

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE DANS LE CADRE DE L'ACTIVITÉ PSY 934  
PROGRAMME DE DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

COMME EXIGENCE FINALE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PAR  
DOMINIQUE NOËL

EFFICACITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE GESTALTISTE DES RELATIONS  
D'OBJET SUR LE TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR ACCOMPAGNÉ D'UNE PATHOLO-  
GIE DE LA PERSONNALITÉ

AVRIL 2015

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

EFFICACITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE GESTALTISTE DES RELATIONS  
D'OBJET SUR LE TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR ACCOMPAGNÉ D'UNE PATHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

PAR  
DOMINIQUE NOËL

Guilhème Pérodeau, directrice de recherche

Université du Québec en Outaouais

Kieron O'Connor, codirecteur de recherche

Université de Montréal

Lucie Mandeville, évaluatrice

Université de Sherbrooke

Marc-Simon Drouin, évaluateur externe

Université du Québec à Montréal

## Sommaire

L'incidence du trouble dépressif majeur est à la hausse et son occurrence produit la plus grande détérioration de l'état de santé comparée à d'autres maladies physiques ou mentales. Plusieurs approches psychothérapeutiques brèves réussissent à guérir un épisode dépressif à court terme, mais leur efficacité est faible à long terme, ce qui fait en sorte que la rechute et la chronicité de ce trouble demeurent problématiques. Plusieurs recherches ont associé la présence de traits de personnalité pathologiques à la dépression, ce qui pourrait contribuer à sa chronicité. L'étude de traitements thérapeutiques intensifs qui en tiennent compte semble plus pertinente. La psychothérapie gestaltiste de relations d'objet (PGRO) est une approche qui a été conçue au départ pour traiter les pathologies de la personnalité. L'objectif principal de la présente recherche est d'étudier l'application de la PGRO au trouble dépressif majeur accompagné d'une pathologie de la personnalité. Une diminution de la symptomatologie dépressive et des traits de personnalité pathologiques était attendue. Trois participantes, recrutées à partir de la clientèle en cabinet privé de la chercheuse, souffrant d'un épisode dépressif majeur et présentant des traits de personnalité pathologiques, ont participé à 20 séances de PGRO. Elles ont été évaluées avant et après le traitement ainsi que lors d'un suivi de six mois. Aux suivis, l'épisode dépressif majeur était résorbé, ce qui fut aussi confirmé un an après la fin du traitement. Les traits de personnalité pathologiques avaient diminué de 33,33 % à 80,49 % selon la participante. Les résultats apportent un soutien préliminaire important quant à l'efficacité de la PGRO pour traiter le trouble dépressif majeur accompagné d'une pathologie de la personnalité et suggèrent que le travail sur le plan de la personnalité pathologique a un impact sur la diminution de la symptomatologie dépressive.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	viii
Liste des figures .....	ix
Remerciements .....	x
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	4
Prévalence, récurrence, chronicité .....	5
Définition et facteurs en cause dans le trouble dépressif majeur .....	7
Définition .....	7
Facteurs en cause .....	11
Comorbidité du trouble dépressif majeur .....	13
Comorbidité avec les troubles de l'axe 1 .....	14
Comorbidité avec les troubles de l'axe 2 .....	14
Dimensions et traits de personnalité en lien avec le trouble dépressif majeur .....	18
Recommandations pour le traitement .....	20
Efficacité et limites des traitements pour la dépression .....	22
Caractéristiques des traitements pour les troubles de la personnalité .....	24
La PGRO : un traitement thérapeutique de la pathologie de personnalité .....	26
Genèse de la pathologie de la personnalité .....	26
Les composantes du Self .....	27
Le processus thérapeutique .....	28
La relation thérapeutique .....	29
Les objectifs thérapeutiques .....	30
La PGRO et le traitement de courte durée .....	30
Les principes empiriquement associés aux changements dans les troubles dysphoriques et les troubles de la personnalité : évaluation de la PGRO .....	34
La PGRO et les principes liés aux troubles dysphoriques .....	35
Principes liés aux participants .....	36
Principes liés à la relation thérapeutique .....	38
Principes liés aux méthodes thérapeutiques .....	40
La PGRO et les principes liés aux troubles de la personnalité .....	43
Principes liés aux participants .....	43
Principes liés à la relation thérapeutique .....	44
Principes liés aux méthodes thérapeutiques .....	45
Objectifs de la présente étude .....	47
Méthode .....	49
Recrutement des participants .....	50
Échantillon .....	52
Instruments de mesure .....	54
Procédure .....	58
Plan d'analyses .....	59
Considérations éthiques .....	60

Résultats.....	61
Préanalyse .....	62
Évaluations pré-traitement, post-traitement, suivi de six mois et suivi téléphonique d'un an ..	62
Participant 1 .....	63
Participant 2.....	64
Participant 3.....	65
Autoévaluations hebdomadaires.....	66
Participant 1 .....	67
Symptômes dépressifs .....	67
Symptômes anxieux .....	68
Perception de soi.....	69
Perception de l'autre.....	70
Participant 2.....	71
Symptômes dépressifs .....	71
Symptômes anxieux .....	72
Perception de soi.....	73
Perception de l'autre.....	74
Participant 3.....	75
Symptômes dépressifs .....	75
Symptômes anxieux .....	76
Perception de soi.....	77
Perception de l'autre.....	78
Analyse exploratoire de l'effet de la PGRO sur trois composantes de l'expérience des participantes .....	79
Participant 1 .....	79
Élargissement du registre des émotions .....	79
Capacité accrue de recourir aux modes de régulation avec conscience de manière à prendre contact avec l'autre tout en étant en mesure de départager l'expérience interne de ce qui a lieu dans le champ courant .....	80
Changements dans la structure et le contenu des représentations internes conscientisées de soi et de l'autre .....	82
Participant 2.....	83
Élargissement du registre des émotions .....	83
Capacité accrue de recourir aux modes de régulation avec conscience de manière à prendre contact avec l'autre tout en étant en mesure de départager l'expérience interne de ce qui se passe dans le champ courant .....	84
Changements dans la structure et le contenu des représentations internes conscientisées de soi et de l'autre .....	86
Participant 3.....	87
Élargissement du registre des émotions .....	87
Capacité accrue de recourir aux modes de régulation avec conscience de manière à faire contact avec l'autre tout en étant en mesure de départager son expérience interne de ce qui a lieu dans le champ courant .....	88
Changements dans la structure et le contenu des représentations internes conscientisées de soi et de l'autre.....	90
Discussion .....	92

Mise en rapport des hypothèses principales et des résultats .....	94
Hypothèse 1 .....	94
Hypothèse 2 .....	94
Mise en rapport des hypothèses exploratoires et des résultats .....	94
Hypothèse exploratoire 1 .....	94
Hypothèse exploratoire 2 .....	95
Hypothèse exploratoire 3 .....	95
Évaluation d'une intervention PGRO à court terme.....	96
Interaction personnalité et dépression .....	100
Évolution en cours de traitement.....	104
Processus de changements thérapeutiques dans une intervention de courte durée de PGRO .	109
Application de la PGRO et impact des principes supportés empiriquement pour le traitement de la dépression et des troubles de la personnalité .....	110
Forces et limites.....	117
Études futures.....	120
Conclusion .....	121
Références.....	124
Appendice A .....	137
Principes des changements thérapeutiques pour les troubles dépressifs liés aux participants ....	137
Appendice B.....	140
Principes des changements thérapeutiques pour les troubles dépressifs liés à la relation thérapeutique .....	140
Appendice C.....	142
Principes des changements thérapeutiques liés aux méthodes thérapeutiques .....	142
Appendice D .....	145
Consultation auprès de psychologues experts en PGRO .....	145
Appendice E.....	148
Exemplaires des instruments de mesure .....	148
Appendice F .....	154
Autoévaluations hebdomadaires .....	154
Appendice G .....	159
Diagnostic structural PGRO .....	159
Appendice H .....	176
Tableau récapitulatif des évaluations .....	176
Appendice I.....	175
Grille d'adhésion à l'approche PGR.....	175
Appendice J.....	179

Formulaire de consentement libre et éclairé ..... 179

## **Liste des tableaux**

Tableau 1 : Recrutement des participants — critères d'inclusion — critères d'exclusion.	48
Tableau 2 : Résultats des mesures administrées et autoadministrées lors des trois temps d'évaluation et de l'évaluation téléphonique.....	60

## Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la dépression pour la participante 1.....	68
<i>Figure 2.</i> Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de l'anxiété pour la participante 1.....	69
<i>Figure 3.</i> Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la perception de soi pour la participante 1.....	70
<i>Figure 4.</i> Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la perception de l'autre pour la participante 1.....	71
<i>Figure 5.</i> Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la dépression pour la participante 2.....	72
<i>Figure 6.</i> Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de l'anxiété pour la participante 2.....	73
<i>Figure 7.</i> Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la perception de soi pour la participante 2.....	74
<i>Figure 8.</i> Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la perception de soi pour la participante 2.....	75
<i>Figure 9.</i> Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la dépression pour la participante 3.....	76
<i>Figure 10.</i> Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de l'anxiété pour la participante 3.....	77
<i>Figure 11.</i> Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la perception de soi pour la participante 3.....	78
<i>Figure 12.</i> Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la perception de l'autre pour la participante 3.....	79

## Remerciements

Mes premiers remerciements vont à mes codirecteurs de thèse, Guilhème Pérodeau et Kieron O'Connor, qui m'ont guidée avec compétence et sollicitude. Vos conseils et vos encouragements m'ont permis de mener à terme ce projet. Je vous suis profondément reconnaissante.

Merci à mes collègues Monique Rochette-Zegers et Lise Sinotte qui ont accepté de collaborer généreusement à l'élaboration de cette recherche en partageant leur expertise et leur expérience.

Merci à Conrad Lecomte qui m'a aidée avec générosité et rigueur, à nuancer ma pensée et à approfondir mon analyse par ses questions pertinentes et ses commentaires judicieux.

Merci à Line Girard et Gilles Delisle qui ont contribué grandement au développement de mes compétences comme psychothérapeute : votre présence et votre appui m'ont aidée à persévérer dans les moments de doute.

Merci à toutes les collègues de ma cohorte et aux membres du Groupe d'étude en PGRO de l'Outaouais qui m'ont apporté soutien, encouragement et critique constructive.

Merci à ma sœur, Marie Noël qui a effectué avec tant de précision et de générosité la révision du manuscrit et qui a cru en moi, malgré les défis.

Merci à mon conjoint, Claude Alain pour les innombrables heures consacrées à la mise en page du présent document. Sans ton soutien indéfectible, ta patience sans borne, ton amour, je n'aurais pas pu faire face aux écueils et atteindre la ligne d'arrivée.

Merci à mes filles, Gabrielle et Anne-Michèle, qui m'ont encouragée à atteindre mes buts malgré les aléas d'une mère aux études. Vous avez fait preuve de beaucoup de patience à mon égard et votre complicité fut une source inépuisable de motivation.

Je ressens une profonde gratitude et me considère privilégiée d'avoir été si bien accompagnée tout au long de ce parcours.

## **Introduction**

Le trouble dépressif majeur est un problème de santé mentale sérieux dont l'incidence est à la hausse. Déclaré cause principale d'incapacité en 2000, il deviendra la deuxième maladie la plus importante au monde d'ici 2020 (OMS, 2001). Il affecte l'individu et son entourage, et il représente également un lourd fardeau social et économique. De plus, les coûts associés au traitement sont à la hausse, puisque son occurrence produit la plus grande détérioration de l'état de santé en général comparée à d'autres maladies chroniques (Johnson, Weissman, & Klerman, 1992; Kessler et al., 1996; Moussavi et al., 2007; Stephens & Joubert, 2001) rendant impératif le développement de traitements plus efficaces (Kessler, Berglund et al., 2003). Le trouble dépressif majeur est complexe, impliquant des facteurs d'ordre biologique, psychologique et social interagissant les uns avec les autres. Il revêt souvent un caractère chronique et récurrent qui pose un défi au plan du traitement (Giles, Jarrett, Biggs, Guzick, & Rush, 1989; Salomon, 2000). Des chercheurs reconnaissent l'importance d'identifier les facteurs contribuant à la récurrence et à la chronicité de ce trouble. Parmi ces facteurs, l'étude de la comorbidité avec des troubles des axes 1 et 2 est de plus en plus soulignée; plus particulièrement, l'influence de traits de personnalité pathologiques ou de troubles de personnalité (Thase 1997, 2013). Dans cette perspective, la présente recherche s'intéresse à l'impact d'une pathologie de la personnalité sur la chronicité et la récurrence du trouble dépressif majeur et à ses implications cliniques au plan du traitement. En effet, des résultats de recherche indiquent que plusieurs approches thérapeutiques parviennent à résorber de façon significative un épisode dépressif à court terme, par ailleurs force est de consta-

ter que leur efficacité à long terme demeure faible (Roth & Fonagy, 2006). Suite aux recommandations de chercheurs (Thase 1997, 2013), l'étude de l'impact d'un travail thérapeutique axé sur le traitement de la pathologie de la personnalité, sur la chronicité et la récurrence du trouble dépressif majeur semble être une piste de recherche importante. Or, la psychothérapie gestaltiste de relations d'objet (PGRO) (Delisle, 1998) a été conçue pour traiter les pathologies de la personnalité. Plus spécifiquement, l'objectif de la présente recherche est d'étudier l'efficacité de la PGRO sur le traitement du trouble dépressif majeur, lorsqu'accompagné d'une pathologie de la personnalité.

La présentation du contexte théorique se fait de la manière suivante : le trouble dépressif majeur est défini, puis son haut niveau de comorbidité avec des troubles des axes 1 et 2 est abordé, particulièrement lorsqu'il est accompagné d'une pathologie de la personnalité. Une analyse des études empiriques portant sur l'efficacité et les limites des approches dans le traitement du trouble dépressif majeur et des troubles de la personnalité suit. Par la suite, l'approche thérapeutique de la PGRO est décrite comme un traitement pertinent au trouble dépressif majeur accompagné d'un trouble de personnalité. Dans le chapitre portant sur la méthodologie, l'échantillon utilisé, la procédure de recrutement des participants, les instruments de mesure, la procédure, les analyses et la perspective déontologique sont décrits. La présentation et l'analyse des résultats suivent dans la troisième partie. Les résultats analysés sont discutés par la suite dans le quatrième chapitre. Finalement, les conclusions principales qui se dégagent de cette étude sont énoncées.

## **Contexte théorique**

Dans le but de bien cerner la problématique de cette étude, les perspectives théoriques et empiriques des variables mises à l'étude sont présentées. Dans un premier temps, la définition du trouble dépressif majeur et ses caractéristiques principales s'imposent. Suit, l'analyse de sa comorbidité élevée avec des troubles des axes 1 et 2, plus spécifiquement liée à la pathologie de la personnalité. Les dimensions de personnalité pathologiques en lien avec le trouble dépressif majeur posent de sérieux défis comme l'indique l'analyse de l'efficacité et des limites des traitements appliqués au trouble dépressif majeur. Suit un examen des caractéristiques communes aux approches thérapeutiques efficaces dans le traitement des troubles de la personnalité. Les fondements théoriques et pratiques de l'approche thérapeutique de la PGRO offrent une piste pertinente aux défis soulevés. L'analyse des principes validés empiriquement pour le traitement des troubles dysphoriques et des troubles de personnalité vient souligner que la PGRO représente une piste pertinente de recherche. Enfin, les objectifs de la présente recherche ainsi que les hypothèses retenues sont présentés.

### **Prévalence, récurrence, chronicité**

Narrow, Rae, Robbins et Regiers (2002) évaluent la prévalence du trouble dépressif majeur sur un an à 4,5 % aux États-Unis, tandis que les estimés de Kessler, Berglund et al. (2003) sont un peu plus élevés, soit à 6,6 %. Patten (2000) évalue la prévalence à 5,48 % au Canada, et elle

aurait ainsi augmenté depuis une trentaine d'années, certaines études indiquant qu'elle aurait même doublé (Compton, Conway, Stinson, & Grant, 2006; Eaton, Kalaydjian, Sharfstein, Me-suk, & Ding, 2007; Patten et al., 2006; Patten et al., 2009). Aussi, le trouble dépressif majeur est deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Il est estimé que 50 % de ceux qui souffrent d'un premier épisode récidiveront dans le futur : le nombre d'épisodes vécus augmente le risque de récurrence et une première occurrence au début de l'âge adulte (20 ans et moins) constitue une vulnérabilité à la rechute (Giles et al. 1989; Salomon, 2000). Des recherches nous indiquent qu'un quart des patients rechutent en un an, 75 % rechutent sur 10 ans et 10 % souffrent de dépression chronique. Par ailleurs, le risque de rechute triple chez des sujets présentant des symptômes résiduels (Judd et al., 2000; Kessler, Merikangas et al., 2003; Patten et al., 2009; Piccinelli & Wilkinson, 1994; Wells, Burnam, Rogers, Hays, & Camp, 1992). Le projet STAR\*D (« Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression »), qui est une étude prospective importante pour évaluer les stratégies de traitement les plus efficaces suite à l'échec d'un traitement initial d'antidépresseurs, évalue le taux de rémission cumulatif après quatre étapes successives de traitement à 67 %, le taux de rémission diminuant et le taux de rechute augmentant avec le nombre d'étapes séquentielles de traitement requises (Rush et al., 2006). Ceux qui nécessitent plus d'étapes sont plus affligés, présentant une dépression chronique et des comorbidités avec d'autres troubles.

Ces données, qui font ressortir le caractère récurrent, voire chronique de ce trouble, suggèrent qu'un traitement efficace doit non seulement résorber l'épisode actuel, mais également prévenir les rechutes ultérieures, afin de guérir le trouble dépressif majeur. Dans cette optique, une meilleure compréhension de ce trouble et des facteurs en cause est essentielle, afin de développer des traitements plus efficaces.

## Définition et facteurs en cause dans le trouble dépressif majeur

Cette section présente la définition du trouble dépressif majeur selon les différents systèmes de classification des troubles mentaux existants ainsi qu'une description des principaux facteurs en cause.

### Définition

Les critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> édition, texte révisé (*DSM-IV-TR* 2003) (APA, 2003) sont utilisés afin de définir le trouble dépressif majeur<sup>1</sup>. Le trouble dépressif majeur à l'axe I des troubles cliniques dans la section des troubles de l'humeur est caractérisé par la manifestation d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs définis par cinq critères. Le premier critère est la présence d'au moins cinq des neuf symptômes suivants, au moins l'un d'eux étant le premier ou le deuxième : humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir, perte ou gain de poids ou baisse ou augmentation de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, diminution de la capacité à penser, à se concentrer ou difficulté à prendre des décisions, idées suicidaires ou tentative de suicide. Ces symptômes sont présents presque continuellement, c'est-à-dire pratiquement toute la journée et presque tous les jours. Ils doivent avoir été présents pendant deux semaines consécutives et représenter un changement par rapport à l'état et au fonctionnement de la personne avant l'épisode.

Afin de satisfaire au deuxième critère, les symptômes ne doivent pas répondre aux critères d'un épisode mixte qui comprend les symptômes d'un épisode maniaque en plus de ceux d'un épisode dépressif majeur. Pour répondre au troisième critère, les symptômes doivent être d'une

---

<sup>1</sup> Cette étude a été réalisée lorsque le DSM-IV-R (2003) était encore en vigueur et le DSM-5 n'avait pas encore été publié.

ampleur telle qu'ils causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres sphères de vie importantes.

En ce qui concerne le quatrième critère, les symptômes ne doivent pas être causés par les effets physiologiques d'une substance (abus de substances, effet secondaire de médicaments par exemple) ou d'une affection médicale générale.

Finalement, le cinquième critère est le suivant : afin de distinguer l'épisode d'une réaction de deuil normale, les symptômes qui apparaissent au cours des deux mois suivant la perte d'un être cher, persistent au-delà de ces deux mois ou causent une altération marquée du fonctionnement, des préoccupations morbides de dévalorisation, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

L'autre ensemble de critères pour définir le trouble dépressif majeur provient de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, publiée par l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10) et est largement utilisée en Europe. Les auteurs du DSM-1V-TR 2003 et du CIM-10 ont fait des efforts pour s'arrimer et obtenir des critères diagnostiques très semblables et compatibles. Ainsi, il y a peu de différences entre les deux systèmes, ceux-ci étant en accord sur les symptômes dépressifs principaux. Comme pour le DSM-1V-TR 2003, les symptômes identifiés dans le CIM-10 doivent avoir été présents pendant au moins deux semaines. Il identifie trois symptômes typiques, soit l'humeur dépressive, la perte d'intérêt et du plaisir et la fatigue ou perte d'énergie et deux d'entre eux doivent être présents pour remplir les critères d'un épisode dépressif, alors que pour l'autre système, la présence de l'humeur dépressive ou de la perte d'intérêt est suffisante comme symptômes principaux. Les autres symptômes sont les mêmes que ceux du DSM-1V-TR 2003, sauf que le système CIM-10 utilise le terme « épisode dépressif » au lieu « d'épisode dépressif majeur » et y appose les quali-

ficatifs de léger, de modéré ou de sévère dépendamment du nombre de symptômes repérés. Lorsqu'il y a occurrence de plus d'un épisode, le qualificatif « récurrent » est ajouté.

Par ailleurs, le *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM, 2006) est issu d'un groupe de travail regroupant plusieurs organisations psychodynamiques et a été développé pour compléter les DSM et CIM en intégrant des dimensions de fonctionnement mental et émotionnel. Il reprend la classification du DSM-IV-TR 2003 pour le trouble dépressif majeur, car leurs auteurs la considèrent comme un bon point de départ pour saisir la complexité de l'expérience subjective des sujets qui en souffrent. Toutefois, ils mettent un bémol en ce qui concerne les critères trop stricts de cette classification, selon eux, qui discriminent entre les différents troubles de l'humeur, et qui de ce fait sont peu représentatifs de la réalité clinique. Un effort est plutôt apporté à mieux comprendre la singularité du sujet dans ses patterns affectifs, relationnels, dans son fonctionnement mental et dans son vécu somatique. Ainsi, selon ces auteurs d'orientation psychodynamique, les symptômes ne peuvent avoir leur sens en dehors de la compréhension des forces et faiblesses de la personnalité et du niveau de fonctionnement mental du sujet.

De plus, le trouble dépressif majeur se distingue d'autres troubles de l'humeur, tels le trouble dysthymique et les troubles bipolaires. La présentation du trouble dysthymique comporte des symptômes plus légers sur une plus longue durée, soit au moins deux ans tandis que les troubles bipolaires comprennent des périodes de manie ou d'hypomanie. Quant à lui, le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive constitue une réaction psychologique à un stressor identifiable et génère des symptômes cliniquement significatifs, mais qui ne répondent pas à tous les critères d'un épisode dépressif majeur.

Par ailleurs, le diagnostic « personnalité dépressive » (placé en annexe du DSM-IV-TR 2003 comme catégorie proposée pour des études supplémentaires), est défini par les critères sui-

vants : il s'agit d'un mode envahissant de cognitions et de comportements dépressifs repéré au début de l'âge adulte qui présente au moins cinq des sept manifestations citées (humeur habituelle triste et morose, faible estime de soi, autocritique sévère, ruminations, vision négative de l'autre, pessimisme, culpabilité et remords) qui n'apparaissent pas uniquement lors d'un épisode dépressif majeur et n'est pas mieux expliqué par un trouble dysthymique.

De la même façon, le diagnostic de « personnalité dépressive » figure aussi dans le *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM, 2006), dans la section des troubles de personnalité. Contrairement au DSM-IV-TR 2003, les auteurs du PDM ont maintenu le diagnostic de « personnalité dépressive », car ils considèrent que nombre de sujets présentant des caractéristiques dépressives à long terme tout en ne satisfaisant pas aux critères d'un trouble de l'humeur en souffrent néanmoins et en sont affectés dans leur fonctionnement. De plus, ils sont d'avis que des personnes ayant été traitées avec des antidépresseurs et ne présentant plus de trouble dépressif majeur peuvent néanmoins bénéficier de psychothérapie, afin de traiter les aspects dépressifs problématiques de leur personnalité. L'inclusion d'une catégorie diagnostique de personnalité dépressive dans le PDM et qui est à l'étude dans le DSM-IV-TR 2003 suggère qu'il puisse y avoir des modalités durables inadaptées de cognitions et de comportements dépressifs qui contribuent à la nature persistante et chronique de la dépression. D'ailleurs, l'association entre personnalité dépressive et troubles dépressifs est largement documentée (Klein, Kotov, & Bufferd, 2011), il en sera question dans une section subséquente.

