/support intervention level (PIRS);

Ajust = niveau d'ajustement (ESIL/ODF)