Ainsi, le trouble dépressif majeur est bien plus qu'un état de tristesse, qui peut surgir de temps en temps et qui fait partie de l'expérience humaine. Il comprend un ensemble de symptômes qui affectent l'individu dans son fonctionnement au travail, dans ses relations interpersonnelles et intimes, dans sa capacité de s'investir dans des activités et d'y prendre plai-

sir, dans des fonctions physiques telles, le sommeil, l'appétit, la libido. Les symptômes peuvent être d'ordre émotionnel (labilité émotionnelle, anhédonie, dévalorisation de soi), cognitif (difficulté à se concentrer et à prendre des décisions), somatique (ralentissement psychomoteur, perte d'énergie, perte d'appétit), interpersonnel (retrait social et hostilité) et varier en intensité. Souvent, il peut s'y trouver un évènement psychosocial difficile, qui contribue à déclencher l'épisode. La durée d'un épisode peut varier considérablement, dépendamment de la sévérité des symptômes, mais elle est en moyenne de cinq mois (Kessler et al., 2003).

### **Facteurs en cause**

Les causes du trouble dépressif majeur sont nombreuses et complexes. L'étude de l'étiologie de ce trouble se fait de plus en plus à partir d'un modèle qui considère les interactions réciproques et continues de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Les facteurs biologiques comprennent les influences génétiques : la vulnérabilité génétique est impliquée, et plus particulièrement, dans un trouble plus sévère et chez les femmes (Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1993; McGuffin et al., 2003). D'autres facteurs biologiques mettent en cause des déséquilibres dans les systèmes de neurotransmetteurs sérotonergiques, noradrénergiques et dopaminergiques. Aussi, des dysfonctions du système endocrinien peuvent être présents et plus particulièrement, la suractivité de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrenal (HPA), qui résulte en une hypercortisolémie (Nemeroff, 2002). En outre, des avancées récentes dans les techniques de neuro-imagerie ont permis de commencer à repérer, chez des sujets souffrant de dépression, des changements structuraux et fonctionnels du cerveau, par exemple, la baisse du volume du cortex frontal (Davidson, 2000).

Par ailleurs, les impacts de stressseurs dans l'environnement précoce ont été documentés par la recherche, qui suggère que des contextes d'abus, de négligence, de surprotection ou de juge-

ment sévère dans le style de parentage vécu en bas âge puissent être en cause dans le développement de la dépression en affectant l'évolution psychologique et physiologique ultérieure des individus qui y ont été exposés (Kessler & Magee, 1993). Puis, des fragilités sur le plan de la personnalité sont en lien avec la dépression, des schémas cognitivo-affectifs mésadaptés prédisposant l'individu à se percevoir et à envisager les événements négativement, ce qui affecte ainsi sa capacité de gérer le stress et de faire face à l'adversité (Beck, 1987; Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani, 2002; Blatt, 2004; Kendler, Kuhn, & Prescott, 2004). Ces mêmes facteurs liés à la personnalité peuvent contribuer à des difficultés relationnelles, qui, à leur tour, augmentent les risques d'épisode dépressif majeur (Kendler, 1997).

Finalement, la présence d'évènements de vie stressants et leur signification pour la personne sont fortement reliées au déclenchement d'un épisode dépressif. En fait, l'individu porté à être déprimé peut générer à son insu des contextes de vie stressants, par exemple, des conflits interpersonnels (Kendler, Kuhn, & Prescott, 2004; Shahar, Joiner, Zuroff, & Blatt, 2004).

On peut constater que les facteurs en cause dans le trouble dépressif majeur sont nombreux. De nature biologique, psychologique ou sociale, ils interagissent les uns avec les autres de façon singulière chez l'individu, pour produire un tableau dépressif particulier. Par exemple, des vulnérabilités précoces telles, négligence parentale ou abus pourraient agir sur le développement normal des processus physiologiques (par exemple, suractivité de l'axe HPA causant de l'hypercortisolémie) et psychologiques (par exemple, traits de personnalité pathologique de dépendance). Ces deux derniers interagissent également et affectent par la suite la capacité de la personne à développer un réseau de soutien, facteur qui à son tour la fragilise dans sa manière de faire face à une épreuve. Cette conjonction d'éléments génère un tableau dépressif qui, conséquemment, a un impact négatif sur son estime de soi et produit ainsi des changements dans le

fonctionnement de sa personnalité. Il est permis de conclure que les interactions de nombreux facteurs à travers le temps créent donc des cercles vicieux et peuvent conduire à une détérioration de l'état psychologique et social et même physique de l'individu, le rendant ainsi plus à risque de rechutes.

En somme, le trouble dépressif majeur et ses symptômes sont d'ordre émotionnel, cognitif, somatique et interpersonnel et mettent en relief des causes nombreuses et complexes impliquant des facteurs biologique, psychologique et social qui interagissent les uns avec les autres. L'analyse de la comorbidité du trouble dépressif majeur est maintenant abordée en regard de plusieurs autres troubles de l'axe 1 et de l'axe 2. Cette analyse vient complexifier le portrait clinique, mais aussi permettre une meilleure compréhension de sa chronicité et sa récurrence.

### **Comorbidité du trouble dépressif majeur**

Selon Thase (1997, 2013), les facteurs pouvant contribuer aux dépressions réfractaires au traitement ou récurrentes sont les suivants : une comorbidité avec des troubles anxieux, l'abus de substance, un trouble de personnalité ou autre trouble mental, une condition médicale chronique, ainsi que le manque d'observance au traitement pharmacologique.

Cette comorbidité importante du trouble dépressif majeur avec d'autres troubles des axes 1 et 2 vient complexifier l'application du traitement et son efficacité. En effet, les données de recherche provenant notamment des essais contrôlés randomisés ne peuvent pas être appliquées directement dans ces contextes cliniques singuliers. Il devient alors plus difficile de faire des recommandations concernant les modalités et la durée du traitement. Ainsi, la durée de psychothérapie moyenne double avec une comorbidité à l'axe I ou à l'axe 2, et des pathologies de la personnalité sous-cliniques en particulier prolongent le traitement (Morrison, Bradley, & Wes-

ten, 2003; Westen & Arkowitz-Westen, 1998). Plusieurs sujets présentent des symptômes résiduels en fin de traitement (Mulder, 2002; Roth & Fonagy, 2006). Cela soulève des enjeux de durée et de nature de traitements à offrir.

### **Comorbidité avec les troubles de l'axe 1**

Pour ce qui est de la comorbidité avec des troubles de l'axe 1, environ la moitié des individus qui souffrent d'un trouble dépressif majeur manifestent aussi des troubles anxieux, dont le trouble d'anxiété généralisée, le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif et l'état de stress post-traumatique (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2002; Kessler et al., 1996; Mathew, Pettit, Lewinsohn, Seeley, & Roberts, 2011). Souvent d'ailleurs, des symptômes anxieux sévères vont précéder l'épisode dépressif (Ballenger et al., 2001; Kessler et al., 1996). En outre, un tiers des personnes souffrant d'un trouble dépressif majeur auraient aussi des problèmes d'abus de substance et, plus particulièrement, de dépendance à l'alcool (Blanco et al., 2012; Kessler et al., 1996). La comorbidité du trouble dépressif majeur et des troubles alimentaires est fréquente, soit environ 70 % de ceux qui souffrent de troubles alimentaires (Fernandez-Aranda et al., 2007).

### **Comorbidité avec les troubles de l'axe 2**

La comorbidité du trouble dépressif majeur avec des troubles de personnalité est bien documentée pour expliquer sa chronicité et sa récurrence (Benjamin & Strand, 1998; Friberg et al., 2014; Reich & Vasile, 1993; Thase, 1996, 1997, 2013). Thase (1996) indique que dépendamment des études consultées, 30 à 70 % des sujets souffrant de trouble dépressif présentent un trouble de personnalité. Ceux que l'on retrouve davantage en comorbidité avec la dépression sont les suivants : les troubles évitant, obsessionnel-compulsif, limite et paranoïaque (Mulder, 2002). Dans une métaanalyse récente, Friberg et al. (2014) abondent dans le même sens, incluant aussi le

trouble de personnalité dépendant. Les données de recherche indiquent que la comorbidité du trouble dépressif majeur avec un trouble de la personnalité est un facteur de risque plus important que la comorbidité avec un autre trouble de l'axe 1 qui est associé à un pronostic plus sombre et à des résultats thérapeutiques défavorables (Benjamin & Strand, 1998; Reich, 2003; Skodol et al., 2011; Thase, 1996), puisqu'un trouble à l'axe 2 peut générer, par exemple, plus de problèmes d'adhésion au traitement, de motivation, de difficulté à établir une alliance thérapeutique (Martino, Menchetti, Pozzi, & Berardi, 2012; McFarland & Klein, 2005).

La nature réfractaire de la dépression chez des sujets présentant une pathologie de la personnalité est attribuable, entre autres, au fait qu'ils sont affligés par plus de difficultés interpersonnelles dues à des carences sur le plan des habiletés sociales, ce qui fait en sorte qu'ils ont tendance à s'exposer à des situations de stress récurrentes souvent de nature relationnelle (Thase, 1996). Plusieurs auteurs se sont intéressés à la contribution de stressseurs interpersonnels au développement de la dépression et sont d'avis que l'amélioration des relations interpersonnelles et du réseau de soutien est un facteur curatif d'un épisode dépressif majeur (Brown, Andrews, Harris, Adler, & Bridge, 1986; Klerman & Dimascio, 1974 ; Weissman & Markowitz, 1994). Or, cette dimension relationnelle est particulièrement affectée chez les sujets qui souffrent d'un trouble de l'axe 2. Comme un épisode dépressif majeur est souvent déclenché par un évènement de vie stressant, les personnes qui présentent une pathologie de la personnalité sont plus à risque de s'exposer à des stress et elles sont conséquemment plus à même de développer un trouble dépressif. De fait, Rothschild & Zimmerman (2002) affirment que des épisodes dépressifs de plus longue durée sont souvent associés à des diagnostics de troubles de personnalité. Selon ces auteurs, la chronicité de la dépression serait en lien avec une pathologie de la personnalité, et ce pour tous les troubles.

Les faits que les épisodes sont de plus longue durée et que la chronicité est accrue indiquent donc qu'en général la réponse au traitement pharmacologique et psychothérapeutique chez ces sujets est limitée, la preuve en étant des taux de rémission moindres, de plus longs délais de réponse au traitement et des taux de rechute plus élevés (Gorwood et al., 2010; Newton-Howes, 2008; Thase, 1996, 1997, 2013).

Comme la relation entre le trouble dépressif majeur et la pathologie de la personnalité est fort complexe tant sur les plans clinique, théorique, biologique, plusieurs modèles ont été développés pour tenter d'expliquer l'association entre les deux (Klein, Kotov, & Bufferd 2011; Mulder, 2002). Le premier est le modèle de *vulnérabilité ou de prédisposition* qui propose que des traits de personnalité mésadaptés prédisposent l'individu qui en souffre à la dépression (Blatt, 1974, 2004). Le second est celui de la *complication ou des séquelles*, c'est-à-dire que le développement de traits pathologiques est une conséquence de la dépression, surtout suite à des épisodes récurrents (Lewinsohn, Steinmetz, Larson, & Franklin, 1981). Le troisième modèle de *l'état*, propose aussi que la personnalité soit affectée par la dépression, mais que l'impact soit temporaire, disparaissant une fois l'épisode résorbé (Sanathara, Gardner, Prescott, & Kendler, 2003). Le quatrième, celui de la *coagrégation* stipule que le trouble de personnalité et la dépression se recoupent sur le plan phénoménologique et l'occurrence des deux simultanément suggère que ces vulnérabilités représentent différentes manifestations des mêmes processus partageant des origines communes (Zanarini, Barison, Frankenburg, Reich, & Hudson, 2011). Le cinquième modèle, celui *des causes communes*, suggère aussi une étiologie commune, mais il s'agirait d'entités distinctes qui sont associées seulement, parce qu'elles partagent une variable, celle de processus étiologiques communs (Orstavik, Kendler, Czajkowski, Tambs, & Reichborn-Kjennerud, 2007). L'association est donc moins spécifique que dans le modèle de *coagrégation* qui postule que la

pathologie de personnalité et le trouble dépressif sont sur un même continuum. Le sixième modèle est celui de la *pathoplastie* qui suggère que le trouble de personnalité peut avoir un impact sur la manière dont se présente la dépression ainsi que sur son évolution et sa réponse au traitement (Meyers et al., 2002). Enfin, le dernier, le modèle de *précurseur* avance que la personnalité pathologique est une manifestation précoce du trouble dépressif majeur (Fanous, Neale, Aggen, & Kendler, 2007).

Les nuances entre ces différents modèles sont parfois subtiles. Même si la plupart de ces modèles ont obtenu certains appuis empiriques (Klein et al., 2011; Mulder, 2002; Ormel et al., 2013), les études récentes tendent à accorder plus d'importance scientifique et clinique aux modèles de *causes communes* et de *vulnérabilité* (Ormel et al., 2013). Un exemple qui représente bien le modèle de *vulnérabilité* de la dépression est sans contredit celui de Sydney Blatt (Blatt, 1974, 2004). Comme ce modèle a fait l'objet de plusieurs recherches et qu'il présente une grande pertinence clinique, il mérite une attention particulière (Blatt, 1974, 2004).

Étant d'orientation psychodynamique, Sydney Blatt convaincu que l'efficacité du traitement repose sur une pathogenèse approfondie a développé un modèle étiologique de la dépression. Il identifie deux facteurs de vulnérabilité à la dépression : soit la dépendance qui illustre le sous-type de dépression anaclitique, soit l'autocritique qui caractérise le sous-type de dépression introjective. Ces facteurs sont des traits de personnalité mésadaptés. Blatt fait l'hypothèse que les deux formes de dépression ont des phénoménologies distinctes, à cause de parcours développementaux et d'origines différents. Ainsi, deux personnes peuvent partager le même diagnostic de trouble dépressif majeur, mais différer énormément sur le plan de leur expérience dépressive respective : la première qui présente un trait de personnalité de dépendance a tendance à être préoccupée par les enjeux interpersonnels, particulièrement la crainte de l'abandon et des

ruptures, à réagir aux pertes par de l'impuissance, de l'ennui. Des symptômes dysphoriques sont alors facilement activés par des perturbations relationnelles. Blatt nomme cette forme d'expérience dépressive la dépression anaclitique. La deuxième qui manifeste un trait de personnalité autocritique est plus mobilisée par des enjeux de définition de soi, est plus vulnérable à la critique, à l'échec et a tendance à éprouver de la culpabilité, à se sentir incompétente et sans valeur, lorsque confrontée à de telles situations de vie qui contribuent à générer des symptômes dysphoriques. Cette forme d'expérience dépressive est, selon Blatt, la dépression introjective. Le traitement de la dépression selon ce modèle doit cibler le changement sur le plan de la structure de la personnalité : le travail de ces traits de personnalité pathologiques diminue la vulnérabilité à des épisodes dépressifs subséquents.

Ainsi, le haut niveau de comorbidité du trouble dépressif majeur avec des troubles des axes 1 et 2 est bien établi. Plus précisément, la présence d'une pathologie de la personnalité est en effet un facteur particulièrement important pour expliquer sa chronicité et sa récurrence. Après avoir décrit les différents modèles développés, pour tenter de comprendre ce lien complexe et compliqué entre le trouble dépressif majeur et la pathologie de la personnalité, il en ressort que les modèles de *causes communes* et de *vulnérabilité* ont plus d'appui empirique, et que le modèle de dépression de Sidney Blatt est un exemple de modèle de *vulnérabilité*. Des dimensions de personnalité spécifiques, associées au trouble dépressif majeur sont maintenant décrites.

### **Dimensions et traits de personnalité en lien avec le trouble dépressif majeur**

Des dimensions et des traits de personnalité pathologiques ont été identifiés et associés à la dépression. Leur incidence a un impact déterminant sur le traitement.

Trois grandes dimensions de la personnalité élaborées dans le modèle des cinq facteurs de Costa & McCrae (1990) sont associées à la dépression : névrosisme/émotion négative élevés, extraversion/émotion positive et conscience basses (Klein et al., 2011). Des traits de personnalité plus spécifiques ont aussi été identifiés et mis en lien avec la dépression par plusieurs auteurs qui s'appuient sur des modèles théoriques différents. Aaron Beck (1987) et Sidney Blatt (1974; 2004) dont le modèle vient d'être décrit, identifient des traits semblables de la personnalité en lien avec la dépression, le type sociotrope ou la dépendance et le type autonome ou l'autocritique (Beck, 1987; Blatt, 1974, 2004; Blatt & Shichman, 1983). Compte tenu du soutien empirique et de la pertinence clinique du modèle de Blatt, le *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM, 2006) a retenu la typologie de Blatt pour définir et décrire les deux troubles de personnalité dépressive à l'axe des troubles de personnalité.

Les études indiquent que l'autocritique a un lien plus fort et plus spécifique que la dépendance avec les troubles dépressifs pour prédire leur occurrence (Klein et al., 2011). Ces mêmes auteurs affirment que d'autres traits spécifiques, tels l'évitement du danger du modèle de personnalité de Cloninger (Cloninger, Svrakic, & Przbveck, 1993) et la tendance à la rumination (Nolen-Hoeksema, 1991) sont associés à la dépression. Ils affirment aussi que la plupart de ces traits sont aussi liés aux troubles anxieux, ce qui explique en partie la comorbidité élevée de ces derniers avec le trouble dépressif majeur. Les traits spécifiques identifiés, l'autocritique, l'évitement du danger et la rumination sont possiblement des composantes des dimensions de la personnalité plus vastes qui ont été reconnues : le névrosisme/émotion négative par exemple. Klein et al. (2011) notent aussi que certains traits, comme le névrosisme/émotion négative et l'évitement du danger, sont modifiés temporairement par le trouble dépressif, alors que d'autres demeurent stables et ne sont pas affectés par la dépression (par exemple, extraversion/émotion positive).

L'évaluation de la personnalité d'un individu qui remplit les critères d'un épisode dépressif majeur peut se complexifier lorsque certains traits sont temporairement exacerbés par la symptomatologie dépressive. Par ailleurs, selon Klein et al. (2011), il semble peu probable que les épisodes dépressifs soient responsables de modifications durables de la personnalité. Par contre, il est clair que certains traits, comme le névrosisme/émotion négative, prédisent des épisodes dépressifs ultérieurs. En effet, certains traits de personnalité pathologiques affectent clairement le développement et la réponse au traitement du trouble dépressif majeur. La nature exacte des processus impliqués dans cette association demeure encore imprécise (Klein et al., 2011).

Les recherches futures devront tenter d'élucider davantage les facteurs médiateurs et modérateurs impliqués. Jusqu'à maintenant, des études indiquent que des facteurs médiateurs pourraient être : le manque d'habiletés sociales, des stratégies d'adaptation inefficaces, un mode de pensée dépressogène, tandis que les stress actuels et précoces et le sexe des sujets sont des facteurs modérateurs (Klein et al., 2011). Les différents rouages de cette association ne sont pas encore tous élucidés, mais les études soutiennent clairement la contribution de certaines dimensions ou traits de personnalité au trouble dépressif majeur. Ces travaux confirment l'importance d'identifier et de travailler ces vulnérabilités en psychothérapie.

### **Recommandations pour le traitement**

La présence de cette comorbidité apporte des défis de taille sur le plan du traitement. Thase (1997, 2013) a étudié les écueils rencontrés dans le traitement des dépressions réfractaires. Face à leur complexité, il a formulé des recommandations thérapeutiques transthéoriques. Il insiste d'abord sur l'établissement d'une relation thérapeutique de collaboration avec entente sur des objectifs précis à court terme et des buts plus vastes à long terme, qui seront évalués réguliè-

rement et modifiés au besoin. Il est important de communiquer au client des attentes réalistes et un espoir de retrouver la santé. Le thérapeute vise à développer et à maintenir une alliance thérapeutique solide et à veiller à ce que les ruptures d'alliance soient réparées. Le thérapeute adopte une posture active, peut avoir recours à différentes stratégies thérapeutiques pour soigner les symptômes, démontre de la flexibilité en étant ouvert à modifier les visées thérapeutiques et les moyens de les atteindre, lorsque le plan d'origine n'est pas efficace. Il est donc soucieux d'adapter le traitement aux besoins particuliers du client. Ainsi, il peut au besoin offrir des éléments de psychoéducation sur la dépression et son traitement, proposer des exercices à effectuer en dehors des séances régulières. Roth et Fonagy (2006) abondent dans le même sens en proposant une psychothérapie structurée, intensive, ajustée aux difficultés singulières du client tout en s'appuyant sur une base théorique cohérente et solide.

En résumé, des dimensions de la personnalité associées au trouble dépressif majeur, tels le névrosisme/émotion négative, l'autocritique, l'évitement du danger, la tendance à la rumination et la dépendance ont été identifiées. Certaines augmentent temporairement lors d'un épisode dépressif, alors que d'autres demeurent stables. Néanmoins, il semble peu probable que l'épisode dépressif modifie de façon durable le trait de personnalité. Certains traits tels le névrosisme/émotion négative prédisent des épisodes ultérieurs et affectent la réponse au traitement. Thase (2013) recommande une approche intensive et personnalisée, la collaboration et l'entente sur des objectifs clairs pouvant être modifiés au besoin, la posture active du thérapeute, des stratégies multiples et le maintien d'une alliance thérapeutique solide ce qui est aussi soutenu par Roth et Fonagy (2006). Ceux-ci spécifient aussi l'importance d'une approche structurée fondée sur une théorie cohérente.

Il faut maintenant s'attarder à l'efficacité et aux limites des traitements pour la dépression, qui ont été évalués jusqu'à maintenant.

### **Efficacité et limites des traitements pour la dépression**

Des essais cliniques randomisés ont évalué l'efficacité de certains traitements, dont la thérapie cognitive-comportementale (Hollon et al., 1992; Shapiro et al., 1994; Shapiro et al., 1995), la thérapie psychodynamique-interpersonnelle (Driessen et al., 2010; Shapiro et al., 1994; Shapiro et al., 1995), la thérapie interpersonnelle et la pharmacothérapie (Elkin et al., 1989; Elkin et al., 1995). Les résultats de ces essais suggèrent que les personnes souffrant d'un épisode dépressif majeur peuvent répondre à plusieurs approches à court terme. Par contre, leur faible efficacité à long terme – un quart à un tiers seulement des sujets demeure en rémission après 1½ an — 2 ans – apporte peu de justifications pour des traitements brefs, car le problème de la rechute demeure entier (Fonagy & Roth, 2005). Les conclusions de quelques métaanalyses vont dans le même sens, suggérant aussi que le prolongement du traitement pourrait aider à prévenir la rechute. (Casalenda, Perry, & Looper, 2002; Churchill et al., 2001; Honlon, & Ponniah, 2010; Leichsenring, 2001). Un exemple de cela est la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, qui a été développée dans le but précis de prévenir la rechute et la récurrence. Elle intègre des pratiques méditatives qui doivent être appliquées à long terme pour contrer la dépression, et les résultats des essais cliniques sont prometteurs (Piet & Hougaard, 2011; Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000).

Par ailleurs, la validité externe et l'utilité clinique d'essais contrôlés randomisés ont fait l'objet d'un questionnement par rapport à l'exclusion de conditions comorbides qui limite la généralisation aux populations cliniques (Fonagy, 1999; Kessler, Strang, Wittchen, Stein, &

Walters, 1999; Westen, & Morrison, 2001). Par conséquent, il semble légitime d'envisager des traitements plus intensifs, possiblement de plus longue durée, qui permettent de tenir compte de la complexité du trouble dépressif majeur, incluant la comorbidité avec des pathologies de la personnalité (Kool, Dekker, Duijsens, de Jonghe, & Puite, 2003; Oestergaard, & Moldrup, 2011).

L'application d'approches psychothérapeutiques expérientielles brèves (maximum 20 sessions) au traitement du trouble dépressif majeur a été également étudiée. Parmi celles-ci, on retrouve la *Emotion Focused Therapy* (EFT) qui intègre des principes de la thérapie centrée sur le client et des techniques de la Gestalt et d'autres thérapies expérientielles (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Greenberg, & Watson, 2005). Plusieurs données empiriques suggèrent son efficacité à résorber un épisode dépressif, à améliorer l'estime de soi et à réduire les difficultés interpersonnelles (Goldman, Greenberg, & Angus, 2006; Greenberg, Auzra, & Hermann, 2007; Greenberg, & Watson, 1998; Pos, Greenberg, Goldman, & Korman, 2003). De plus, elle est, semble-t-il plus efficace que la thérapie centrée sur le client pour prévenir les rechutes (Ellison, Greenberg, Goldman, & Angus, 2009). Par contre, son efficacité pour prévenir la rechute à long terme n'a pas été encore établie, car les suivis post-traitement effectués ne dépassent pas 18 mois (Hollon & Ponniah, 2010). Dans l'approche EFT, le rôle du thérapeute est de suivre et de guider (*coach*) le client en l'aidant à devenir conscient de ses émotions, à les accepter, à trouver un sens et à les transformer, générant ainsi la modification des schèmes émotionnels (Greenberg, 2006; Pos, & Greenberg, 2007). Le processus de changement est facilité d'une part par le traitement de l'expérience émotionnelle et, d'autre part, par la création de sens impliquant aussi les facultés cognitives (Greenberg, & Malcolm, 2002; Pos et al., 2003; Watson, & Bédard, 2006). Cette approche est essentiellement phénoménologique, traitant l'expérience qui émerge et se révèle de soi-même avec un thérapeute qui adopte une fonction de guide. Il s'agit d'une relation réelle puis-

que le processus thérapeutique ne vise pas l'élaboration d'une relation transférentielle. La EFT ne vise pas le travail de la personnalité pathologique, qui peut être présente en comorbidité avec la dépression.

Les données fournies par les études empiriques concernant l'efficacité de différentes approches pour traiter le trouble dépressif majeur apportent peu de justifications pour des traitements brefs et suggèrent plutôt leur prolongement pour diminuer la rechute. Par ailleurs, les traitements doivent tenir compte de la comorbidité fréquente du trouble dépressif majeur avec la pathologie de la personnalité et s'ajuster en intensité et en durée à la complexité singulière de chaque cas. Justement, la PGRO présente des concepts explicatifs explicites de la pathogenèse de la personnalité et des méthodes pour la soigner, qui lui permettent de cibler davantage le travail sur la personnalité pathologique, doublée d'un trouble dépressif majeur.

Un survol des approches validées empiriquement pour traiter les troubles de personnalité est maintenant effectué, afin de préciser sommairement leurs caractéristiques communes et ainsi mieux comprendre sur quoi se fonde leur efficacité, puisque cette étude porte sur le traitement du trouble dépressif majeur en comorbidité avec une pathologie de la personnalité.

### **Caractéristiques des traitements pour les troubles de la personnalité**

Plusieurs approches psychothérapeutiques issues de courants théoriques différents se sont spécialisées dans le traitement des troubles de la personnalité et ont obtenu une validation empirique. D'orientation psychodynamique, la thérapie focalisée sur le transfert (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007; Kernberg & Caligor, 2005) conçoit que le changement repose sur l'activation de relations d'objets internes clivées dans la relation thérapeutique immédiate. Le thérapeute aide le client à tolérer puis intégrer ces relations d'objets internes, par la diminution

graduelle du clivage. Inscrite également dans le courant psychodynamique, la thérapie basée sur la mentalisation (Bateman & Fonagy, 2009, 2001) qui s'enracine dans la théorie de l'attachement a comme objectif d'améliorer les capacités de mentalisation du client, ce qui se construit dans la relation thérapeutique même, le thérapeute aidant le client à réguler ses affects et graduellement mieux intégrer son expérience. La thérapie dialectique comportementale (Linehan et al., 2006; Linehan, 1993), quant à elle est issue de l'orientation cognitive-comportementale et s'inspire également de la philosophie dialectique et des principes de pleine conscience. L'acceptation de soi est une condition au changement qui conduit au développement graduel de la tolérance de tensions souvent paradoxales et donc difficiles à intégrer. Elle vise l'acquisition de compétences, dont la régulation émotionnelle, la tolérance à la détresse, la pleine conscience et l'efficacité interpersonnelle au moyen de plusieurs modalités de traitement, mais la stratégie de base repose sur l'établissement d'une relation thérapeutique stable et validante. Enfin, la thérapie des schémas (Giesen-Bloo et al., 2009; Young, Weishaar, & Klosko, 2003) qui s'inscrit aussi dans la perspective cognitive-comportementale, mais s'appuie également sur la théorie de l'attachement et utilise des techniques gestaltistes, vise la modification des schémas mésadaptés, qui sont des mémoires de sensations, d'émotions, de cognitions qui, lorsqu'activés, conduisent à des stratégies de réaction dysfonctionnelles et chronicisées. Le changement s'opère par des interventions cognitives et expérientielles à l'intérieur d'une relation thérapeutique qui requiert l'investissement affectif du thérapeute.

L'examen de ces approches validées pour traiter la pathologie de la personnalité met en lumière le rôle essentiel de la relation thérapeutique comme levier de changement. Malgré leurs différences marquées sur les plans théorique et méthodologique, ce sont toutes des approches intensives qui accordent une place prépondérante à la relation thérapeutique comme lieu de trans-

formation et qui requièrent que le thérapeute s'investisse affectivement, s'engage, fasse preuve d'empathie et de validation à l'égard de son client. La qualité relationnelle de ces approches semble être intimement reliée à leur efficacité à traiter les pathologies de la personnalité. Or, la PGRO, de par sa conception singulière de la relation thérapeutique et sa façon explicite de l'aborder, possède elle aussi cette caractéristique relationnelle, qui semble être au cœur du travail efficace des pathologies de la personnalité.

Dans ce contexte, le modèle de la PGRO est maintenant présenté. Celui-ci est justement un modèle d'intervention structuré, intensif et personnalisé axé sur les troubles de personnalité, qui peut s'adapter aux pathologies dépressives dont la chronicité et la récurrence peuvent être attribuables à la présence de traits de personnalité pathologiques ou de trouble de personnalité.

### **La PGRO : un traitement thérapeutique de la pathologie de personnalité**

La PGRO est une approche relationnelle, existentielle-humaniste, possédant aussi des caractéristiques psychodynamiques, qui a été développée par Gilles Delisle (1998). Son application au traitement du trouble dépressif majeur n'a pas encore été étudiée. Elle est issue d'une intégration de la gestalt-thérapie et des théories du développement de la relation d'objet. De plus, ce modèle intégratif s'est enrichi de l'apport récent de la neurobiologie interpersonnelle (Girard & Delisle 2012).

### **Genèse de la pathologie de la personnalité**

Ce modèle cible particulièrement la pathogenèse de la personnalité et propose l'existence d'un monde et d'une réalité internes issus de relations humaines intériorisées : c'est à partir des échanges à la frontière contact avec l'environnement que l'appareil psychique du nourrisson, le Self, se construit. Dans ce champ organisme-environnement, une expérience favorable est assi-

milée par le Self et devient un apprentissage adaptatif. Toutefois, lorsqu'une expérience vécue est à la fois trop intolérable pour être intégrée, et en même temps, indispensable, et donc ne pouvant être abandonnée, il devient alors impossible au nourrisson d'en dégager le sens, et le Self naissant est alors confronté à un *dilemme de contact* : l'expérience est intériorisée sous un mode d'introjection et la partie nuisible de l'expérience est maintenue hors de la conscience, d'où la perte d'unité du Self. De ces expériences développementales précoces non assimilées, appelées *microchamps introjectés* (MI) résulte une structure psychique inconsciente nommée le *champ introjecté* (CI). Celui-ci fait pression sur le Self pour trouver ou pour même créer dans le champ actuel les ingrédients nécessaires, pour se maintenir et ainsi perturber les cycles de contact entre l'organisme et l'environnement. Il se solde ainsi par un mode de fonctionnement rigide et chronique.

### **Les composantes du Self**

Le Self est composé de trois fonctions :

- La fonction « Ça » est constituée d'émergences physiologiques, émotionnelles, cognitives qui mettent la personnalité en mouvement dans ses échanges avec la frontière contact. Elle comprend aussi une structure consciente, le CI. Elle diffère donc du « Ça » pulsionnel élaboré par Freud qui ne comprend que des contenus inconscients.
- La fonction « Je » comprend les modes de régulation de contacts défensifs ou adaptatifs qui servent à moduler les échanges entre le Self et l'environnement. Il y a cinq modes de régulation et d'échange de contact : la confluence, la projection, l'introjection, la réflexion et la déflexion. La confluence est l'incapacité de distinguer le Self de l'environnement, de sorte que le monde interne n'est pas différencié du

champ externe. La projection consiste à faire l'expérience du champ externe comme s'il était identique aux représentations internes. Dans le cas de l'introjection, le champ externe est intériorisé sans être assimilé et donc, il s'agit d'appréhender le champ externe comme partie intégrante du champ interne. La fonction de réflexion empêche l'énergie du Self de contacter l'environnement, en la retournant sur lui-même : le champ interne ne peut alors prendre contact avec le champ externe. Finalement, dans le cas de la déflexion, le Self détourne ce qui vient du champ externe l'empêchant alors de contacter le champ interne.

- La fonction « Personnalité » ou la matrice de représentations du champ (MRC) est une matrice de représentation intériorisée de soi et de l'autre.

### **Le processus thérapeutique**

Le processus thérapeutique de la PGRO consiste à traiter les cycles de reproduction des patterns inflexibles et mésadaptés et qui résultent en des impasses de contact dans les différents champs expérientiels du client : champ 1 (ici et maintenant) concerne la relation thérapeute-client; champ 2 (ici/« pas maintenant ») englobe la relation thérapeutique passée; champ 3 (ailleurs/maintenant) comprend les relations contemporaines du client; champ 4 (ailleurs/« pas maintenant ») correspond aux relations significatives du passé du client. Le thérapeute tente de repérer les affinités thématiques d'un champ à l'autre. Chaque champ comporte une face externe et une face interne. Le niveau externe correspond à la phénoménologie de contact observable tandis que l'interne est issu de représentations subjectives du client. Plus la pathologie de la personnalité est sévère, plus il aura dissonance entre les faces internes et externes des différents champs expérientiels.

Le traitement se fait au moyen du dialogue entre le thérapeute et le client, soit le *dialogue herméneutique*, qui se fonde sur la participation commune et active de chacun à la construction de sens, qui vise la conscientisation de ce qui était auparavant inaccessible. L'herméneutique se situe entre la phénoménologie et l'interprétation. La phénoménologie qui permet de reconnaître l'expérience, qui se révèle de soi-même, est nécessaire dans le processus de quête de sens, mais insuffisante pour accéder au CI, qui ne se révèle pas de soi-même à cause de sa nature inconsciente. Or, l'accès au CI est essentiel dans le traitement de pathologie de la personnalité. Par ailleurs, l'interprétation ne repose que sur l'expertise du thérapeute. La PGRO privilégie donc l'herméneutique qui permet au sens de se construire à partir de l'expérience actuelle, qui se déploie au sein de la relation thérapeutique, grâce aux efforts communs du thérapeute et du client à la création de sens.

### **La relation thérapeutique**

La relation thérapeutique en PGRO est caractérisée par trois cycles nécessaires pour ramener le Self à un fonctionnement unifié. Le premier, le cycle de reproduction, opère selon un mode *transférentiel* : l'ici et maintenant permet au clinicien d'observer et d'identifier les modes habituels de contact du client qui portent la trace de la structure inconsciente pathologique dans la relation thérapeutique même. Puis, dans le deuxième cycle de reconnaissance, client et thérapeute construisent le sens de cette expérience et opèrent surtout dans un mode *herméneutique*, tel que décrit ci-dessus. Les interventions visent à apporter des éclairages nouveaux auxquels le client n'aurait pas accès par lui-même. S'ensuit le troisième cycle, celui de la réparation, selon un mode *réel*, permettant le dénouement des impasses et la restauration de la capacité du client de rentrer pleinement en contact avec l'environnement et, ainsi, d'abandonner ses ajustements mé-sadaptés chronicisés.

## **Les objectifs thérapeutiques**

Delisle (1998) présente un continuum de cinq objectifs dans le traitement des troubles de la personnalité pour baliser l'action thérapeutique. Il précise que ceux-ci sont fixés en fonction des fragilités, des ressources de la personnalité du client et du cadre thérapeutique :

1. Modification du comportement symptomatique (travail de la fonction « Je »).
2. Prise de conscience des émergences et de leur dissonance avec la configuration du champ (travail des fonctions « Ça » et « Je »).
3. Identification de modes d'ajustement créateurs (travail des fonctions « Ça », « Je » et « Personnalité »).
4. Compréhension de ce qui fonde l'expérience subjective dissonante (travail des fonctions « Ça », « Je » et « Personnalité »).
5. Dissolution des MI à l'origine de l'expérience subjective dissonante (travail des fonctions « Ça », « Je » et « Personnalité »).

Plus la pathologie de la personnalité est sévère, plus elle conduit à des modes de fonctionnement rigides et chronicisés et plus le travail thérapeutique risque d'être de longue durée. Aussi, on peut donc concevoir que dans le cadre d'une psychothérapie de plus courte durée, il ne soit pas réaliste de viser l'atteinte des cinq objectifs. Cependant, cela n'élimine pas la pertinence d'appliquer la PGRO dans un cadre de durée restreinte, surtout si les enjeux liés à la personnalité sont moins sévères (Rochefort, 2012).

## **La PGRO et le traitement de courte durée**

Girard et Delisle (2012) conçoivent la personnalité comme un axe pivot qui peut prédisposer à la plupart des symptômes décrits à l'axe 1, et ils préconisent d'appliquer la PGRO aux troubles de l'axe 1, y compris le trouble dépressif majeur, puisque cette approche tient compte de

la personnalité et du sens de l'expérience du client et ne vise pas uniquement la réduction de symptômes. Cela évite que ces symptômes deviennent récurrents, résultat des facteurs de risques liés directement à une pathologie de la personnalité, même sous-clinique. De cette façon, le travail des enjeux de personnalité est au cœur de la psychothérapie, même en l'absence de trouble de personnalité comme tel.

Dans le cadre de la présente étude, la durée de la psychothérapie a été fixée à 20 séances, ce qui n'est pas le cadre habituel de la PGRO. Les contraintes de temps imposées par le contexte de recherche de la chercheuse ont dicté en partie la durée du traitement; par ailleurs, le fait que plusieurs études sur le traitement du trouble dépressif majeur se soient limitées à 20 séances a influencé notre décision. Nous sommes ici pleinement conscients que l'application du modèle de la PGRO à court terme requiert certains ajustements et que les objectifs thérapeutiques doivent être plus modestes et réalistes, par rapport aux besoins du client et à la durée du traitement.

Le processus thérapeutique de la PGRO vise le traitement des impasses de contact en les repérant dans les cycles de reproduction-reconnaissance-réparation. Le défi du thérapeute est d'interagir avec le client de manière à favoriser le déploiement des dynamiques pathologiques du client, de les repérer, d'en coconstruire le sens et d'élaborer avec le temps des pistes permettant de dénouer les impasses expérientielles. Ce processus essentiellement relationnel se construit graduellement, et se complète difficilement à court terme. Par contre, des composantes de la PGRO peuvent être appliquées à court terme et contribuer à l'atteinte de certains objectifs thérapeutiques. D'abord, l'importance qu'elle accorde à l'évaluation initiale rigoureuse et au maintien d'une réflexion diagnostique en cours de suivi permet de définir les objectifs, de les évaluer ou de les ajuster en cours de démarche. L'évaluation initiale et continue est particulièrement importante dans une démarche de durée restreinte, afin d'ajuster les objectifs en fonction du temps

disponible. Par ailleurs, la nature relationnelle de ce modèle se prête à un contexte de courte durée, car l'attention particulière à ce que le client vit et à ce qui émerge dans la relation thérapeutique donne un accès direct et, possiblement, plus rapide au monde interne du client.

En effet, le travail explicite des champs 1 et 2 est ce qui distingue la PGRO. À titre de participant-observateur, le thérapeute a un accès expérientiel direct au client et est en mesure de ressentir l'effet du client en relation avec lui dans l'ici et maintenant, d'y réfléchir, de coconstruire le sens de l'expérience, pour arriver à l'éclairer sur les aspects de son fonctionnement, qui lui ont échappés jusqu'à maintenant. C'est un levier puissant, qui permet d'être témoin des émergences, alors qu'elles se déploient, d'observer les impasses de contact qui se développent et les modes de régulation de l'expérience en direct, et il favorise également l'aide à donner au client afin que celui-ci puisse créer un sens à son expérience dans l'ici et maintenant, ailleurs dans sa vie actuelle (champ 3) et mis en lien en temps opportun avec les écueils de son histoire développementale précoce (champ 4).

Les contraintes du court terme ne permettent pas de compléter ce parcours, puisque le changement graduel dans la structure de personnalité résulte des expériences thérapeutiques répétées de reproduction-reconnaissance-réparation. Néanmoins, l'élaboration de certaines affinités interchamps, probablement davantage entre les champs 1, 2 (relation thérapeutique présente et passée) et 3 (relations extérieures contemporaines), vu le nombre plus restreint de séances, peut aider le client à prendre conscience de ses comportements problématiques, de ses mécanismes de régulation et de ses représentations internes de soi et de l'autre. Le client s'intéresse davantage à son monde interne, prend conscience de la dissonance entre son monde interne et le champ externe et commence possiblement à identifier des ajustements créateurs, dépendamment de la sévérité de la pathologie de personnalité. Le processus thérapeutique de reproduction-

reconnaissance-réparation peut ainsi être amorcé à court terme, permettant de mettre en marche le repérage et le dénouement des impasses du client. Le dialogue herméneutique qui se fonde sur les affects activés modérément au sein de la relation thérapeutique est aussi mis en place dans une démarche à court terme, afin que le client et le thérapeute coconstruisent le sens de l'expérience auparavant inaccessible au client. De cette façon, bien que la PGRO s'inscrive à l'origine dans une perspective de longue durée, plusieurs de ses éléments sont transférables, utiles et efficaces dans une démarche à court terme.

La PGRO, de par ses concepts explicatifs de la pathogenèse de la personnalité, de par sa conception de la relation thérapeutique, de par son utilisation du dialogue herméneutique et des techniques qui en découlent, présente des caractéristiques singulières. Celles-ci sont particulièrement propres à être efficaces auprès de clients souffrant d'un trouble dépressif majeur, si l'on considère la contribution d'une pathologie de la personnalité, même sous-clinique à ce trouble.

La PGRO comporte certaines similitudes avec la EFT : sa nature expérientielle, ses racines gestaltistes, l'écoute empathique, l'attention aux émotions dans l'ici et maintenant, la régulation affective, la création de sens de l'expérience. La EFT porte notamment une attention particulière à l'expérience et la transformation des émotions, aussi a-t-elle développé des techniques pour le faire et peut effectivement être complémentaire à la PGRO. Cependant, la PGRO diffère de l'approche EFT, car elle permet de rendre l'expérience pathologique inconsciente et clivée manifeste au moyen d'une conception et d'une utilisation particulière de la relation thérapeutique, ce qui est essentiel dans le traitement des pathologies de la personnalité qui accompagnent souvent un épisode dépressif majeur. Les concepts explicatifs de la pathogenèse de la personnalité élaborés dans le modèle de la PGRO la distinguent de la EFT, qui n'en fait pas mention et ces différences conceptuelles entre les deux approches conduisent à des postures thérapeutiques dis-

tinctes. La PGRO se distingue fondamentalement de la EFT par l'utilisation de l'herméneutique plutôt que de la phénoménologie comme forme dialogale. Aussi, sa conception de la relation thérapeutique opérant sous les trois modes transférentiel, herméneutique et réel la distingue de la EFT qui conçoit plutôt le rôle du thérapeute comme se situant dans le mode réel, et remplissant une fonction de guide, d'accompagnateur. Ainsi, contrairement à la PGRO, la mise en oeuvre des reproductions dans l'expérience dépressive n'est pas recherchée et donc, elles ne sont pas nécessairement traitées dans l'approche EFT. Selon Delisle (Communication personnelle, 18 juin 2008), ce travail explicite de la relation thérapeutique (champs 1 et 2) mis en lien, en temps opportun, avec le vécu dans les relations significatives du présent et du passé (champs 3 et 4) est singulier à la PGRO et au cœur même du processus de changement.

La revue des principes empiriquement associés au changement dans les troubles dysphoriques et les troubles de personnalité est maintenant effectuée afin d'étudier dans quelle mesure la théorie et les méthodes de la PGRO sont en accord avec ces derniers.

### **Les principes empiriquement associés aux changements dans les troubles dysphoriques et les troubles de la personnalité : évaluation de la PGRO**

Un groupe d'études mis sur pied sous l'égide de la Division 12 de l'American Psychological Association ainsi que de la North American Society for Psychotherapy Research a publié en 2006 un travail sur les principes empiriquement associés aux changements psychothérapeutiques dans plusieurs problématiques de santé mentale, dont les troubles dysphoriques et les troubles de personnalité (Beutler, Castonguay, & Follette, 2006; Castonguay & Beutler, 2006). Contrairement aux essais cliniques randomisés, qui cherchent à établir la validité d'un traitement particulier pour un trouble spécifique, ce groupe d'étude s'est plutôt intéressé aux facteurs communs à plusieurs approches qui peuvent servir de guide au traitement efficace de différents

troubles. Ainsi, après avoir revu la documentation sur le traitement de ces troubles, les auteurs ont cherché à intégrer les variables utilisées dans plusieurs approches susceptibles de produire un impact optimal sur le traitement. Les variables soumises à l'analyse représentent trois facteurs reliés au traitement, qui peuvent avoir un impact sur le changement psychothérapeutique. Le premier a trait aux caractéristiques des participants, le second concerne la relation thérapeutique, le troisième, les méthodes thérapeutiques.

Il devient pertinent de se demander jusqu'à quel point la PGRO respecte ou tient compte de ces principes supportés empiriquement pour expliquer le changement et l'efficacité thérapeutique. L'objectif visé est d'évaluer dans quelle mesure les concepts théoriques et cliniques de la PGRO se comparent et/ou correspondent aux standards liés aux troubles dépressifs et de personnalité. Pour en faciliter l'examen, les principes qui ont des points en commun seront regroupés.

### **La PGRO et les principes reliés aux troubles dysphoriques**

En ce qui concerne le traitement des troubles dysphoriques, dont le trouble dépressif majeur, 48 principes représentatifs de ces trois facteurs ont été dégagés et peuvent servir de guide (voir Appendices A, B et C). Parmi ces 48 principes, 36 sont communs à au moins un autre des trois autres groupes de troubles étudiés, soit les troubles de personnalité, les troubles d'abus de substances et les troubles anxieux et 12 sont uniques aux troubles dysphoriques. Les auteurs suggèrent que l'adhésion à ces principes par le thérapeute lors du choix et de l'application d'interventions auprès d'une clientèle souffrant de dépression améliore l'efficacité du traitement, peu importe l'approche psychothérapeutique utilisée.

**Principes liés aux participants.** Voici l'évaluation de la PGRO par rapport aux principes liés aux participants (voir Appendice A).

- L'importance de la souplesse du thérapeute et de sa capacité à s'adapter et à modifier ses stratégies en fonction de la singularité du client, surtout quand il y a concomitance d'un trouble de la personnalité (principe 2). Le modèle de la PGRO est fondé justement sur la reconnaissance de l'unicité et de la réalité expérientielle singulière du client et vise à la découvrir (Delisle & Girard, 2012).
- Le degré de sévérité ou de chronicité du problème ainsi que la comorbidité affecte l'efficacité du traitement, surtout en ce qui a trait à des interventions à court terme. Ainsi, plus le problème est grave et le fonctionnement sévèrement altéré, moins les traitements à court terme sont bénéfiques et dans le cas d'incapacité élevée, l'ajout de composantes thérapeutiques et un traitement plus à long terme sont indiqués (principes 3,4). La PGRO est une approche très intensive, pouvant être de longue durée, qui s'adresse à l'origine au traitement de pathologies complexes de la personnalité. En outre, la PGRO recommande une évaluation rigoureuse initiale qui permet de définir des objectifs de traitement réalistes en fonction de la gravité des problèmes présentés (Girard, 2012).
- Style d'attachement et style interpersonnel : le pronostic est meilleur, quand le client exhibe une approche sociale ou de non-évitement (principe 6). La PGRO étant d'essence relationnelle repose sur l'établissement d'un lien et d'une alliance thérapeutiques qui favorisent chez le client l'ouverture à sa propre expérience dans le cadre de ses échanges avec le thérapeute (Delisle, 1998, Girard & Delisle, 2012).
- Les interventions choisies doivent correspondre au niveau d'assimilation du problème du client pour être bénéfiques (principe 7). Le modèle de la PGRO en privilégiant le dialogue

herméneutique vise la création de sens qui apporte au client un matériel qu'il peut intégrer dans un langage et à un rythme optimaux pour faciliter l'assimilation.

- L'impact de la résistance du client sur les résultats du traitement : il appert que les interventions qui créent de la résistance comme l'excès de contrôle et de directivité n'améliorent pas les résultats du traitement, car cela diminue l'observance. On recommande alors que ces interventions soient inversement proportionnelles au degré de résistance du client (principes 8,9). La PGRO est justement très bien outillée pour travailler les résistances du client. Par sa conception de la relation thérapeutique caractérisée par trois cycles de reproduction-reconnaissance-réparation, elle s'emploie précisément à favoriser le déploiement des impasses de contact du client dans le cycle de reproduction, afin que le client prenne conscience graduellement de ses modes de régulation de contact défensifs dans le cycle de reconnaissance. En outre, le modèle de la PGRO exige du thérapeute qui le met en pratique une formation intégrale, afin de développer un haut niveau de compétences réflexives, interactives et affectives (Delisle, 2004; Delisle & Girard, 2012). Cette combinaison de compétences favorise le travail efficace des résistances du client.
- Des cibles de changement particulières dépendamment de certaines caractéristiques psychologiques du client : un client impulsif, rebelle et ayant tendance à blâmer les autres bénéficie davantage de techniques de modification de comportement et de réduction de symptômes, tandis que celui qui rumine, s'abaisse, s'autocontrôle et est peu impulsif profite d'interventions qui favorisent la prise de conscience, l'attachement, l'estime de soi (principes 10,11). La PGRO est en phase avec ces principes, car, d'une part, elle peut être combinée à des techniques spécifiques dans la mesure où cette utilisation tient compte du ressenti du client et est au service de la relation thérapeutique (Girard & Delisle, 2012). D'autre part, ce modèle offre un

continuum d'objectifs devant être ajustés en fonction des particularités du client et il est possible de cibler d'abord la modification de comportements, pour, ensuite, favoriser la mentalisation et la création de sens (Delisle, 1998; Girard et Delisle, 2012).

- La présence d'un profil d'attachement sécurisé chez le thérapeute facilite le processus thérapeutique (principe 12). La PGRO est en essence une approche relationnelle et sa tâche première est justement de sécuriser le lien.

**Principes liés à la relation thérapeutique.** Voici l'analyse de la PGRO par rapport aux principes liés à la relation thérapeutique (voir Appendice B).

- L'importance de l'alliance thérapeutique et de la capacité de réparer les ruptures d'alliance de manière empathique et flexible (principes 1,8) : le développement de l'alliance thérapeutique ainsi que la capacité de réparer des ruptures de l'alliance sont la pierre angulaire de ce modèle relationnel (Delisle, 2007). En effet, l'élaboration des cycles de reproduction-reconnaissance-réparation dans la relation thérapeutique repose sur une alliance solide, le thérapeute étant ouvert à repérer et à réparer au besoin les ruptures qui se produiront.
- L'empathie pour faciliter le succès de la démarche (principe 3). Visant à découvrir la réalité expérientielle subjective du client, le thérapeute formé en PGRO met à contribution ses compétences affectives, interactives et réflexives, pour véhiculer cette attitude empathique : il saisit la réalité subjective du client, la lui communique et l'accompagne.
- L'adoption d'une attitude positive du thérapeute à l'égard de son client pour améliorer les bienfaits thérapeutiques (principe 4). Drouin (2008) souligne à ce sujet l'importance en PGRO de permettre aux clients de reproduire leurs impasses de contact mésadaptées dans la relation thérapeutique.

- La congruence du thérapeute dans l'expression de ses sentiments ou dans la transmission des connaissances contribue aux bienfaits thérapeutiques (principe 5). La PGRO, modèle fondamentalement relationnel, privilégie la rencontre thérapeute-client comme moteur et lieu de changement. Les compétences affectives et réflexives soutiennent les compétences interactives et font en sorte que ce qui est transmis au client le soit fait de la manière la plus intègre et la plus authentique possible.
- La prestation d'interprétations relationnelles excessives est à éviter et, lorsqu'utilisées, elles doivent être aidantes de par leur niveau d'exactitude (principes 6,7). La PGRO privilégie le dialogue herméneutique plutôt que l'interprétation, car la cocréation du sens de l'expérience requiert du thérapeute que ses contributions soient assimilables par le client. Il évite ainsi de présenter au client un sens prédéterminé.
- L'importance d'établir en collaboration avec le client des objectifs thérapeutiques et le processus pour les atteindre (principe 9). Delisle (2012) aborde la nécessité d'établir avec le client un contrat thérapeutique clair concernant les objectifs, les moyens et les responsabilités de chacun, afin d'obtenir un consentement clair et éclairé au départ et de continuer à y faire référence régulièrement en cours de démarche.
- L'autorévélation de la part du thérapeute est aidante, lorsqu'elle vise à rassurer et à soutenir plutôt qu'à confronter (principe 10). Ce principe rejoint les compétences interactives de la PGRO. Le thérapeute est formé pour partager avec le client ce qu'il ressent, pour s'exprimer dans la relation thérapeutique dans la mesure où cela contribue à aider le client à déployer ses enjeux inachevés, à en prendre conscience, éventuellement à les dénouer et à vivre avec lui de nouvelles expériences réparatrices. La relation thérapeutique immédiate est un laboratoire

dans lequel le thérapeute est participant-observateur; l'autorévélation est pertinente pourvu qu'elle contribue aux objectifs thérapeutiques et ne compromet pas l'alliance.

**Principes liés aux méthodes thérapeutiques.** Voici l'analyse de la PGRO par rapport aux principes liés aux méthodes thérapeutiques (voir Appendice C).

- Les principes liés aux méthodes thérapeutiques sont importants seulement s'ils sont appliqués dans le cadre d'une bonne relation thérapeutique (principe 1). Ceci est tout à fait conforme au modèle de la PGRO pour qui les méthodes et les techniques doivent être au service de la relation thérapeutique (Girard & Delisle, 2012).
- L'importance d'arrimer les techniques directement aux problèmes et aux préoccupations du client (principe 2) : la PGRO s'intéresse à la réalité expérientielle du client, s'assure, au départ et en cours de démarche, de développer et de maintenir une bonne alliance de travail avec lui, notamment concernant les objectifs thérapeutiques.
- Les méthodes doivent faciliter le développement de mécanismes adaptatifs (principe 3). Le cycle de réparation en PGRO en est un bon exemple. Le dénouement des impasses de contact permet au client d'abandonner ses mécanismes chronicisés et de faire l'expérience d'ajustements créateurs.
- L'identification des patterns affectifs, cognitifs et comportementaux, qui contribuent au maintien et à la chronicité du problème (principe 4). C'est précisément ce que la PGRO s'emploie à faire par le repérage d'affinités interchamps. Aussi, la cocréation du sens permet au client d'accroître la conscience de ses patterns mésadaptés et de se mobiliser vers l'essai de modes de fonctionnement plus sains en temps opportun.
- L'importance d'une évaluation continue des objectifs (principe 5), ce que le thérapeute formé dans cette approche fait, par exemple, au moyen du diagnostic structural.

- Les résultats sont améliorés, quand on vise à sensibiliser le client à la relation entre son environnement et à la façon dont il pense, ressent et se comporte (principe 6). La PGRO repose sur le fondement théorique suivant : les événements psychologiques ne peuvent être saisis qu'en fonction du champ dans lequel ils se produisent, le champ étant défini par un organisme qui rencontre un environnement à une frontière contact. Sur le plan pratique et, particulièrement, dans les cycles de reproduction et de reconnaissance, le thérapeute s'emploie à aider le client à repérer les impasses expérientielles mésadaptées dans les différents champs expérientiels au moyen des affinités interchamps, à coconstruire le sens avec le client, afin de le sensibiliser à sa manière singulière de transiger avec l'environnement.
- Le traitement efficace inclut l'identification et la remise en question des pensées dysfonctionnelles et des croyances de fond négatives (principe 7). En PGRO, il s'agit de la fonction « Personnalité », qui est une matrice des représentations du champ composée des représentations internes de soi et du monde du client. Ce dernier prendra graduellement conscience de ses représentations singulières dans les cycles de reproduction et de reconnaissance, et elles seront mises à l'épreuve et éventuellement transformées dans le cycle de réparation.
- Expliquer au client la nature de ses problèmes et la justification du traitement. (principe 8). Nous croyons que le contrat thérapeutique décrit par Delisle (2012) répond tout à fait à ces critères, car il comprend la dispensation d'information de nature psychoéducative.
- Encourager de petits changements progressifs vers l'atteinte des objectifs (principe 9). Sans que cela soit spécifié dans le modèle de la PGRO, le thérapeute tient compte de la réalité expérientielle du client et ainsi souligne au besoin les changements progressifs.
- La pertinence de la validation à titre d'approche non directive qui peut faciliter le processus (principe 11) : comme la validation fait partie d'une attitude empathique, nous constatons que

le thérapeute formé en PGRO en fait usage au moyen des compétences affectives, interactives et réflexives.

- Encourager l'auto-exploration (principe 12) : cette dimension fait partie intrinsèque de la PGRO et est spécifiée clairement dans le contrat thérapeutique de départ (Delisle, 2012).
- Optimiser le travail de l'expérience émotionnelle, le changement étant facilité en aidant le client à accepter, à tolérer et à parfois, ressentir pleinement ses émotions et, aussi, à améliorer sa maîtrise émotionnelle (principes 13,14) : en effet, l'attention à l'expérience émotionnelle est centrale en PGRO. Ce modèle stipule que le changement est favorisé par la coconstruction de sens, qui s'appuie sur des affects modérément activés dans l'ici et maintenant. Le thérapeute doit donc aider le client à maintenir les affects à proximité, afin qu'ils ne soient ni dissociés, ni trop intenses et submergeants, sinon, le dialogue herméneutique risque de ne pas être fertile ou sera impossible à développer (Delisle, 2007).
- Un traitement à court terme peut être profitable, sauf, s'il y a comorbidité avec un trouble de la personnalité (principe 15). Nous avons déjà mentionné que la PGRO est au départ conçue à titre de traitement à long terme de la pathologie de la personnalité, mais pouvons concevoir son application à plus court terme, en y apportant certains ajustements.
- Une approche intensive est parfois essentielle (principe 16). D'une part, le modèle de la PGRO avec son cadre de rencontres hebdomadaires régulières, d'autre part, par sa façon de concevoir la relation thérapeutique avec ses cycles successifs de reproduction-reconnaissance-réparation répond entièrement à ce principe.

L'examen comparé des principes soutenus empiriquement, définis par ce groupe de travail concernant les participants, la relation thérapeutique et les méthodes thérapeutiques dans le traitement des troubles dysphoriques (Castonguay & Beutler, 2006) à la théorie et à l'application

thérapeutique de la PGRO indique une concordance apparente. Même si cette concordance ne repose que sur une analyse théorique et clinique par un seul juge, elle apporte un soutien à la possibilité que cette approche renferme les ingrédients actifs nécessaires à un traitement psychothérapeutique efficace du trouble dépressif majeur.

### **La PGRO et les principes reliés aux troubles de la personnalité**

Puisque l'étude porte sur l'application de la PGRO au trouble dépressif majeur accompagné d'une pathologie de la personnalité, il est aussi important de vérifier si ce modèle adhère aux principes identifiés pour le traitement des troubles de la personnalité (Critchfield et Benjamin 2006).

Les principes uniques aux troubles de la personnalité sont abordés ici, puisque ceux communs aux troubles dysphoriques ont été revus en fonction du modèle de la PGRO dans la section précédente. Drouin (2008) a fait l'examen de ces principes en tentant de positionner la PGRO face à ces derniers et a conclu que le modèle de la PGRO les respecte généralement et il peut donc être considéré comme un traitement empiriquement informé pour les troubles de la personnalité. Ses observations et ses conclusions sont intégrées à cette analyse.

#### **Principes liés aux participants.**

- La volonté et la capacité du client de s'engager dans la démarche de thérapie ont un impact sur son succès. L'importance du consentement libre et éclairé en PGRO, qui comprend une description précise des difficultés du client ainsi qu'une entente sur des objectifs clairs et réalistes assure l'adhésion à ce principe, ce qu'appuie Drouin (2008).
- Caractéristiques recommandées pour le thérapeute : être à l'aise avec des relations à long terme et intenses sur le plan émotionnel, être patient, avoir une bonne capacité de tolérance de ses propres émotions face au client et au processus thérapeutique, avoir reçu une formation

spécialisée, être ouvert d'esprit, flexible et créatif. Comme nous l'avons souligné précédemment, une formation intégrale et intensive pour développer les compétences affectives, réflexives et interactives requises est exigée par ce modèle, ainsi qu'une incitation à recourir à de la supervision, à participer à de la formation continue et à effectuer une thérapie personnelle pour mieux affronter la complexité du travail psychothérapeutique et parfaire ses compétences. Le thérapeute, qui est habilité à pratiquer la PGRO, possède les caractéristiques mentionnées ci-haut. Par exemple, le thérapeute est en mesure de permettre au client les reproductions de ses impasses de contact en tolérant les affects du client et ceux qui sont suscités en lui, ce qui résulte largement de sa compétence affective (Delisle et Girard, 2012). Aussi, il est ouvert à l'unicité expérientielle du client tout en respectant le cadre des objectifs thérapeutiques à atteindre (Drouin, 2008).

- Principes partagés avec les troubles dépressifs et revus dans la section précédente : plus le trouble est sévère, plus les résultats du traitement risquent d'être compromis, le niveau d'incapacité du client affecte la durée et l'intensité du traitement, un style d'attachement ouvert chez celui-ci améliore le pronostic, et l'importance d'ajuster les interventions en tenant compte du niveau de résistance du client.

#### **Principes liés à la relation thérapeutique.**

- Manifester un niveau d'activité assez élevé sans être nécessairement directif : la nature relationnelle de la PGRO en ce qui a trait au travail explicite de la relation thérapeutique fait en sorte que le thérapeute adopte à la fois les positions de participant et d'observateur et est partenaire actif dans le déploiement de cette expérience relationnelle. Drouin (2008) précise que l'utilisation du dialogue herméneutique est un bon exemple de ce principe, car le thérapeute contribue activement à la cocréation de sens avec le client.

- Dispenser un traitement structuré avec des limites quant aux comportements inacceptables en thérapie : quant à ce principe, Drouin (2008) affirme que la question des limites n'est pas abordée comme telle dans les écrits sur ce modèle, mais il est d'avis que ce genre de consignes est appliqué par les thérapeutes formés en PGRO. En effet, sans que Delisle (2012) fasse mention précise de limites concernant les comportements inacceptables en thérapie dans sa description du contrat thérapeutique, il va de soi que l'engagement du client à avoir des comportements acceptables en thérapie fait partie des responsabilités qu'il acceptera au départ et en cours de démarche en ce qui concerne les bris de cadre.
- Principes partagés avec les troubles dysphoriques : l'importance de l'alliance thérapeutique, la collaboration avec le client concernant les buts de la thérapie et les moyens pour les atteindre, l'empathie, le regard positif et la congruence du thérapeute.

#### **Principes liés aux méthodes thérapeutiques.**

- Manifester une disponibilité et une flexibilité technique qui permettent de mettre l'accent sur les problèmes et préoccupations immédiats du client : la PGRO est tout à fait en phase avec ce principe, puisqu'elle s'intéresse et s'ajuste à l'expérience singulière du client.
- L'importance de l'honnêteté du thérapeute et de son ouverture à expliquer clairement ses limites : comme nous l'avons déjà souligné, quand nous avons commenté le principe concernant la congruence du thérapeute dans la section concernant les troubles dysphoriques, l'essence relationnelle de la PGRO suppose une ouverture et une honnêteté de la part du thérapeute, en particulier, par rapport à ses limites dans le contexte thérapeutique. Notamment, l'élaboration du contrat thérapeutique comprend la description du rôle et des responsabilités du thérapeute, dont ses limites font partie (Delisle, 2012).

- L'importance d'un équilibre entre la motivation au changement, les objectifs de changement et le soutien empathique. Cela nous renvoie à l'un des principes élaborés par Cozolino (2002) concernant la croissance et l'intégration neuronale optimales en psychothérapie dont Delisle (2007) fait mention, car applicable à la PGRO : la présence d'une relation thérapeutique sécurisante et d'un niveau de stress modéré, car l'alternance entre l'activation des deux est nécessaire à la croissance et au changement.
- La nécessité de supervision continue et du recours à la thérapie personnelle au besoin pour le thérapeute : le modèle de la PGRO les recommande clairement.
- Principes partagés avec les problèmes dysphoriques : l'accent sur les préoccupations du client, l'identification initiale des patterns affectifs, cognitifs et comportementaux problématiques, l'explication de la nature du problème et la justification du traitement, la compréhension des liens entre les difficultés, l'environnement, les cognitions, les affects et les comportements, le développement de mécanismes plus adaptés, la réduction de pensées dysfonctionnelles et de croyances négatives.

L'examen de la PGRO par rapport aux principes soutenus empiriquement visant les participants, la relation thérapeutique et les méthodes de ce groupe de travail (Castonguay & Beutler, 2006) pour les troubles dysphoriques et les troubles de personnalité, indique que ce modèle de psychothérapie est en accord avec ces derniers, de par sa théorie et ses méthodes. Cette revue confirme, à l'instar de Drouin (2008) que la PGRO correspond aux principes liés à l'efficacité du traitement des troubles de personnalité. Il est permis de conclure que la PGRO semble respecter les principes supportés empiriquement, et peut être considérée comme particulièrement pertinente et probablement efficace dans le traitement d'un épisode dépressif majeur en comorbidité avec une pathologie de la personnalité.

### **Objectifs de la présente étude**

L'objectif principal de la présente recherche est d'évaluer l'efficacité de la PGRO dans le traitement du trouble dépressif majeur accompagné d'une pathologie de la personnalité. Il s'agit d'un projet innovateur sur l'application de la PGRO. Les deux hypothèses principales suivantes sont mises de l'avant :

- Hypothèse 1 \_ une diminution de la symptomatologie dépressive telle que mesurée par les instruments après 20 séances de PGRO et lors du suivi post-test de 6 mois.
- Hypothèse 2 \_ une diminution des traits de personnalité pathologiques telle que mesurée par les instruments après 20 séances de PGRO et lors du suivi post-test de 6 mois.

À titre exploratoire, trois hypothèses supplémentaires sont formulées dans le but d'apporter un enrichissement clinique à la démarche et de contribuer à la connaissance des phénomènes cliniques qui sont mis en lien avec l'application de la PGRO au trouble dépressif majeur. L'effet de la PGRO sur trois composantes particulières de l'expérience des clients correspondant aux fonctions du Self définies dans le modèle de la PGRO est étudié. Les trois hypothèses exploratoires supplémentaires sont proposées :

- Hypothèse exploratoire 1 – un élargissement du registre des émotions, tel qu'observé au moyen du diagnostic structural quatre fois pendant les 20 séances de PGRO par la thérapeute-chercheuse. L'activation des affects du client qui comprend la capacité de ressentir ses émotions, de les tolérer et d'avoir accès à de nouveaux affects (observation de la fonction « Ça ») sera notée.

- Hypothèse exploratoire 2 – une capacité accrue de recourir aux modes de régulation en toute conscience, de manière à entrer en contact avec l'autre tout en étant en mesure de distinguer son expérience interne de ce qui se passe dans le champ courant, telle qu'observée au moyen du diagnostic structural quatre fois pendant les 20 séances de PGRO par la thérapeute-chercheuse. La conscience du client de ses modes de régulation de contact avec l'autre et de ses contributions à des impasses relationnelles dans l'ici et maintenant (observation de la fonction « Je ») sera observée et notée.
- Hypothèse exploratoire 3 – des changements dans la structure et le contenu des représentations de soi et de l'autre, tels qu'observés au moyen du diagnostic structural quatre fois pendant les 20 séances de PGRO par la thérapeute-chercheuse. Les représentations internes conscientisées de soi et de l'autre (observation de la fonction « Personnalité ») seront observées.

Ces trois composantes de l'expérience sont retenues, car elles correspondent aux trois fonctions du Self telles que définies en PGRO.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> L'impact sur le processus de changement de la personnalité de ce travail expérientiel systématique au sein de la relation thérapeutique qui est singulier à la PGRO est appuyé par les observations cliniques recueillies dans le cadre d'une consultation avec des experts, tous détenant une formation avancée en PGRO (voir Appendice D).

## **Méthode**

Cette seconde section présente la méthode adoptée lors de l'expérimentation. Elle contient les informations relatives aux participants constituant l'échantillon, au déroulement de l'expérimentation, ainsi qu'aux instruments de mesure.

### **Recrutement des participants**

Après l'obtention des approbations éthiques requises par l'université, trois personnes sont sélectionnées à partir de la clientèle en cabinet privé de la chercheuse. Ce nombre de participants a été jugé raisonnable relatif à l'ampleur visée de la présente étude. Les participants potentiels sont recommandés par des collègues dans la communauté (médecins, psychologues, psychiatres). Lors d'une première séance, la chercheuse effectue une évaluation clinique au moyen d'un entretien. Si elle conclut que le participant est admissible selon les critères d'inclusion déterminés, elle l'invite à participer à l'étude et lui présente le projet de recherche, afin d'obtenir un consentement libre et éclairé. S'il accepte de participer à l'étude, il doit se soumettre à une évaluation avec des instruments validés et une entrevue semi-structurée effectuée par une psychologue indépendante autre que la chercheuse, afin de confirmer les critères d'inclusion et d'exclusion qui sont retenus. Ces derniers reflètent la population avec qui la thérapeute-chercheuse travaille en bureau privé. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 1

*Recrutement des participants*

Critères d'inclusion	
a)	Être âgé d'au moins 18 ans, car la présente étude s'intéresse au trouble dépressif majeur chez une clientèle adulte.
b)	Recevoir un diagnostic d'épisode dépressif majeur et remplir tous les critères requis selon les « Structured Clinical Interview for DSM-IV » (SCID-I; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1995).
c)	Avoir souffert dans le passé soit d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, soit de dysthymie avec ou sans histoire d'épisode dépressif majeur, soit de symptômes dépressifs sous-cliniques.
d)	Recevoir une médication antidépressive depuis au moins six semaines (temps moyen requis pour qu'elle ait un effet), puisque ceci est représentatif de la plupart des clients souffrants d'un épisode dépressif majeur qui consultent en bureau privé.
e)	Présence de traits de personnalité pathologiques tels qu'identifiés par le « Structured Clinical Interview for DSM-IV » (SCID-II; First, Spitzer, Gibbon, Williams, & Benjamin, 1997).
f)	Un score supérieur à 15 sur l'Inventaire de Dépression de Beck qui indique la présence d'un épisode dépressif sévère (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1998).
Critères d'exclusion	
a)	Un diagnostic de trouble psychotique.
b)	Présence actuelle de troubles liés à une substance, troubles des conduites alimentaires et autres diagnostics majeurs à l'axe 1.
c)	Présence de délirium, démence, trouble amnésique, autres troubles cognitifs.
d)	Présence d'une affection médicale grave.
e)	Risque suicidaire actif

### **Échantillon**

Afin d'assurer la confidentialité, une procédure pour garantir l'anonymat des données est mise en place. Les caractéristiques de l'échantillon sont les suivantes : la participante 1 référée en psychothérapie par son médecin de famille est dans la mi-cinquantaine, est célibataire, et en congé de maladie depuis quatre mois au moment du début de la psychothérapie. Elle prend une médication antidépressive depuis la même période de temps. Elle a vécu beaucoup de pression au travail dans la dernière année. Elle rapporte qu'elle veut plaire et qu'elle a de la difficulté à dire non et à demander de l'aide, ce qui l'a graduellement épuisée. Elle a dû alors aller en congé de maladie. Bien qu'elle soit habituée à s'organiser seule, la répondante fréquente néanmoins un homme depuis quelques années. Elle a grandi auprès d'une mère présente, exigeante et sévère et d'un père effacé, soumis et peu présent. La participante rapporte qu'elle n'accepte pas l'erreur, et qu'elle veut apprendre à se sentir moins coupable et à exiger moins d'elle-même. Tous les critères d'un épisode dépressif majeur sont satisfaits, bien que ce soit la première fois que cette dame reçoive un tel diagnostic. Cependant, elle aurait souffert de symptômes anxio-dépressifs sous-cliniques dans le passé. Par ailleurs, plusieurs traits de personnalité pathologiques, principalement de type obsessionnel-compulsif, paranoïaque, schizoïde et évitant complètent le portrait clinique.

La participante 2, référée en psychothérapie par son psychiatre, est à la fin de la vingtaine, est en couple, est en congé de maladie depuis trois mois au moment du début de la psychothérapie. Elle prend une médication antidépressive depuis deux mois. Elle affirme qu'elle a tendance à beaucoup s'investir dans son travail, car fermement convaincue de l'importance de se rendre utile. La répondante est fortement impliquée dans le bénévolat au sein de sa communauté et se porte volontaire sans réserve aussitôt qu'un besoin se manifeste. Dans sa famille d'origine,

la participante donnait l'exemple, elle était l'enfant modèle et elle aidait sa mère en prenant soin des plus petits dans sa fratrie. Elle mentionne qu'il est important pour elle d'être efficace et qu'elle a de la difficulté à accepter ses limites et ses vulnérabilités. Aujourd'hui, elle réalise qu'elle fait une rechute, car elle s'est engagée à fond dans trop de projets. La participante veut apprendre à être moins exigeante envers elle-même et à tolérer de ne pas avoir le contrôle sur tout autour d'elle, mais elle se rend compte qu'elle a besoin d'aide pour y arriver. La dame satisfait tous les critères d'un épisode dépressif majeur, reçu pour la deuxième fois. Lors d'un premier épisode trois ans et demi auparavant, ponctué également par un arrêt de travail et la prise d'une médication antidépressive, la répondante a consulté un thérapeute sur une courte période de temps. En surplus de ses symptômes anxieux d'intensité sévère, cette femme présente un nombre élevé de traits de personnalité pathologiques, surtout limites, narcissiques, obsessionnels-compulsifs et évitants.

La participante 3 est recommandée en psychothérapie par le programme d'aide aux employés de son milieu de travail. Elle est au début de la quarantaine, est monoparentale, est en arrêt de travail et prend une médication antidépressive depuis deux mois. Le travail n'est pas une source de stress pour elle. Par ailleurs, lorsqu'en couple, la participante dit ne pas pouvoir s'appuyer sur l'autre, perdre graduellement intérêt et finalement rompre. Depuis quelques mois, la dame s'est investie dans une nouvelle relation, ce qui lui fait vivre de l'insécurité : tout en tenant à son partenaire, elle craint de s'attacher à lui et que ça se termine, ce qui l'inquiète beaucoup. Elle rapporte que la relation avec son enfant, avec qui le lien a toujours été fragile, est difficile, particulièrement en ce moment. Par ailleurs, la participante note qu'elle ne s'est jamais sentie proche de sa famille, elle ne se fie qu'à elle-même. Bien qu'elle affirme qu'elle ne se confie pas facilement, elle accepte de consulter d'autant plus qu'elle se sent coupable de ne pas

travailler tout en s'étonnant de son état d'épuisement. Elle aimerait résoudre ses difficultés une fois pour toutes. La dame satisfait tous les critères d'un épisode dépressif majeur, dont elle reçoit le diagnostic pour la première fois, bien que, durant l'adolescence, des symptômes dépressifs se soient résorbés graduellement. Elle présente quelques traits de personnalité pathologiques, surtout schizotypiques, limites et histrioniques.

### **Instruments de mesure**

Afin d'établir un diagnostic pré-traitement et obtenir des mesures post-traitement et de suivi, le Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID I; First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1995) pour l'axe I, et le SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997) pour l'axe 2 sont utilisés afin d'évaluer la présence de troubles aux axes 1 et 2 (voir Appendice E pour les exemplaires). Ces tests sont administrés par une personne formée à cet effet et autre que celle qui effectue le traitement. Le module portant sur la dépression ainsi que ceux consacrés aux traits ou troubles de personnalité identifiés lors de l'évaluation initiale sont administrés de nouveau à la fin de la psychothérapie et lors du suivi de six mois, afin de vérifier la présence de dépression et de traits de personnalité pathologiques ou de trouble de personnalité. Le SCID, qui se base sur une entrevue diagnostique semi-structurée, est fidèle pour la plupart des diagnostics de troubles en santé mentale. En effet, pour les diagnostics de l'axe 1, la fidélité test-retest est satisfaisante ( $Kappa=61$ ), de même que l'accord interjuge pour le SCID II, et soutient ainsi son utilisation pour des fins cliniques et de recherche (Dressen, & Arntz, 1998; Segal, Hersen, & Van Hasselt, 1994).

L'Inventaire de dépression de Beck (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1998) est aussi administré pour évaluer la sévérité de la dépression avant et à la fin du traitement et lors du suivi de

six mois (voir Appendice E pour l'exemplaire). Cet instrument autoadministré est sensible aux changements cliniques dans la sévérité de la dépression et comprend 21 éléments couvrant les symptômes affectifs, cognitifs, comportementaux et physiques. Des scores supérieurs à 15 indiquent la présence de dépression. Il démontre un niveau de cohérence interne élevé ( $\alpha = 0,73$  à  $0,93$ ) ainsi qu'un haut niveau de corrélation avec d'autres instruments de mesure autoévaluatifs de la dépression et avec les évaluations de cliniciens ( $r = 0,60$  à  $0,90$ ), et des coefficients de validité allant de  $0,66$  à  $0,86$  (Beck, Steer, & Garbin, 1988; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Gould, 1982). L'Inventaire d'anxiété de Beck (BAI; Beck, & Steer, 1998), un instrument de 21 items, a été administré avant le traitement, à la fin du traitement et lors du suivi de six mois pour évaluer la sévérité des symptômes anxieux, car ceux-ci accompagnent souvent un état dépressif : rappelons que près de la moitié des sujets souffrant d'un épisode dépressif majeur manifestent aussi un trouble anxieux (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Kessler et al., 1996). Il possède un alpha de Cronbach de  $0,92$  et sa fidélité test-retest est  $r = 0,75$  (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) (voir Appendice E pour l'exemplaire).

Des autoévaluations hebdomadaires qui permettent de constater les changements sur une base régulière au cours du processus thérapeutique sont remplies par les participantes, qui s'autoévaluent au sujet des variables suivantes : symptômes dépressifs, symptômes anxieux, représentations de soi et de l'autre (voir Appendice F). Ces mesures relèvent des changements pendant la psychothérapie sur une base continue et régulière. L'autoévaluation des représentations de soi et de l'autre est retenue, car comme indiqué dans les sections précédentes, l'individu qui souffre d'un épisode dépressif majeur, peut éprouver des sentiments de dévalorisation et de culpabilité excessive qui affectent sa perception de lui-même et des autres et aussi, entre autres,

son fonctionnement interpersonnel. Ces tests permettent de déterminer des changements en cours de démarche au niveau des observations des représentations de soi et de l'autre.

Ce questionnaire a été développé à partir de ceux conçus par Freeston et O'Connor (1997). La procédure d'administration présentée aux répondantes est expliquée par une personne autre que la thérapeute-chercheuse afin d'éviter d'affecter le lien thérapeutique. Une mesure pré-traitement est établie à partir des données des autoévaluations hebdomadaires recueillies deux fois pendant les deux semaines précédant le début du traitement. Ces données devaient être recueillies quatre fois pendant le mois précédant le traitement, une période d'évaluation pré-traitement d'un mois, comme c'est le cas pour d'autres troubles de santé mentale. La thérapeute-chercheuse a écourté cette période de deux semaines, car selon son jugement clinique, il n'aurait pas été approprié de retarder le traitement psychothérapeutique d'un mois, vu l'état de santé des participantes, et cela aurait pu compromettre l'étude, par la perte potentielle de clientes si celles-ci avaient décidé de consulter plus rapidement ailleurs vu l'urgence de leur état. Par ailleurs, il est reconnu que le cycle des variations de l'humeur dans le trouble dépressif majeur se déploie sur une période de six à quatorze jours (Bernedetti, Barbini, Colombo, Campori, & Smeraldi, 1996; Huba, Lawlor, Stallone, & Fieve, 1976; Wirz-Justice, 2008). Or, subséquemment, une période de deux semaines pour évaluer les symptômes dépressifs est suffisante pour observer le cycle des variations naturelles de l'humeur.

Le diagnostic structural (voir Appendice G) est posé en cours de traitement quatre fois par la thérapeute-chercheuse, afin d'évaluer à titre exploratoire, les trois composantes de l'expérience des clientes, décrites dans les hypothèses supplémentaires 1, 2, 3. C'est une grille de description personnalisée du client et des cibles de changements développée par Delisle (1998) et utilisée en PGRO. Elle permet de décrire les différentes fonctions du Self et les modes de régulation de

contact utilisés par la cliente, tels qu'observés par la thérapeute-chercheuse dans le cadre de son interaction avec elle, au fur et mesure qu'évolue la relation thérapeutique. Cette observation ciblée aide la thérapeute-chercheuse à préciser comment le client remet en place dans la relation thérapeutique ses impasses relationnelles, car elle y a accès en direct. Elle est attentive à ce qu'elle ressent et pense en présence du client, est sensible autant au verbal qu'au non verbal. Cette grille est particulièrement utile pour définir les objectifs et identifier les changements dans l'expérience de la cliente en cours de démarche. Elle doit être utilisée par un thérapeute possédant une formation en PGRO. Par ailleurs, à cause de sa nature subjective, car les données collectées à partir de cette grille sont fondées sur les perceptions, les ressentis, les hypothèses de sens de la thérapeute-chercheuse, il est difficile d'en assurer la validité. Nous nous limitons donc à les utiliser qu'à des fins exploratoires.

Cette grille est composée de deux sections. La première est la lecture des trois fonctions du Self, telles que décrites auparavant dans la présentation du modèle de la PGRO : le « Ça » (ce qui émerge le plus, le moins), le « Je » (comment le sujet utilise ses modes de régulation) et la fonction « Personnalité » ou MRC (comment se représente-t-il et comment se représente-t-il l'autre). La deuxième section est la lecture dynamique, qui peut aider à mieux cerner les enjeux développementaux du sujet : ce qu'il cherche à mettre en place comme impasses relationnelles dans la relation thérapeutique et dans les relations qu'il évoque, comment les modes de régulation du « Je » sont utilisés pour les mettre en place, comment la MRC correspond à ce qui se passe entre la thérapeute-chercheuse et le sujet, enfin ce qu'est connu des facteurs de risques et de résilience qui étaient présents dans le champ 4.

Cette grille est remplie par la thérapeute-chercheuse une première fois après la troisième rencontre. Comme les deux premières rencontres ont comme objectif principal la cueillette

d'informations et l'établissement du lien thérapeutique, deux ou trois rencontres sont nécessaires pour avoir accès à suffisamment de données concernant l'expérience du sujet, et ce pour établir un diagnostic structural. Il est repris une deuxième fois après la neuvième rencontre, une troisième fois après la 15<sup>e</sup> rencontre et une dernière fois après la 20<sup>e</sup> rencontre, car selon notre expérience clinique, nous croyons qu'un laps de temps d'environ six semaines entre les évaluations est optimal pour observer des changements dans l'expérience de la cliente. Un tableau récapitulatif des évaluations qui ont été effectuées est présenté dans l'Appendice H.

### **Procédure**

Les participantes sont vues en psychothérapie pendant 20 séances hebdomadaires. Leur durée est de 50 minutes, soit le cadre thérapeutique connu de la pratique de la thérapeute-chercheuse. Pour les participantes 1 et 2, il y a eu un intervalle de deux semaines entre les séances à deux reprises, à cause de vacances ou de congés de la période des fêtes. L'approche utilisée est la PGRO et la thérapeute est la chercheuse, psychologue possédant un diplôme de maîtrise et doctorante avec 28 ans d'expérience clinique au moment de l'étude. Elle possède une formation avancée en PGRO, soit six ans de formation et une supervision continue. Que la thérapie soit menée par la même thérapeute pour les trois participantes peut soulever des questions méthodologiques. Par ailleurs, dans le contexte d'une étude exploratoire, ceci peut être considéré comme un avantage, puisque cela permet d'éliminer l'impact des différences entre thérapeutes et de standardiser ainsi la prestation de la psychothérapie.

L'adhésion à l'approche est effectuée de façon indépendante par une thérapeute qui valide en écoutant 4 séances au hasard, à partir des enregistrements sonores, la conformité des interventions avec l'approche PGRO. Ces enregistrements sont utilisés que pour des fins de validation de

l'approche. Elle est aussi psychologue avec plus de 25 ans de pratique clinique, possédant une formation avancée en PGRO, soit six années de formation et une supervision continue. Elle utilise une grille d'analyse des interventions qui comprend les différents types d'interventions utilisés en PGRO. Cette grille a été approuvée par Gilles Delisle, le concepteur de la PGRO, le 5 novembre 2008 et se retrouve à l'Appendice I.

Enfin, la thérapeute-chercheuse effectue un suivi téléphonique après un an auprès des participants afin de vérifier au moyen de l'Inventaire de dépression de Beck (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1998) la présence de symptômes dépressifs.

### **Plan d'analyses**

Un protocole de série de cas ( $n = 3$ ) avec mesures répétées est utilisé. Les lignes de conduite proposées par l'APA pour la préparation d'une étude de cas ou une série de cas fondée sur les données probantes sont suivies (APA, 2014). En effet, un diagnostic valide et fidèle au moyen de plusieurs instruments de mesure standardisés (entrevues semi structurées et autoévaluations), administrés par une évaluatrice indépendante est posé, des mesures standardisées pour évaluer les résultats sont utilisées, des mesures de processus sont recueillies au moyen d'évaluations hebdomadaires et le consentement éclairé est obtenu. Les différences entre les résultats pré et post-traitement et suivi de six mois sont calculées et mises en pourcentage afin de faciliter leur analyse<sup>3</sup>. Les données longitudinales sont analysées au moyen d'une inspection visuelle afin de repérer des changements ou des points de transition. L'inspection visuelle est une méthode d'évaluation des données, utilisée fréquemment dans l'étude de cas, quand des données continues sont disponibles, ce qui est le cas dans la présente étude (autoévaluations hebdomadaires). Les données

---

<sup>3</sup> Tous les pourcentages ont été obtenus comme suit : score pré-traitement-score post-traitement divisé par score pré-traitement multiplié par 100.

collectées sont présentées sous forme de graphiques qui sont examinés visuellement dans le but d'identifier des patterns de changement et particulièrement, en ce qui a trait à la relation entre l'intervention et les variables dépendantes. Afin de faciliter l'inspection visuelle, nous calculons des moyennes des scores des autoévaluations hebdomadaires pour les phases suivantes : la période de pré-traitement (semaines 1, 2), les séances 1, 2, 3, 4 qui composent la phase de traitement 1 (semaines 3, 4, 5, 6), les séances 5, 6, 7, 8 qui composent la phase de traitement 2 (semaines 7, 8, 9,10), les séances 9, 10, 11, 12 qui composent la phase de traitement 3 (semaines 11,12,13,14), les séances 13,14,15,16 qui composent la phase de traitement 4 (semaines 15, 16, 17, 18) puis les séances 17, 18, 19, 20 qui composent la phase de traitement 5 (semaines 19, 20, 21, 22)<sup>4</sup>. Ces moyennes par phase, une phase pré-traitement et cinq phases de traitement apparaissent dans les graphiques.

### **Considérations éthiques**

Les participantes donnent leur consentement éclairé par écrit suite aux explications fournies par la thérapeute-chercheuse et un exemplaire du formulaire de consentement leur est remis. (Appendice J). L'anonymisation et la confidentialité des données sont garanties, avec accès limité à la thérapeute-chercheuse. Ces données seront gardées sous clé et détruites au bout de cinq ans.

---

<sup>4</sup> Toutes les moyennes par phase sont calculées de la façon suivante : sommes des scores par phase divisée par le nombre de scores.

## **Résultats**

## **Préanalyse**

Pour les mesures de la symptomatologie dépressive et des traits de personnalité pathologiques recueillies à partir des données des tests psychométriques, des diminutions entre le pré-traitement et le post-traitement (après les 20 séances) sont observées et lors du suivi de six mois (six mois après la fin du traitement) égales ou supérieures à 33,33 % chez les trois participantes<sup>5</sup>. Une diminution des symptômes de 33 % au post-traitement comparée aux résultats pré-traitement est considérée significative, indiquant que les participants ont répondu au traitement (Aardema, Emmelkamp, & O'Connor, 2005; Emmelkamp, Van Noppen, & Van Balkom, 2002). Cette amélioration de 33,33 % et plus représente un changement clinique nettement significatif.

### **Évaluations pré-traitement, post-traitement, suivi de six mois et suivi téléphonique d'un an**

Suite aux 20 séances de PGRO, la confirmation des hypothèses était prévue, soit :

\_Hypothèse 1 : une diminution de la symptomatologie dépressive.

\_Hypothèse 2 : une diminution des traits de personnalité pathologiques.

Un sommaire des évaluations pré-traitement, post-traitement, suivi de six mois et suivi téléphonique d'un an des trois participantes est présenté dans le Tableau 2.

---

<sup>5</sup> Tous les pourcentages cités ont été obtenus comme suit : score pré-traitement – score post-traitement divisé par score pré-traitement multiplié par 100.

Tableau 2

*Résultats des mesures administrées et autoadministrées lors des trois temps d'évaluation et de l'évaluation téléphonique*

Mesures	Participant 1				Participant 2				Participant 3			
	Pré	Post	Suivi six mois	Suivi un an tél.	Pré	Post	Suivi six mois	Suivi un an tél.	Pré	Post	Suivi six mois	Suivi un an tél.
SCID 1	5	1	0		7	0	0		7	1	0	
SCID II	27	17	18		41	13	8		12	8	3	
B.D.I. II	27	5	4	3	34	5	8	5	26	3	0	5
B.A.I.	11	2	5		32	7	12		13	6	4	

N.B :SCID = Structured Clinical for DSM-IV, Axis I critères pour un DX d'épisode dépressif majeur : 5; SCID 2 = Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis II; B.D.I.= Inventaire de dépression de Beck II, 15 + = dépression; B.A.I : Inventaire d'anxiété de Beck, 0 – 7 = minimal, 8 – 15 = légère, 16 – 25 = modéré, 26 – 63 = sévère

### Participant 1

Lors de l'évaluation pré-traitement, la participante 1 rencontre tous les critères d'un trouble dépressif majeur, tel que mesuré par le SCID-I (score de 5) dispensé par la psychologue-évaluatrice ainsi que par la mesure de dépression autoadministrée (score de 27 sur le B.D.I.II). Elle présente également un niveau d'anxiété d'intensité légère, tel que rapporté par la mesure autoadministrée (score de 11 sur le B.A.I.). Elle présente aussi plusieurs traits de personnalité pathologiques, surtout de type obsessionnel-compulsif, paranoïaque, schizoïde et évitant tel que mesuré par le SCID-II (score de 27). Lors de l'évaluation post-traitement (scores de 1 sur le SCID-1 et de 5 sur le B.D.I. II) et du suivi de six mois (scores de 0 sur le SCID-1 et de 4 sur le B.D.I.II), elle ne souffre plus d'un épisode dépressif majeur. En outre, les symptômes anxieux ont diminué au niveau d'intensité minimale (scores de 2 et de 5 sur le B.A.I. au post-traitement et suivi de six mois). Les scores des traits de personnalité pathologiques ont passé de 27 à 17, ce qui représente une diminution de 37,04 % au suivi post-traitement et de 27 à 18, soit une réduction

de 33,33 % au suivi de six mois : nous notons donc une diminution légère de 3,70 % des gains observés en fin de traitement, lors du suivi six mois après la fin de la thérapie<sup>6</sup>, le score passant de 17 à 18. Les traits qui demeurent suite à la résorption de l'épisode dépressif sont principalement d'ordre obsessionnel-compulsif et schizoïde, ces derniers augmentant même très légèrement. Finalement, lors d'un suivi téléphonique d'un an, la participante rapporte un nombre de symptômes dépressifs d'intensité minimale (score de 3 sur le B.D.I. II).

## **Participante 2**

Cette personne satisfait tous les critères d'un épisode dépressif majeur, tel que mesuré par le SCID-1 (score de 7) dispensé par la psychologue-évaluatrice et par la mesure de dépression autoadministrée (score de 34 sur le B.D.I.II). Elle présente aussi un niveau d'anxiété d'intensité sévère tel que rapporté par une mesure autoadministrée (score de 32 sur le B.A.I.). Un nombre élevé des traits de personnalité pathologiques est repéré par le SDID-II (score de 34), surtout de type limite, narcissique, obsessionnel-compulsif et évitant. Lors de l'évaluation post-traitement (scores de 0 sur le SCID-1 et de 5 sur le B.D.I.II) et du suivi de six mois (scores de 0 sur le SCID-1 et de 8 sur le B.D.I.II), elle ne remplit plus aucun des critères d'un épisode dépressif majeur. Les symptômes anxieux ont diminué au niveau d'intensité minimale (scores de 7 et de 12 sur le B.A.I. au post-traitement) puis ont augmenté un peu au suivi de six mois, étant d'intensité légère (score de 12 sur le B.A.I.). Quant aux traits de personnalité pathologiques, ils ont régressé de plus de 68,29 % au suivi post-traitement, passant d'un score de 41 à 13, et de 80,49 % à celui de six mois, soit d'un score de 41 à 8 : nous constatons donc une amélioration des gains de 12 %, même une fois la thérapie complétée<sup>7</sup>, le score passant de 13 à 8. Ceux qui perdurent une fois l'épisode dépressif résorbé sont d'ordre obsessionnel-compulsif. Lors du suivi téléphonique d'un

<sup>6</sup> Calcul du pourcentage :  $33,33\% \text{ (suivi de 6 mois)} - 37,04\% \text{ (suivi post-traitement)} = -3,70\%$

<sup>7</sup> Calcul du pourcentage :  $80,49\% \text{ (suivi de 6 mois)} - 68,29\% \text{ (suivi post-traitement)} = 12\%$

an, la participante rapporte des symptômes dépressifs d'intensité très minimale (score de 5 sur le B.D.I.II).

### **Participante 3**

Lors de l'évaluation pré-traitement, la participante 3 présente tous les critères d'un épisode dépressif majeur, tel que mesuré par le SCID-I (score de 7) administré par la psychologue-évaluatrice et par la mesure de dépression autoadministrée (score de 26 sur le B.D.I.II). La mesure autoadministrée rapporte un niveau d'anxiété d'intensité légère (score de 13 sur le B.A.I.). L'évaluation de la personnalité au moyen du SCID-II identifie un nombre moyen de traits de personnalité pathologiques de type limite, schizotypique et histrionique (score de 12). Lors des évaluations post-traitement (scores de 1 sur le SCID-1 et de 3 sur le B.D.I.II) et du suivi de six mois (scores de 0 sur le SCID-1 et de 0 sur le B.D.I.II), on constate qu'elle ne remplit plus les critères diagnostiques d'épisode dépressif majeur, et les symptômes anxieux ont diminué de plus de moitié, étant maintenant d'intensité très minimale (scores de 6 au post-traitement et de 4 au suivi de six mois sur le B.A.I.). En ce qui concerne les traits de personnalité pathologiques, on observe une diminution de 33,33 % au suivi post-traitement, le score passant de 12 à 8 et une réduction de 75 % au suivi de 6 mois, le score passant de 12 à 3, ce qui représente une amélioration des gains de 41,70 %, à partir de la fin du traitement jusqu'au suivi de six mois après la fin de la thérapie<sup>8</sup>. Ceux qui perdurent sont de type limite, schizotypique et dépendant. Les traits histrioniques présents en pré-traitement sont absents au suivi de 6 mois. Un trait relié à l'impulsivité, un autre à l'absence de liens intimes et un dernier à la dépendance subsistent une fois l'épisode dépressif résorbé. Lors du suivi téléphonique d'un an, elle rapporte quelques symptômes dépressifs d'intensité minimale, une petite augmentation comparée à l'absence de symptômes observée lors du suivi de six mois (score de 5 sur le B.D.I.II).

---

<sup>8</sup> Calcul du pourcentage :  $75\% (\text{suivi de 6 mois}) - 33,33\% (\text{suivi post-traitement}) = 41,70\%$

Ainsi, l'hypothèse 1 (une diminution de la symptomatologie dépressive en fin de traitement) est confirmée chez les trois participantes, puisqu'aucune d'elles ne remplit les critères d'un épisode dépressif à la fin des 20 séances de psychothérapie. En outre, lors du suivi téléphonique d'un an, l'hypothèse 1 est maintenue chez les trois participantes.

Pour ce qui est de l'hypothèse 2 (une diminution des traits de personnalité pathologiques en fin de traitement), celle-ci est confirmée puisque la diminution passe de 33,33 % à 68,29 % selon le sujet.

Plus encore, les résultats se maintiennent pour les deux hypothèses chez tous les sujets lors du suivi de six mois. En ce qui concerne l'hypothèse 2, le résultat s'est même amélioré au suivi de six mois pour les participantes 2 et 3 : pour la participante 2, la réduction de traits de personnalité pathologiques passe de 68,29 % à 80,49 % et pour la participante 3, de 33,33 % à 75 %.

### **Autoévaluations hebdomadaires**

Chacune des participantes s'est autoévaluée à chaque semaine sur les variables suivantes : symptômes dépressifs, symptômes anxieux, représentations de soi et de l'autre. Les résultats sont présentés sous forme de graphiques pour chacune des participantes, afin de faciliter leur inspection visuelle (figures 1 à 12). Ainsi, pour chaque participante et pour chacune des variables, nous pouvons nous référer à un graphique. En ordonnée, nous observons chacune des 4 variables identifiées : dépression, anxiété, perception de soi, perception de l'autre. Les semaines lors desquelles elles se sont autoévaluées se retrouvent en abscisse : les semaines 1 et 2 sont celles avant le début du traitement, les semaines 3 à 22 sont celles pendant les 20 séances de traitement. Aussi en abscisse apparaissent les différentes phases pour lesquelles la moyenne des scores est calculée afin

de faciliter l'inspection visuelle<sup>9</sup>. Les phases sont les suivantes : une phase pré-traitement (2 semaines) et cinq phases de traitement composées chacune de la moyenne des scores de quatre semaines de traitement. Ainsi, la phase de traitement 1 comprend les séances 1 à 4 (semaines 3 à 6), la phase de traitement 2, les séances 5 à 8 (semaines 7 à 10), la phase de traitement 3, les séances 9 à 12 (semaines 11 à 14), la phase de traitement 4, les séances 13 à 16 (semaines 15 à 18) et la phase de traitement 5, les séances 17 à 20 (semaines 19 à 22).

### **Participante 1**

**Symptômes dépressifs.** Un profil en dents-de-scie est observé, de nature irrégulière et variable (figure 1). Les symptômes rapportés sont moyens en pré-traitement (score de 40) et diminuent progressivement jusqu'à être absents dans les trois dernières semaines de traitement. Ils ne correspondent pas tout à fait aux résultats des évaluations pré-traitement des tests psychométriques qui obtiennent des scores d'intensité élevée tel qu'indiqué dans le tableau 2 : un score pré-traitement de 5 sur le SCID- 1 et un score pré-traitement de 27 sur le B.D.I. II. Par contre, les évaluations psychométriques post-traitement soutiennent ce que la participante rapporte à la fin du traitement (score de 0 à la semaine 22), les scores psychométriques post-traitement étant de 0 sur le SCID-1 et de 5 sur le B.D.I. II (tableau 2). Lorsqu'on considère les moyennes des autoévaluations calculées à chaque quatre séances pendant le traitement, on observe une pente décroissante à partir du début de la thérapie jusqu'à la dernière séance, sauf une légère augmentation de la semaine 7 à 10 (phase de traitement 1 : score moyen de 42,75, phase de traitement 2 : 45,75, phase de traitement 3 : 33, phase de traitement 4 : 20, phase de traitement 5 : 18,75).

---

<sup>9</sup> Exemple de calcul d'une moyenne par phase :  $20 + 60$  divisé par  $2 = 40$ , pour la moyenne de la phase pré-traitement des symptômes dépressifs pour la participante 1 (figure 1).

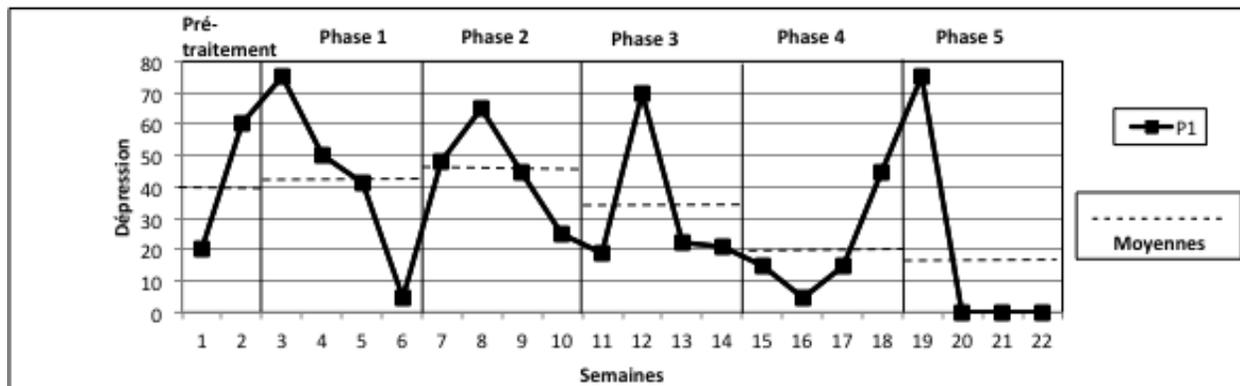


Figure 1. Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la dépression pour la participante 1.

**Symptômes anxieux.** . Les symptômes rapportés en pré-traitement sont élevés ( $> 60$ ), comme ils sont illustrés dans la figure 2. Ces autoévaluations pré-traitement diffèrent des évaluations psychométriques pré-traitement, mesurant des symptômes anxieux légers comme il est indiqué dans le tableau 2 (score de 11 sur le B.D.I.). Par contre, les résultats post-traitement correspondent : l'anxiété perçue lors de la dernière semaine de traitement est faible (score de 30) et corrobore les résultats du B.A.I. qui mesure un niveau minimal de symptômes (score de 2). Le profil en cours de traitement est en dents-de-scie comme l'est celui des symptômes dépressifs, mais les variations hebdomadaires dans les deux profils diffèrent, démontrant qu'une élévation de symptômes dépressifs n'accompagne pas nécessairement une augmentation de l'anxiété chez cette participante. Les moyennes calculées à chaque quatre séances dénotent un niveau bas au début du suivi (phase de traitement 1 : 12,75), des fluctuations de niveau moyen (phase de traitement 2 : 49), de niveau léger (phase de traitement 3 : 36) et de nouveau moyen (phase de traitement 4 : 45,25), pour se terminer avec un niveau moyen (40), lors de la dernière séquence de quatre rencontres de thérapie. Des variations de niveau d'anxiété perçue à chaque quatre séances sont observées.

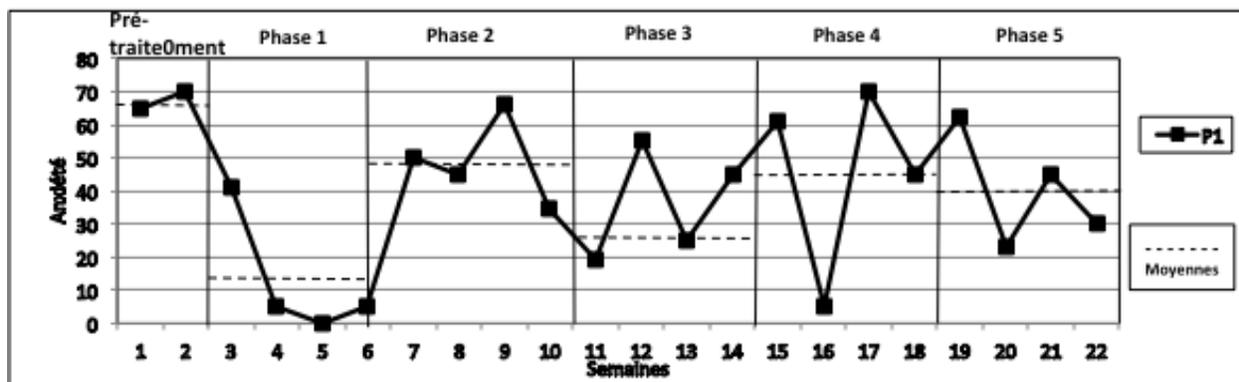


Figure 2. Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de l'anxiété pour la participante 1.

**Perception de soi.** La figure 3 présente une perception de soi un peu négative durant la période pré-traitement (un score moyen de  $-2,50$ ). Le profil est en dents-de-scie. Malgré ces variations, la perception de soi demeure surtout négative pendant la première moitié du traitement (semaines 3 à 12) oscillant entre des autoévaluations à peine négatives (un score de  $-1$ ), un peu négatives (un score de  $-2$ ) et moyennement négatives (un score de  $-3$ ) et s'améliore au cours de la seconde tranche (semaines 13 à 22) et des perceptions de soi positives ( $>0$ ) apparaissent durant six semaines sur dix (semaines 14, 16, 17, 18, 20, 22). En effet, les scores moyens calculés à chaque quatre séances sont négatifs pour les deux premières phases ( $-0,5$ ,  $-2,75$ ) et positifs pour les trois dernières ( $0,25$ ,  $1,75$ ,  $1$ ). Cependant, même si ces scores sont positifs, ils demeurent bas et correspondent aux qualificatifs « à peine » ou « peu » positifs. L'inspection visuelle des moyennes de chacune des cinq phases de traitement indique que les scores de dépression perçue sont toujours inversement proportionnels à ceux de perception de soi. Quand la dépression diminue, la perception de soi devient plus positive. Ceci est aussi observable pour l'anxiété perçue sauf pour une phase : lors de la phase de traitement 4, l'anxiété augmente et la perception de soi est plus positive (anxiété de  $45,25$ , perception de soi à  $1,75$ ).

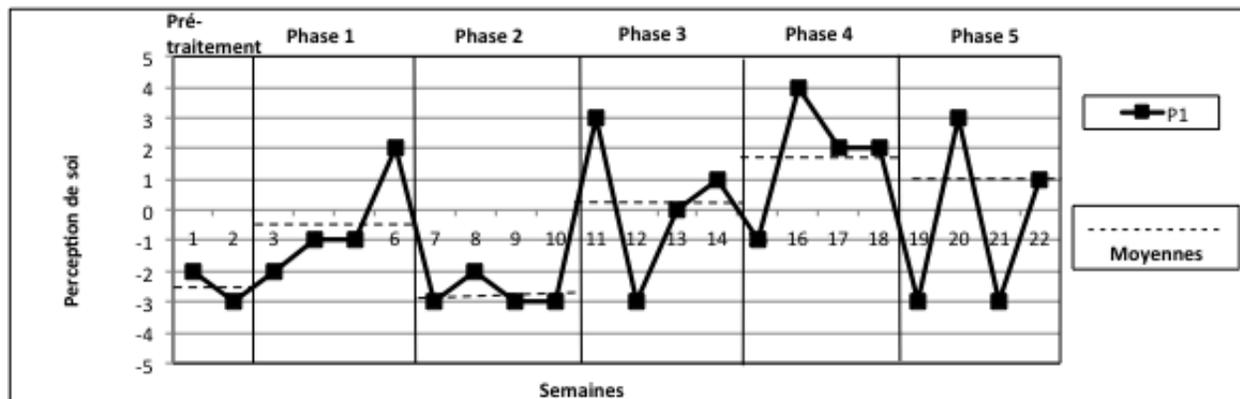


Figure 3. Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la perception de soi pour la participante 1.

**Perception de l'autre.** La perception de l'autre lors de la phase pré-traitement est à peine positive (un score moyen de 1), comme le rapporte la figure 4. Le profil est plutôt stable et la perception de l'autre est positive tout au long de la démarche de psychothérapie, sauf pour les semaines 7 et 17, quand la perception de l'autre est moyennement négative (un score de -3). Elle oscille entre une évaluation « moyennement » positive (phases de traitement 1, 3, 5) et « un peu » positive (phases de traitement 2,4). L'inspection visuelle des moyennes des cinq phases de traitement illustre encore que les scores de dépression sont inversement proportionnels aux scores de perception de l'autre, c'est-à-dire que lorsque la participante se sent moins déprimée, sa perception de l'autre s'améliore, sauf à la phase 4 où une diminution de la dépression correspond à une perception de l'autre plus négative (score moyen de dépression à 20 et perception de l'autre de 2). Pour ce qui est de l'anxiété perçue à chaque phase, quand l'anxiété diminue, la perception de l'autre est plus positive et quand elle augmente, s'en suit une perception de l'autre plus négative, et ce à toutes les phases de traitement, tel que l'illustre la figure 4.

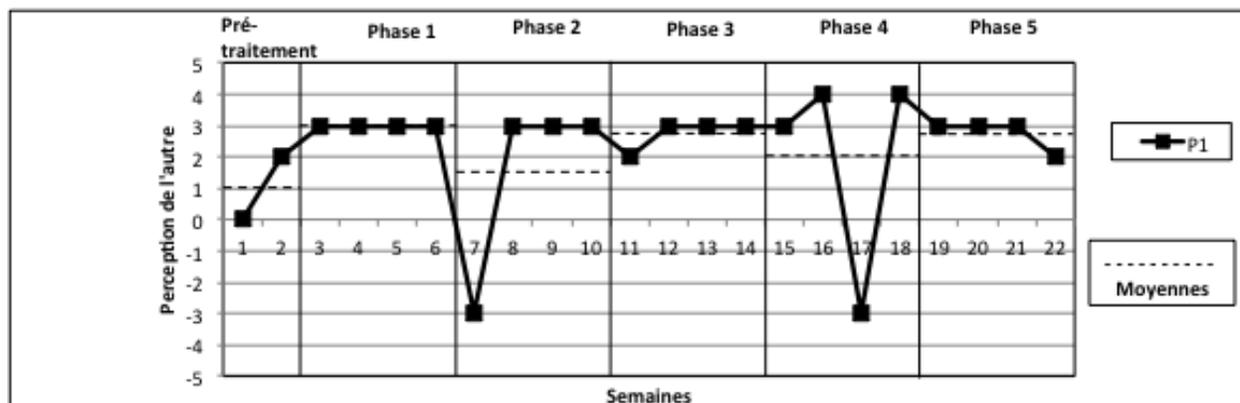


Figure 4. Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la perception de l'autre pour la participante 1.

## Participant 2

**Symptômes dépressifs.** Des symptômes d'intensité élevée en pré-traitement (un score de 60) sont observés dans la figure 5, variant de minimale à moyenne au début de la thérapie (semaines 3 à 5) et suivis d'une période stable de 9 séances lors desquelles les symptômes dépressifs rapportés sont légers (score de 10 lors des semaines 6 à 14). De plus, lors des huit dernières suivantes (semaines 15 à 22), il y a augmentation des symptômes dépressifs rapportés, suivie d'une diminution à des symptômes légers seulement lors de la dernière semaine de traitement (score de 30). Les observations de la participante correspondent aux résultats des évaluations psychométriques pré-traitement tels qu'ils apparaissent dans le tableau 2 (un score de 7 sur le SCID-1 et de 34 sur le B.D.I. II, qui représentent une dépression sévère), ainsi qu'avec les données recueillies lors des évaluations post-traitement qui indiquent qu'elle ne répond plus à aucun critère d'épisode dépressif majeur (score de 0 sur le SCID-1) et le score de 5 obtenu sur le B.D.I. II est indicatif de symptômes mineurs (tableau 2). Les moyennes des autoévaluations calculées à chaque quatre séances traduisent d'abord des symptômes légers (phase de traitement 1 : 35), suivies de symptômes d'intensité minimale (phases de traitement 2 et 3 : 10), avec une remontée à des

symptômes légers (phase de traitement 4 : 35) puis des symptômes d'intensité moyenne lors des quatre dernières séances (score de 45).

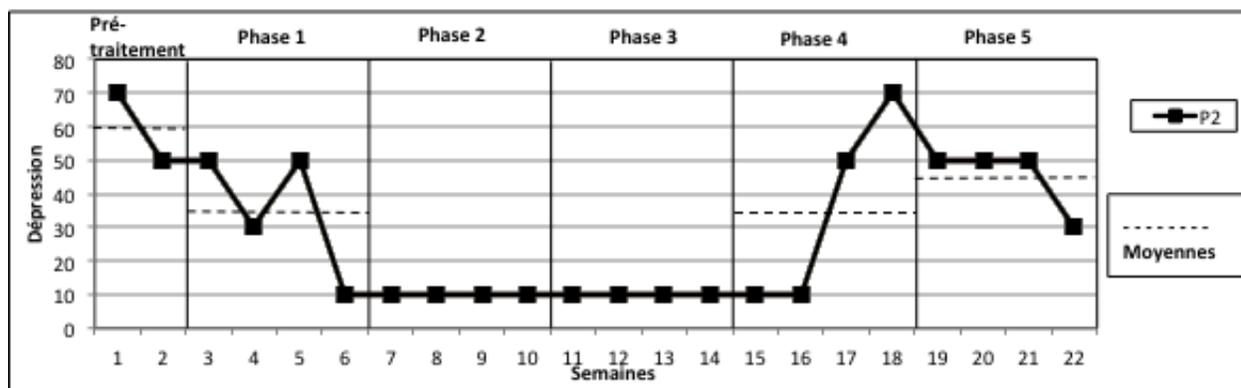


Figure 5. Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la dépression pour la participante 2.

**Symptômes anxieux.** Les symptômes anxieux rapportés et illustrés dans la figure 6 comportent des variations qui semblent suivre les fluctuations des symptômes dépressifs. L'augmentation des symptômes anxieux semble accompagner la hausse de la symptomatologie dépressive. Effectivement, elle obtient un score de 32 sur le B.A.I., lors de l'évaluation pré-traitement, ce qui décrit un niveau d'anxiété sévère selon les normes de ce test (tableau 2) et correspond à l'autoévaluation de la participante pour la même période, indiquant un score élevé (un score de 67,5 pour les semaines 1 et 2). Le niveau d'anxiété perçu en fin de traitement est léger (un score de 30 à la semaine 22) ce qui concorde avec l'évaluation psychométrique post-traitement, qui détecte un niveau d'anxiété minimal, tel que décrit dans le tableau 2 (un score de 7 au BAI). L'inspection visuelle de la courbe des moyennes effectuées pendant le traitement à chaque 4 séances indique qu'elle suit assez fidèlement la courbe des symptômes dépressifs, c'est-à-dire que les hausses et les baisses surviennent parallèlement pendant les mêmes périodes, sauf lors de la phase de traitement 3 où l'anxiété remonte un peu (un score de 20), alors que les symptômes dépressifs demeurent stables. Les symptômes anxieux perçus diminuent de la phase de

traitement 1 à 2 (de 30 à 10), pour ensuite remonter à chaque phase (phase de traitement 3 : 20, phase de traitement 4 : 30, phase de traitement 5 : 40). Ils sont d'intensité légère à moyenne.

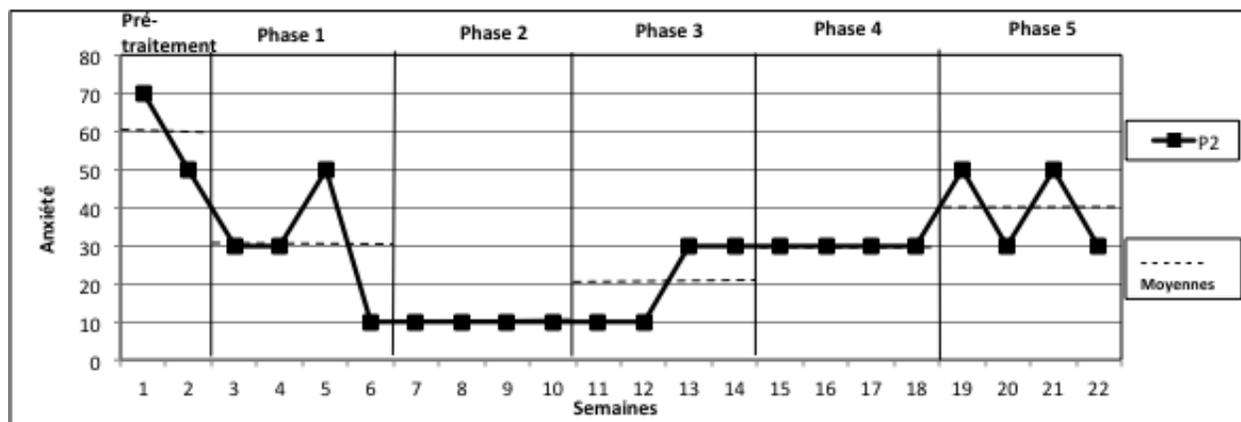


Figure 6. Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de l'anxiété pour la participante 2.

**Perception de soi.** La perception de soi est « un peu » négative en phase pré-traitement (score moyen de -2), comme l'indique la figure 7. Pendant le traitement, un profil stable et positif variant de « moyennement » à « très » positif durant les 16 premières séances (semaines 3 à 18) est observé, tel que l'illustre la figure 7. L'examen des moyennes à chaque phase de traitement indique tout de même une perception de soi décroissante, de moins en moins positive lors des phases de traitement 2 à 3 (des scores de 3,75 à 3,25), 3 à 4 (des scores de 3,25 à 2,25) puis de 4 à 5 (des scores 2,25 à 1). Enfin, lors de la dernière semaine de traitement, la perception de soi remonte et est évaluée à « moyennement » positive (un score de 3 à la semaine 22). L'inspection visuelle des scores moyens par phase de traitement illustre encore que les évaluations de la dépression et de l'anxiété perçues sont inversement proportionnelles aux évaluations de la perception de soi. Quand la dépression ou l'anxiété augmente, la perception de soi est plus négative, et ce, pour toutes les cinq phases de traitement, tel que l'illustre la figure 7.

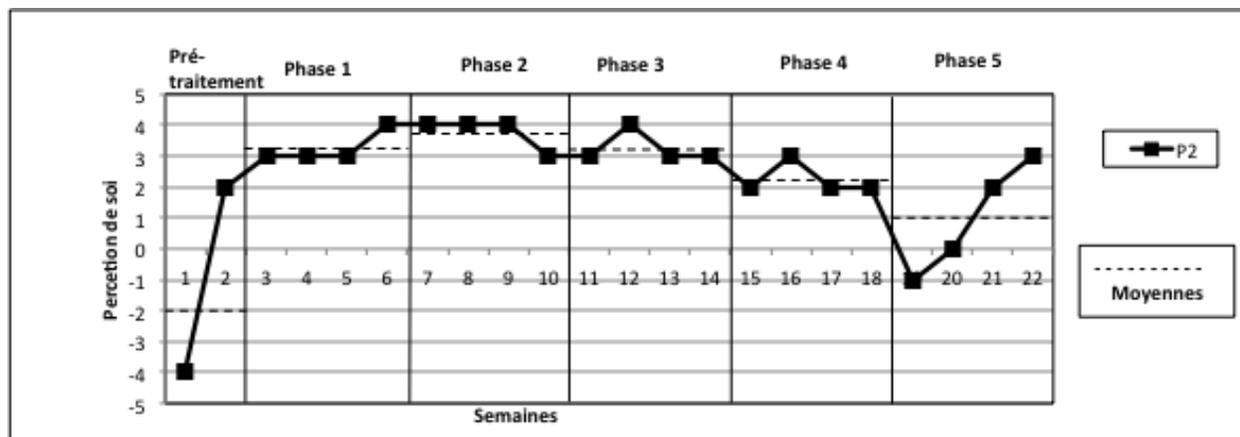


Figure 7. Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la perception de soi pour la participante 2.

**Perception de l'autre.** La perception de l'autre est « à peine » positive dans la phase pré-traitement (score de 1), telle qu'illustrée dans la figure 8. Comme pour la perception de soi, le profil est stable et la perception de l'autre est « moyennement » ou très positive durant les premières 16 séances (semaines 3 à 18), tel que l'illustre la figure 8. L'examen des scores moyens par phase de traitement révèle, comme pour la perception de soi, une perception de l'autre graduellement plus négative des phases de traitement 2 à 3 (des scores de 3,75 à 3), 3 à 4 (des scores de 3 à 1,5) et de 4 à 5 (des scores de 1,5 à -0,25). Ainsi, les variations de la perception de l'autre semblent généralement suivre celles de la perception de soi pour cette participante, sauf, à la fin du traitement, quand la perception de l'autre remonte très peu, comme l'indiquent les scores de 0 (« neutre »), lors des trois dernières semaines de traitement (semaines 20, 21, 22), contrairement à la perception de soi (un score de 3 lors de la semaine 22), comme l'indiquent les scores de 0 (« neutre »), lors des trois dernières semaines de traitement (semaines 20, 21, 22). Les mêmes observations sont faites en ce qui a trait aux fluctuations inversement proportionnelles de la dépression et de l'anxiété perçues et de la perception de l'autre. Chez cette participante, l'augmentation de la dépression et de l'anxiété correspond à une perception de l'autre plus négative.

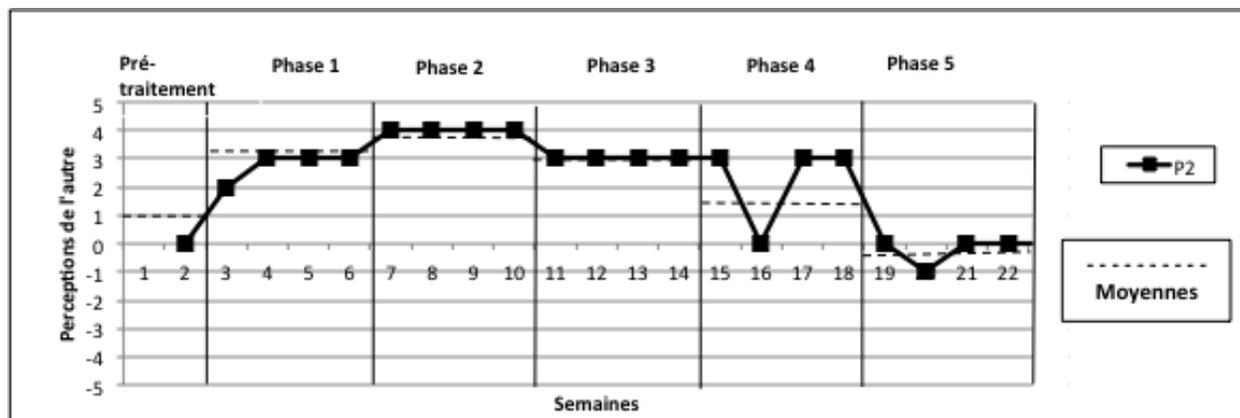


Figure 8. Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la perception de soi pour la participante 2.

### Participante 3

**Symptômes dépressifs.** Un profil comportant plusieurs variations dont la courbe diminue de manière assez continue à partir de la seconde partie du traitement (semaines 12 à 22) est observé dans la figure 9. La participante rapporte des symptômes élevés en pré-traitement (un score moyen de 67,5) et se perçoit « à peine » déprimée, lors de la dernière phase de traitement (semaines 19 à 22) dont le score moyen est de 19. Ces autoévaluations correspondent aux évaluations psychométriques pré-traitement et post-traitement, comme elles apparaissent dans le tableau 2. Le SCID-1 est à 7 et le B.D.I. II à 26 au pré-traitement, ces scores confirment donc un diagnostic d'épisode dépressif majeur, et le SCID-1 diminue à 1 et le B.D.I. II à 3 au suivi post-traitement et le profil de la participante ne correspond plus aux critères d'un épisode dépressif majeur.

L'inspection visuelle des différentes phases de traitement met en lumière des variations, lors des phases 1, 2 et 3. Le score moyen est d'abord élevé dans la première phase (score de 63,75), suivi d'un score moyen dans la phase de traitement élevé 2 (un score de 35), pour ensuite remonter à un score moyennement élevé à la phase de traitement 3 (un score de 58,75). Lors des deux dernières phases, on observe une diminution des symptômes perçus. La participante rappor-

te se sentir « un peu » déprimée lors de la phase 4 (un score de 37,75) et « à peine » déprimée au cours de la dernière phase (un score de 19).

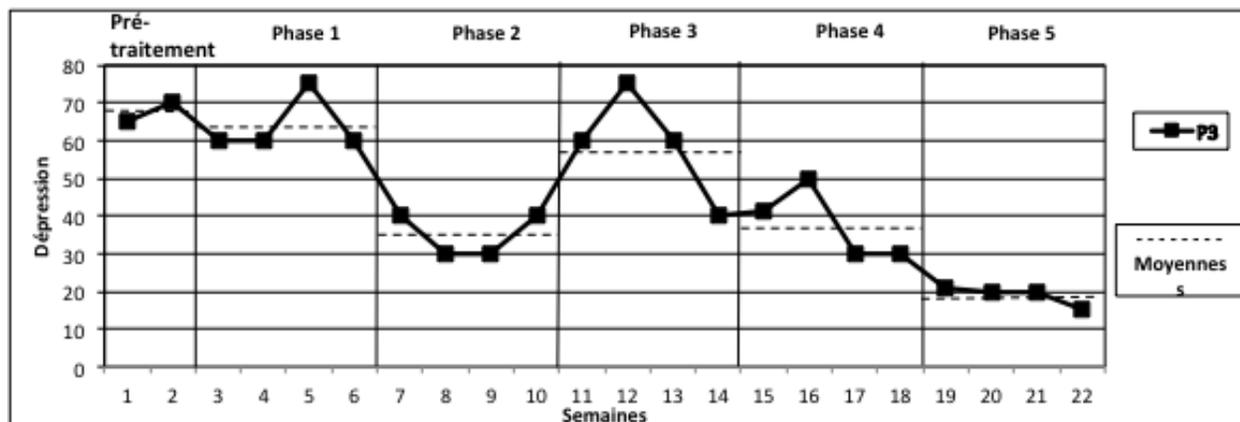


Figure 9. Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la dépression pour la participante 3.

**Symptômes anxieux.** Les symptômes anxieux rapportés présentent un profil assez stable dans les phases de traitement 1 (le même score de 60 pendant les 4 semaines) et 2 (le même score de 30 pendant les 4 semaines), comme l'illustre la figure 10. Il comporte plus de fluctuations dans la deuxième moitié du traitement (semaines 12 à 22) : un score moyen de 37,5 dans la phase de traitement 3, de 41,25 dans la phase de traitement 4 et de 22,5 dans la dernière phase. À partir de la phase de traitement 2, l'anxiété perçue ne dépasse pas une intensité moyenne.

L'anxiété perçue dans la phase pré-traitement est élevée (un score de 60), ce qui diffère de ce qui a été mesuré lors de l'évaluation psychométrique pré-traitement comme indiqué dans le tableau 2 (un score de 13 sur le B.A.I.) et reflète un niveau d'anxiété minimal. Par contre, l'évaluation psychométrique post-traitement soutient la perception d'un niveau d'anxiété faible rapportée par la participante (score de 5 à la semaine 22); le tableau 2 affiche un score de 6 sur le B.A.I. et représente un niveau d'anxiété minimal. L'examen des scores moyens par phase illustre que les variations des symptômes dépressifs perçus correspondent aux variations des symptômes

anxieux sauf à la phase de traitement 4. La participante rapporte alors une diminution des symptômes dépressifs et une hausse des symptômes anxieux.

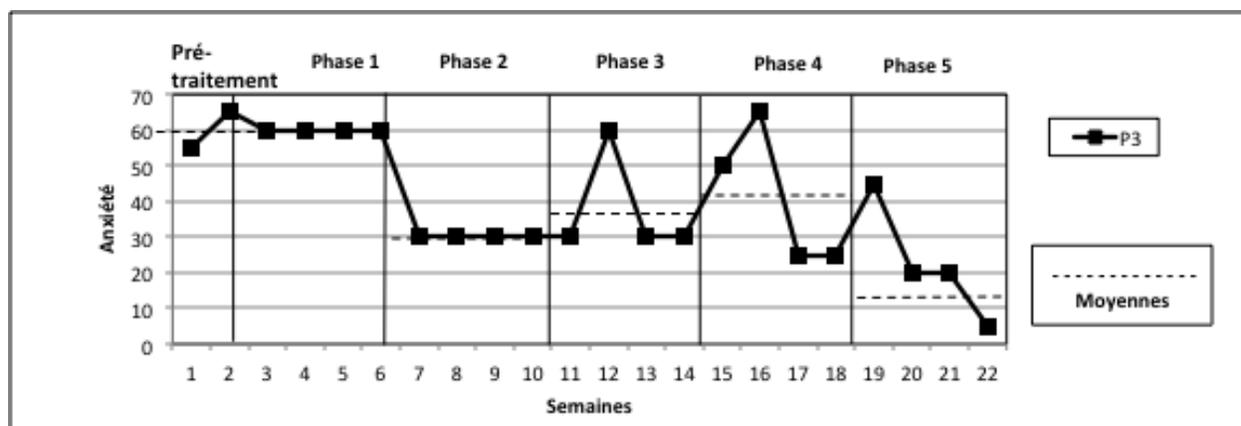


Figure 10. Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de l'anxiété pour la participante 3.

**Perception de soi.** La perception de soi est ni positive, ni négative en phase pré-traitement, tel qu'indiqué dans la figure 11 (un score de 0). Elle est à peine positive dans la phase de traitement 1 (un score de 1), puis s'améliore et demeure assez stable dès la quatrième séance et fluctue entre une perception de soi « moyennement » positive et très positive, comme le démontrent les scores des phases de traitement subséquentes : un score de 3 à la phase 2, 2,5 à la phase 3, de 3,25 à la phase 4 et de 3,50 à la dernière phase. L'inspection visuelle des scores moyens par phase illustre que les variations des symptômes dépressifs sont inversement proportionnelles aux variations de la perception de soi et cela suggère que lorsque la dépression augmente, la perception de soi est plus négative. Pour ce qui est des symptômes anxieux, ce n'est pas si clair. Parfois les variations sont inversement proportionnelles (phases de traitement 4 et 5), une augmentation de l'anxiété concorde avec une perception de soi plus négative, alors que dans les phases de traitement 2 et 3, les variations vont dans le même sens, à titre d'exemple, une anxiété plus élevée correspond à une perception de soi plus positive.

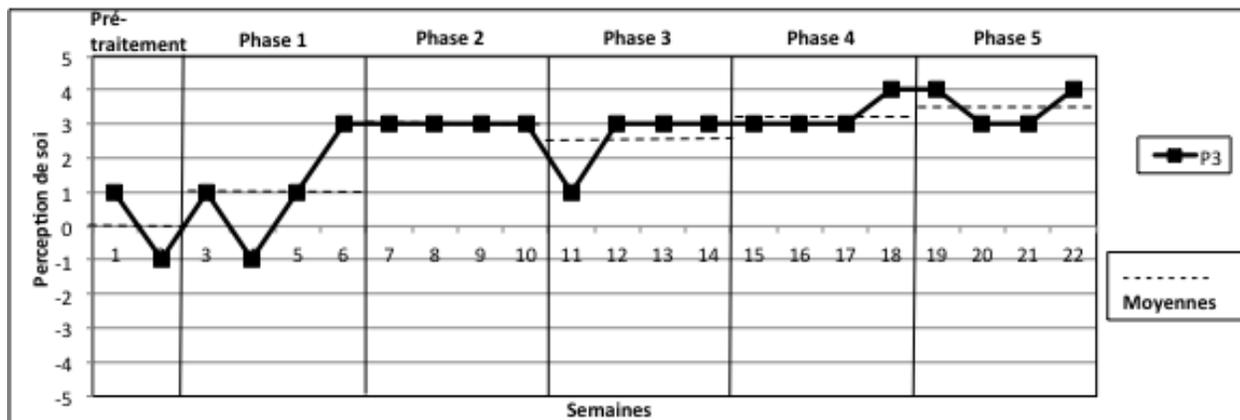


Figure 11. Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la perception de soi pour la participante 3.

**Perception de l'autre.** La perception de l'autre est « à peine » positive dans la phase pré-traitement. Le profil est irrégulier, en dents-de-scie et varie considérablement au cours de la thérapie, souvent d'une semaine à l'autre, comme l'illustre la figure 12. Les scores moyens par phase de traitement demeurent « à peine » ou « peu » positifs lors des phases de traitement 1 à 4 et la courbe n'est pas ascendante d'une phase à l'autre (un score de 1,75 à la phase de traitement 1, de 0,25 à la phase de traitement 2, de 1 à la phase de traitement 3, de 0 à la phase de traitement 4). Ce n'est qu'à la dernière phase de traitement que la perception de l'autre s'améliore, étant alors « moyennement » positive (score de 3). L'inspection visuelle des scores moyens par phase ne suggère pas de relation claire entre les variations des symptômes dépressifs et de la perception de l'autre. En effet, dans les phases de traitement 1 et 5, les variations sont inversement proportionnelles, mais dans les phases 2, 3 et 4, elles vont dans le même sens. Il en est de même pour les variations des symptômes anxieux et de la perception de l'autre. Dans les phases 2 et 3, elles vont dans le même sens et sont inversement proportionnelles dans les phases 4 et 5.

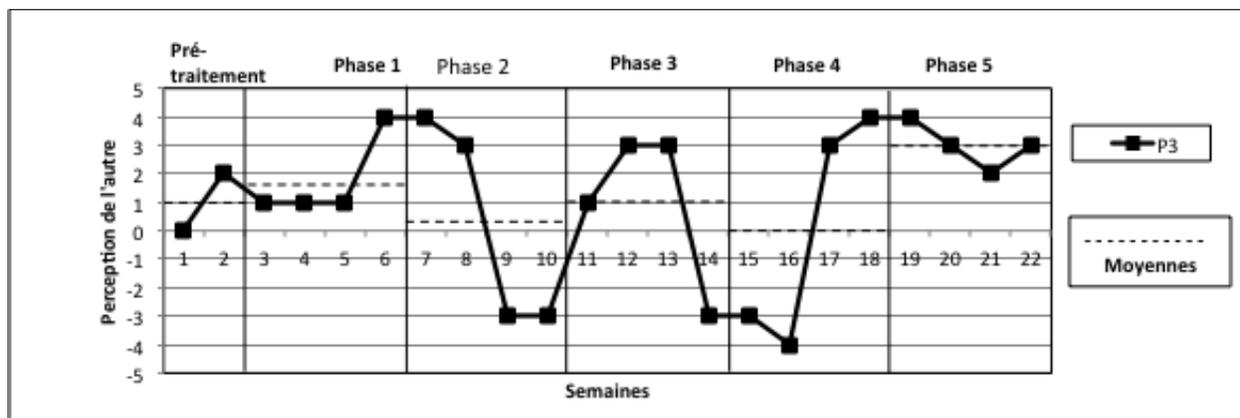


Figure 12. Autoévaluations hebdomadaires et moyennes par phase de la perception de l'autre pour la participante 3.

### Analyse exploratoire de l'effet de la PGRO sur trois composantes de l'expérience des participantes

Au moyen du diagnostic structural (Appendice G), effectué à quatre reprises du début jusqu'à la fin du traitement par la thérapeute-chercheuse, de l'information descriptive concernant les changements dans trois composantes de l'expérience des participantes correspondant aux fonctions du Self définies dans le modèle de la PGRO a été recueillie.

#### Participante 1

**Élargissement du registre des émotions.** Cette participante démontre en début de traitement une prédominance de tristesse, de fragilité, de douceur, un désir de bien faire les choses, de plaire et de répondre aux attentes extérieures ainsi qu'une tendance à se critiquer. L'affirmation de soi, l'opposition, la colère et le besoin de l'autre sont absents. Le diagnostic structural no 1 (Appendice G) effectué après la séance 3 en témoigne dans la section « Le Ça » : les émergences ». Graduellement, la participante a tendance à s'obstiner, comme noté dans le diagnostic structural no 2, section « Le Ça » effectué après la séance 9. Elle se sent encore fragile, blessée et seule et continue de pas ne reconnaître son besoin d'être aidée. L'obstination

continue de se manifester plus fortement, ainsi que la rigidité, l'agitation et l'anxiété, après la séance 15, comme décrites dans le diagnostic structural no 3, section « Le Ça ». Aussi, elle commence à tolérer un peu plus de ne pas pouvoir tout contrôler et elle est un peu plus ouverte à se laisser aider. La fragilité est encore apparente.

Le dernier diagnostic structural no 4 rempli après la vingtième séance identifie de nouvelles émergences : elle tolère plus les émotions en elle, sa vulnérabilité et son besoin d'approbation, comme décrit dans la section « Le Ça ». Par ailleurs, le besoin de contrôle semble amoindri, et une diminution de l'obstination est notée. Elle semble moins triste et anxieuse, plus calme. L'absence de l'expression de la colère persiste même en fin de traitement. Ainsi, après 20 séances de psychothérapie, la participante a accès à un spectre plus large d'affects et les tolère mieux puisqu'elle semble avoir moins besoin de les contrôler, ce qui donne de l'appui à l'hypothèse supplémentaire exploratoire 1, l'élargissement du registre des émotions, pour la première participante.

**Capacité accrue de recourir aux modes de régulation avec conscience de manière à prendre contact avec l'autre tout en étant en mesure de départager l'expérience interne de ce qui a lieu dans le champ courant.** Au début de la thérapie, elle semble avoir introjecté qu'elle doit toujours être capable de tout, et ce sans aide, comme il est noté dans le diagnostic structural no 1, section « Le Je : mécanismes de résistance ». Elle tend donc à projeter que l'autre exige beaucoup d'elle et elle défléchit les offres d'appui de l'extérieur. Elle rétrofléchit ainsi ses propres besoins de dépendance et de soutien et ressent peu toute sensation de fatigue et de fragilité. Elle tend à être confluente avec sa mère qu'elle admire et qui représente pour elle la détermination.

De cette manière, dans ses relations actuelles, elle a tendance à répondre sans limites aux demandes extérieures pour obtenir approbation et amour et finit par sentir qu'on abuse d'elle ce qui se traduit dans la relation thérapeutique par un désir de tout bien faire et une tendance à dépasser ses limites (section « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1, 2, 3 »). Les mécanismes de résistance se déploient de la même façon jusqu'à la séance 9, comme décrit dans le diagnostic structural no 2, section « Le Je » : elle a tendance à défléchir les interventions de la thérapeute-chercheuse qui pourraient accroître la conscience de ses modes de résistance et, de ce fait, l'obstination émerge plus. Ainsi, la mise en place d'un échange interpersonnel dans lequel l'un ou l'autre se met à s'obstiner pour avoir raison (section « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1, 2, 3 ») est observée. Graduellement, elle s'approprie un peu plus son perfectionnisme, est plus consciente qu'en projetant que l'autre est moins compétent (« l'autre n'a pas la meilleure façon de faire »), elle refuse l'aide extérieure, comme noté dans le diagnostic structural no 3, section « Le Je ». Elle commence à défléchir moins le soutien, tolère plus d'entendre des idées différentes des siennes et ressent davantage sa vulnérabilité et ses limites, car elle réfléchit moins ce vécu.

En fin de thérapie, la participante se différencie plus de l'autre et est de moins en moins confluente avec la figure maternelle qui valorise de ne pas ressentir et accomplir à tout prix (« il ne faut pas s'écouter »), comme noté dans le diagnostic structural no 4, section « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1, 2, 3 »). Elle se laisse plus toucher par l'autre en défléchissant moins, elle tolère mieux ses limites et son besoin de l'autre et elle projette moins que l'autre est moins efficace qu'elle, tel que décrit dans la section « Le Je » du dernier diagnostic structural. Elle manifeste plus de conscience de sa façon d'entrer en contact avec l'autre. Notamment comment ses exigences élevées envers elle-même l'ont amenée à refuser le soutien

externe et à croire qu'on lui en demande beaucoup, ce qui la fragilise (section « Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions »). Étant plus en mesure de départager son expérience interne (ses exigences) de ce qui se produit dans le champ courant (la bienveillance possible de l'autre), elle effectue des échanges différents, est moins portée à avoir raison et s'ouvre plus à l'autre, ce qui appuie l'hypothèse supplémentaire exploratoire 2, une capacité accrue de recourir aux modes de régulation avec conscience de manière à prendre contact avec l'autre tout en étant en mesure de départager l'expérience interne de ce qui se passe dans le champ courant, pour cette participante.

**Changements dans la structure et le contenu des représentations internes conscientisées de soi et de l'autre.** Comme décrit dans le diagnostic structural no 1, sections « Représentation de soi » et « Représentation de l'autre », la représentation de soi en début de traitement est plutôt négative : elle se voit faible, peu respectée, négligée et en besoin. Elle reconnaît cependant ce qu'elle considère être des qualités chez elle : travaillante, capable, exigeante et perfectionniste. La représentation de l'autre est aussi surtout négative, peu fiable, exigeante, insensible et rigide. Cependant, la bienveillance, l'attention à l'autre et la puissance sont évoquées, quand elle décrit son copain et sa mère. Les représentations de soi et de l'autre rapportées dans le diagnostic structural no 2 après la séance 9 sont sensiblement les mêmes, plutôt négatives. Elle a des limites qu'elle n'accepte pas, elle croit qu'elle ne mérite pas d'être reconnue dans sa souffrance et l'autre demeure insensible, exigeant et peu fiable (sections « Représentation de soi » et « Représentation de l'autre »). Après la séance 15, le diagnostic structural no 3 rapporte des changements, la représentation de soi se transforme : elle reconnaît ne pas avoir à tout contrôler, bien qu'elle ait souvent raison et se sente vulnérable, ayant parfois besoin de l'autre (section « Représentation de soi »). La représentation de l'autre change aussi, l'autre étant

perçu comme plus fiable bien qu'il ne soit pas toujours compétent (« n'a pas la meilleure façon de faire les choses », comme qu'énoncé dans la section « Représentation de l'autre »).

En effet, elle reconnaît plus son perfectionnisme, son besoin d'avoir raison, son indépendance et tolère mieux ses limites et son besoin d'appui, comme énoncé dans la section « Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions », ce qui a un impact sur ses représentations de soi. En parallèle, sa représentation de l'autre évolue aussi plus positivement. En fin de traitement, le diagnostic structural no 4 décrit des représentations plus nuancées. Elle voit maintenant plus positivement le fait d'avoir des limites, des émotions et d'éprouver de la sensibilité et perçoit de façon négative le fait de s'en demander trop et d'avoir besoin de tout contrôler, comme énoncé dans la section « Représentation de soi ». Pour ce qui est de la représentation de l'autre, il est perçu comme étant plus fiable et bienveillant quoiqu'il puisse aussi être exigeant, comme le traduit la section « Représentation de l'autre » de ce dernier diagnostic structural posé après la vingtième séance. Des changements importants dans ses représentations de soi et de l'autre, tant dans leur valence que dans leur contenu sont notés, ce qui confirme l'hypothèse supplémentaire exploratoire 3, changements dans la structure et le contenu des représentations internes conscientisées de soi et de l'autre, pour cette participante.

## **Participante 2**

**Élargissement du registre des émotions.** Au début de la thérapie, la participante manifeste de l'assurance, le sens de l'organisation, les exigences, la pression, l'indépendance et le contrôle sur ses émotions. Tout ce qui s'apparente à de la vulnérabilité, à des limites, à de la dépendance, au doute et à de l'expression des émotions n'émerge pas, comme cité dans le diagnostic structural no 1, section « Le Ça ». Après la neuvième séance, dans le diagnostic structural no 2, le contrôle, l'affirmation et l'indépendance sont de nouveau observés, mais le besoin

de retrouver un meilleur équilibre émerge ainsi que la difficulté à éprouver du plaisir et la présence de la fatigue (section « Le Ça »). Elle exprime sa grande fatigue, mais elle demeure très en contrôle de ses affects. Puis, apparaît l'expression de la déception et de la frustration face à ses limites, elle semble entêtée et tente de défier ses limites et n'accepte pas son état actuel, comme l'indiquent les observations collectées dans la section « Le Ça » du diagnostic structural no 3 posé après la quinzième séance.

En fin de traitement, elle semble plus spontanée et contrôle moins ses émotions de manière à ce que la tristesse émerge un peu; le ralentissement est plus acceptable et la flexibilité est davantage présente. Cependant, le besoin de contrôle des émotions demeure assez manifeste. Tant soit peu, en fin de traitement, la participante a accès à plus de sensations et d'émotions, par exemple, la tristesse, la déception, la frustration, ce qui appuie l'hypothèse supplémentaire exploratoire 1 pour la deuxième participante.

**Capacité accrue de recourir aux modes de régulation avec conscience de manière à prendre contact avec l'autre tout en étant en mesure de départager l'expérience interne de ce qui se passe dans le champ courant.** L'examen du diagnostic structural no 1, section « Le Je » permet d'identifier une introjection en ce qui concerne le thème : être capable de tout, et ce, sans limites. Elle a tendance à projeter que l'autre est démuné et incapable sans elle et se met ainsi beaucoup de pression et d'obligation. Elle tend à rétrofléchir l'expression des émotions et la vulnérabilité, parce qu'elle se doit de rester en contrôle et empêche ainsi l'autre d'avoir accès à son ressenti. Elle défléchit toute manifestation de soutien et d'aide. Elle est confluente avec une figure paternelle stricte et autoritaire.

Les modes de régulations fonctionnent de manière à ce qu'elle se laisse peu toucher par l'autre, elle se confie peu et elle se retrouve très seule avec ses difficultés dans différents contex-

tes de sa vie actuelle ainsi que dans la relation thérapeutique, comme il est indiqué dans la section « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1, 2, 3 ». En effet, elle introjecte peu ce que la thérapeute-chercheuse lui communique, défléchit les commentaires concernant ses fragilités actuelles, projette que les autres sont incapables sans elle et rétrofléchit l'expression des émotions de manière à ce que l'autre ait peu accès à elle (section « Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions »). Les modes de régulation fonctionnent de façon semblable suite à la séance 9. Le diagnostic structural no 2 relève l'introjection suivante : « je suis capable, efficace et exemplaire » (section « Le Je »). Elle projette que l'autre porte des jugements, va lui nuire ou est en besoin. Elle défléchit tout ce qui risque de remettre en question sa vision des choses et rétrofléchit les émotions et le besoin de l'autre.

Le diagnostic structural no 3 effectué après la séance 15 note que la participante est fortement habitée par la croyance « si tu veux tu peux » et introjecte peu ce qui va à l'encontre de cela (section « Le Je »). Elle continue de projeter que les autres ont besoin d'elle, car ils ne sont pas à la hauteur. Elle rétrofléchit les émotions, mais défléchit moins ce que la thérapeute-chercheuse lui apporte et admet avoir besoin d'elle pour s'en sortir. Elle s'implique dans moins d'activités, mais continue de s'appuyer peu sur l'autre, sauf dans la relation thérapeutique (section « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1, 2, 3 »).

En fin de traitement, suite à la séance 20, le diagnostic structural indique que la participante fait le deuil de « tout est possible » (section « Le Je »), introjecte un peu plus les interventions de la thérapeute-chercheuse. Graduellement, elle accepte davantage ses limites et défléchit moins tout ce qui pourrait commencer à éroder la perception de toute puissance qu'elle a entretenue. Elle rétrofléchit moins sa tristesse et éprouve plus ses limites personnelles. Elle craint moins que l'autre soit incapable de fonctionner sans elle, mais projette toujours qu'il sera déçu si elle ne

répond pas à ses attentes. Elle est plus flexible et ouverte à se remettre en question, est plus consciente de ce qu'elle exige d'elle et accepte davantage qu'elle ne soit pas indispensable. Elle commence à voir que l'autre peut contribuer de façon différente, mais tout aussi valable (sections « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1, 2, 3 » et « Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions »). Elle départage donc mieux ce qu'elle porte à l'interne (être indispensable) de ce qui existe dans le champ courant (l'autre est valable même s'il est différent). L'hypothèse supplémentaire exploratoire 2 est par conséquent soutenue par ces observations cliniques.

**Changements dans la structure et le contenu des représentations internes conscientisées de soi et de l'autre.** Comme noté dans le diagnostic structural no 1, sections « Représentation de soi » et « Représentation de l'autre », la représentation de soi en début de traitement est assez positive : assurée, capable, active, utile, presque indispensable. Les limites qu'elle ressent sont perçues comme un échec. La représentation de l'autre est essentiellement négative : autoritaire, contrôlant, faible, nuisible. Le seul qualificatif positif qui en ressort est la capacité d'écoute. Après la neuvième séance, le diagnostic structural no 2 indique que les représentations ont peu changé, à l'exception de l'apparition d'un aspect plus positif dans la représentation de l'autre qui est perçu comme pouvant l'aider à mieux se comprendre.

Peu à peu, les représentations se transforment et deviennent plus équilibrées. La représentation de soi commence à comporter des composantes négatives, comme le perfectionnisme et le haut niveau d'exigence, comme le rapporte le diagnostic structural no 3. Par ailleurs, la représentation de l'autre est un peu plus positive. L'autre est vu comme pouvant l'aider. À la fin de la thérapie, elle devient plus ouverte à s'intéresser à elle, elle accepte d'avoir des besoins et elle prend conscience qu'elle peut être bien sans être responsable de tout, ce qui étoffe sa représenta-

tion positive d'elle-même ( diagnostic structural no 4, section « Représentation de soi »). Elle continue cependant à avoir de la difficulté à accepter qu'elle ait des limites. Elle prend conscience qu'elle a de la difficulté avec l'intimité, qu'elle craint l'abandon, qu'elle est impulsive et qu'elle n'est pas toujours sensible à l'autre. Ces caractéristiques sont négatives à ses yeux. Ainsi, la représentation de soi, surtout positive en début de traitement, est maintenant composée de qualificatifs positifs et négatifs.

Le dernier diagnostic structural posé après la vingtième séance décrit une représentation de l'autre qui n'est plus essentiellement négative : il a de bonnes idées même si différentes des siennes. Elle accepte effectivement davantage les limites de l'autre, ce qui l'amène à réaliser que tout ne repose plus sur elle seule. Cependant, les qualificatifs négatifs suivants perdurent : l'autre est exigeant et peu fiable. Des changements dans les représentations conscientisées de soi et de l'autre sont observés et chacune devient plus équilibrée dans sa valence et ses contenus respectifs, ce qui apporte du soutien à l'hypothèse supplémentaire exploratoire 3.

### **Participant 3**

**Élargissement du registre des émotions.** La participante manifeste en début de traitement une grande fatigue, de l'épuisement, de la culpabilité par rapport à son état actuel, tout en demeurant très contrôlée dans l'expression des affects, comme rapporté dans la section « Le Ça » du diagnostic structural no 1. Petit à petit apparaissent la résignation face à ce qu'elle ressent et comment il est devenu impératif de ne dépendre que d'elle, tel que noté dans le diagnostic structural no 2, section « Le Ça ». Le contrôle des émotions et l'absence de besoins envers l'autre persistent. Après la séance 15, la résignation, la tristesse et le deuil de ce qu'elle était avant la dépression continuent à émerger ainsi que le désir nouveau de se soigner, pour retrouver ses forces et s'accueillir dans ses besoins, comme l'énonce le diagnostic structural no 3, section « Le

Ça ». Il est à noter que la colère n'émerge pas, et ce tout au long des observations effectuées. Après la dernière séance de thérapie, le diagnostic structural no 4 cite dans la section « Le Ça » un début d'expression d'assurance et d'affirmation de soi. Elle devient aussi plus empathique envers elle-même. Le besoin de l'autre émerge très peu; elle semble se fier qu'à elle-même pour s'en sortir. La tristesse et l'insatisfaction sont toujours manifestes. Ainsi, des changements dans l'expression des affects sont remarqués. La participante est surtout envahie par la culpabilité en début de traitement. Peu à peu, elle est en mesure de ressentir de l'acceptation et de l'empathie envers elle-même ainsi qu'une amorce de confiance en soi, appuyant ainsi l'hypothèse supplémentaire exploratoire 1.

**Capacité accrue de recourir aux modes de régulation avec conscience de manière à faire contact avec l'autre tout en étant en mesure de départager son expérience interne de ce qui a lieu dans le champ courant.** Le premier diagnostic structural posé après la troisième séance documente qu'elle semble avoir introjecté fortement qu'elle est seule au monde et doit se débrouiller seule dans la vie (section « Le Je »). Aussi, elle tend à rétrofléchir toute expression franche d'émotions et défléchit le soutien extérieur. Elle ne se laisse pas toucher facilement. Elle projette que l'autre n'a pas besoin d'elle et qu'elle ne compte pas pour l'autre. Elle est portée à être confluente avec autrui, elle s'ajuste plutôt qu'elle se différencie. Elle semble ainsi maintenir une distance émotionnelle avec l'autre de sorte que le lien se développe peu ou pas (section « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1, 2, 3 »).

Les modes de régulation conservent sensiblement le même fonctionnement, lors de l'évaluation du diagnostic structural no 2, tel que souligné dans la section « Le Je ». La distance avec l'autre se maintient dans la relation thérapeutique et dans celles du champ courant (sections « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1, 2, 3 » et « Comment les méca-

nismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions »). En cours de traitement, elle devient plus nuancée et prend conscience qu'il existe quelques personnes fiables sur lesquelles elle peut compter, si elle se le permet. L'examen du diagnostic structural no 3 (section « Le Je »), posé après la quinzième séance montre qu'elle défléchit un peu moins l'aide extérieure et reconnaît qu'il est bon de se laisser un peu porter par l'autre. La frustration émerge davantage, car elle la rétrofléchit moins, elle devient moins confluente avec l'autre et exprime sa différence un peu plus qu'avant. Cependant, elle se sent seule au monde et projette que l'autre n'est pas fiable et peut prendre avantage d'elle. Même si elle se laisse plus aider, elle reste sur ses gardes et doit toujours être prête à s'organiser par elle-même (sections « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1, 2, 3 » et « Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions »).

À la fin de la thérapie, le diagnostic structural révèle que l'introjection « je suis seule au monde » est moins absolue, car elle reconnaît la fiabilité de quelques personnes dans son entourage (section « Je »). Elle défléchit donc moins le soutien et prend conscience que ça lui fait du bien. Elle exprime plus ses frustrations et ses besoins. Ainsi, elle est plus accessible à l'autre dans la relation thérapeutique et dans ses relations courantes, mais demeure réservée dans l'expression de ses émotions (section « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1, 2, 3 »).

Elle comprend mieux alors comment elle transige avec l'autre et prend de nouveaux risques en se permettant d'aller plus vers lui. Elle discerne davantage son vécu interne (je dois me débrouiller seule) de ce qui se produit dans le champ courant (il y a des personnes fiables et bienveillantes qui me comprennent). Elle peut ainsi effectuer des ajustements plus satisfaisants lui permettant de récupérer. L'hypothèse supplémentaire exploratoire 2 est donc appuyée par les observations du diagnostic structural.

**Changements dans la structure et le contenu des représentations internes conscientisées de soi et de l'autre.** Le diagnostic structural no 1 effectué en début de traitement indique une représentation de soi plutôt négative, la participante ayant peu d'estime pour elle-même vu son état de grande fatigue et sa difficulté à fonctionner alors qu'avant l'épisode dépressif, elle se voyait comme indépendante, débrouillarde et solitaire (section « Représentation de soi »). La représentation de l'autre est également plutôt négative : peu fiable, imprévisible, irrespectueux et très peu compréhensif, mais mystérieux, intéressant et parfois présent (section « Représentation de l'autre »). Le diagnostic structural no 2 décrit une représentation de soi plutôt négative : elle a des limites, ne se sent pas intelligente, n'a pas le droit de faire des demandes à l'autre, est toujours capable seule. Elle se sent cependant bonne mère avec l'un de ses enfants (section « Représentation de soi »). La représentation de l'autre dans ce second diagnostic structural est très semblable à ce qui a été noté dans le premier, plutôt négative (section « Représentation de l'autre »).

Au cours des séances de psychothérapie, les représentations internes se modifient et après la quinzième séance, le diagnostic structural no 3 indique qu'elle accepte un peu plus son état de fragilité actuel, elle commence à considérer qu'elle mérite qu'on s'occupe d'elle, bien qu'elle soit capable de se débrouiller seule (section « Représentation de soi »). Elle se sent aussi compétente et bonne mère. Peu à peu, elle prend conscience du fait qu'elle peut être comprise et soutenue par quelques personnes et elle les perçoit alors comme étant généreuses et disponibles (section « Représentation de l'autre »). Sa représentation de l'autre est alors plus complexe et plus nuancée : elle voit les femmes comme généreuses et présentes et les hommes peu fiables et profiteurs. Ces représentations de soi et de l'autre sont maintenues en fin de traitement, comme l'indique le diagnostic structural 4, sections « Représentation de soi » et « Représentation de

l'autre ». Des changements dans ses représentations internes conscientisées sont donc notés, ce qui vient appuyer l'hypothèse supplémentaire exploratoire 3 pour cette participante.

En résumé, les trois hypothèses exploratoires sont appuyées pour les trois participantes par les observations notées par la thérapeute-chercheuse. Évidemment, les résultats des hypothèses exploratoires ne peuvent que suggérer des pistes à explorer davantage ultérieurement, compte tenu des limites méthodologiques importantes de l'instrument utilisé pour la collecte, le diagnostic structural, qui ont été discutées préalablement. Les hypothèses exploratoires retenues portent sur des changements dans trois composantes de l'expérience des sujets et correspondent aux trois fonctions du Self telles que définies en PGRO. Leur confirmation suggère des changements dans les fonctions du Self au cours du traitement de 20 séances. Elle vient appuyer aussi les observations cliniques recueillies dans le cadre d'une consultation avec des thérapeutes chevronnés en PGRO et qui concernent l'impact d'interventions dans la relation thérapeutique sur le vécu de leurs clients (Appendice D).

L'accès à un spectre plus large d'affects au fur et à mesure que la thérapie progresse est observé chez toutes les participantes. Des modifications dans leur mode de régulation menant à une plus grande capacité de distinguer et de nuancer leur expérience interne de ce qui a lieu lorsqu'elles sont en contact avec l'autre sont relevées, menant pour chacune à des échanges plus satisfaisants avec l'environnement. Enfin, des prises de conscience de leur mode singulier de fonctionnement génèrent des transformations dans leurs représentations de soi et de l'autre qui deviennent en cours de traitement plus nuancées et complexes. Après 20 séances de PGRO, ces changements observés dans l'expérience des sujets par la thérapeute témoignent possiblement de modifications dans le Self qui, semblent être en lien avec la réduction de la symptomatologie dépressive et des traits de personnalité pathologiques mesurée avec les instruments standardisés.

## **Discussion**

L'objectif principal de la présente recherche était d'évaluer l'efficacité de la PGRO dans le traitement du trouble dépressif majeur accompagné d'une pathologie de la personnalité. Comme la PGRO est initialement conçue et développée pour traiter la pathologie de la personnalité, l'étude de son application au trouble dépressif majeur en comorbidité avec une pathologie de la personnalité était proposée comme piste pertinente de recherche. Les deux hypothèses principales prévoyaient premièrement une diminution de la symptomatologie dépressive et deuxièmement, une diminution des traits de personnalité pathologiques, telles que mesurées par les instruments après 20 séances de PGRO et lors du suivi post-traitement de six mois. Dans le but d'enrichir la démarche présente sur le plan clinique et d'étoffer la connaissance des phénomènes mis en lien avec l'application de la PGRO au trouble dépressif majeur, trois hypothèses exploratoires ont été ajoutées :

- 1) un élargissement du registre des émotions,
- 2) une capacité accrue de recourir aux modes de régulation en toute conscience, de manière à faire contact avec l'autre tout en étant en mesure de distinguer son expérience interne de ce qui se passe dans le champ courant,
- 3) des changements dans la structure et le contenu des représentations de soi et de l'autre, tels qu'observés au moyen du diagnostic structural, effectué quatre fois en cours de traitement.

## **Mise en rapport des hypothèses principales et des résultats**

### **Hypothèse 1**

Une diminution de la symptomatologie dépressive chez les sujets après leur participation à 20 séances de PGRO était attendue. Cette hypothèse est corroborée pleinement, puisque les trois sujets ne répondent plus aux critères d'un épisode dépressif majeur à la fin du traitement et les effets se sont maintenus lors du suivi de six mois et du suivi téléphonique d'un an. De plus, les résultats des autoévaluations hebdomadaires des symptômes dépressifs appuient les évaluations psychométriques.

### **Hypothèse 2**

Une diminution des traits de personnalité pathologiques était anticipée après 20 séances de PGRO. Cette hypothèse fut également confirmée, puisqu'en fin de traitement, la diminution était de 33,33 % à 68,29 % et les effets se sont maintenus lors du suivi de six mois. Il est à noter que dans le cas des participantes 2 et 3, la diminution des traits de personnalité pathologiques a même continué après la fin de la psychothérapie, passant de 68,29 % à 80,49 % pour la participante 2 et de 33,33 % à 75 % pour la participante 3 entre le suivi post-traitement et celui de six mois après la fin de la psychothérapie.

## **Mise en rapport des hypothèses exploratoires et des résultats**

L'information descriptive recueillie quatre fois pendant le traitement par la thérapeute-chercheuse, sur trois composantes de l'expérience des participantes, vient enrichir et documenter la compréhension des processus de changement en procurant des repères expérientiels.

### **Hypothèse exploratoire 1**

Un élargissement du registre des émotions était prévu. Toutes les participantes font l'expérience d'une plus grande variété d'émotions en cours de thérapie. Le besoin de contrôler leurs

émotions diminue graduellement, d'une période d'observation à l'autre : elles ressentent et expriment plus d'affects. Il est à noter que chez les trois, la colère exprimée clairement et de façon soutenue ne fait pas partie du tableau d'affects éprouvés ou exprimés; des expressions voilées de frustration et d'obstination sont observées chez deux des trois participantes seulement. Or, l'absence de colère fait souvent partie de la dynamique dépressive (Clay, Anderson, & Dixon, 1993; Brody, Haaga, Kirk, & Solomon, 1999; Gilbert, Gilbert & Irons, 2004). L'hypothèse exploratoire 1 est ainsi appuyée par les observations au moyen du diagnostic structural.

### **Hypothèse exploratoire 2**

Une capacité accrue de recourir aux modes de régulation avec conscience de manière à prendre contact avec l'autre tout en étant en mesure de départager son expérience interne de ce qui a lieu dans le champ courant était attendue. Les observations effectuées quatre fois en cours de psychothérapie au moyen du diagnostic structural rapportent que les participantes deviennent peu à peu plus conscientes des modes de régulation qu'elles utilisent en transigeant avec l'autre. Cela leur permet de mieux saisir le processus qui mène à des impasses relationnelles alors qu'avant, cela se produisait plus à leur insu. Ces prises de conscience contribuent à graduellement modifier leurs modes de régulation et à faire l'expérience d'échanges différents, puisqu'elles sont plus en mesure de discerner leur réalité interne singulière de ce qui a lieu dans le champ courant. L'hypothèse exploratoire 2 est donc soutenue ici par les observations effectuées au moyen du diagnostic structural pour les trois sujets.

### **Hypothèse exploratoire 3**

Des changements dans la structure et le contenu des représentations internes de soi et de l'autre étaient anticipés. En cours de thérapie, des modifications dans les représentations de soi et de l'autre émergent pour les trois participantes. Des caractéristiques nouvelles apparaissent dans

les représentations qui deviennent plus nuancées et complexes. Aussi, des changements graduels dans la valeur des représentations de soi et de l'autre surgissent : par exemple, la participante 1 a une représentation de l'autre plutôt négative, lors de la première observation, alors qu'elle comporte des éléments positifs et négatifs à la fin de la psychothérapie, comme noté dans la quatrième observation au moyen du diagnostic structural. Aussi, des qualificatifs peuvent changer de valeur : pour la participante 3, avoir des besoins est perçu négativement au début du traitement, alors que dans la dernière observation au moyen du diagnostic structural, il est souligné qu'il est plus acceptable que l'autre prenne soin d'elle. L'hypothèse exploratoire 3 est donc soutenue par les observations au moyen du diagnostic structural pour les trois sujets.

Les implications scientifiques, théoriques et cliniques des résultats obtenus sont maintenant abordées. Les forces et les limites de la présente étude sont ensuite analysées. Finalement, des études futures sont proposées pour poursuivre le développement des connaissances dans ce domaine.

### **Évaluation d'une intervention PGRO à court terme**

Suite à un processus d'intervention à court terme de 20 séances, les hypothèses 1 (réduction de la symptomatologie dépressive) et 2 (réduction des traits de personnalité pathologiques) sont confirmées. Ces résultats soulignent l'efficacité de l'application de la PGRO dans un protocole de courte durée, soit 20 séances pour soigner un épisode dépressif majeur en comorbidité avec des traits de personnalité pathologiques.

Il est intéressant de constater que les résultats de cette recherche exploratoire vont dans le même sens que ceux obtenus par plusieurs approches brèves, telles les thérapie cognitive-comportementale, psychodynamique-interpersonnelle brève, interpersonnelle, EFT (Driessen et

al., 2010; Elkin et al., 1989; Elkin et al., 1995; Hollon et al., 1992; Honlon & Ponniah, 2010; Shapiro et al., 1994; Shapiro et al., 1995; Greenberg et al., 2007) dans le traitement des troubles dépressifs. Ces approches obtiennent aussi des changements significatifs suite à des processus d'intervention à court terme. Une approche est considérée efficace lorsqu'elle est supérieure à un traitement placebo ou alternatif et que les résultats sont répliqués dans au moins un autre contexte, critères remplis par les approches cognitive-comportementale et interpersonnelle. À ce jour, les approches psychodynamiques brèves et la EFT sont considérées possiblement efficaces, en attente d'études de réplication. La PGRO devra être soumise à des évaluations ultérieures afin d'obtenir une validation comparable à ces approches. Cependant, l'application de la PGRO à court terme a non seulement permis une diminution de la symptomatologie dépressive comme les autres traitements à court terme, mais aussi des traits de personnalité pathologiques. Plus encore, alors que pour plusieurs traitements à court terme les changements obtenus s'estompent avec le temps, dans le cas de la PGRO, ceux-ci se sont maintenus et parfois améliorés lors de l'évaluation de suivi de six mois autant pour la dépression que pour les traits de personnalité pathologiques.

Au niveau de la dépression, les trois participantes ne répondent plus aux critères d'épisode dépressif majeur lors des deux suivis d'évaluation post-traitement. Sur le plan des traits de personnalité pathologiques, elles ont toutes des diminutions lors du suivi post-traitement. Lors du suivi de six mois, les résultats s'améliorent pour les participantes 2 et 3; les traits de personnalité pathologiques diminuent encore après la fin de la thérapie tandis que pour la participante 1, le contraire est noté, soit une légère augmentation des traits de personnalité pathologiques. Il est possible que pour cette participante, un nombre de 20 séances n'ait pas été pas suffisant, pour assurer le maintien des gains au plan de la personnalité. Comparés à ceux des au-

tres participantes, ses traits de personnalité pathologiques sont plus nombreux et ont moins diminué, au suivi de 6 mois, car ils sont possiblement plus chronicisés et tenaces. Il se peut également que des limites thérapeutiques de la thérapeute-chercheuse soient en cause.

Par ailleurs, pour les participantes 2 et 3, il semble que les prises de conscience sur soi, les apprentissages et les ajustements résultant de la psychothérapie continuent à améliorer leur fonctionnement sur le plan de la personnalité, même une fois l'intervention terminée. Ce résultat va dans le même sens que ceux obtenus par cinq métaanalyses indépendantes (Abbass, Town, & Driessen, 2006; Andersen & Lambert, 1995; de Matt, de Jonghe, Shoeffers, & Dekker, 2009; Leichsenring & Rabung, 2008; Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004) qui démontrent non seulement un maintien, mais une augmentation des gains thérapeutiques suite à un traitement d'orientation psychodynamique. Pour leur part, Bateson et Fonagy (2008) observent le maintien des gains thérapeutiques lors d'un suivi de huit ans suite à un traitement de 18 mois de traitement basé sur la mentalisation auprès de troubles de personnalité limites. Shedler (2010) suggère qu'en plus des améliorations symptomatiques, des changements intrapsychiques sous-jacents expliqueraient ces résultats. Au-delà des symptômes, des modifications internes permettraient des changements durables et dynamiques. Les résultats obtenus dans l'application de la PGRO pourraient alors s'expliquer par l'importance accordée aux expériences internes comme la vie émotionnelle, la conscience de soi et des autres et aux dimensions relationnelles même dans un traitement de courte durée pour deux des trois clientes.

Une intervention de PGRO de durée restreinte génère non seulement des améliorations importantes, tant sur le plan de la symptomatologie dépressive que des traits de personnalité pathologiques, mais aussi les gains obtenus après la fin du processus thérapeutique pour deux clientes sur trois augmentent. Il s'agit d'un résultat étonnant étant donné que les recherches (Ha-

wley, Ho, Zuroff, & Blatt, 2006) indiquent que la réduction des symptômes dépressifs aurait lieu assez tôt en thérapie tandis que la diminution des traits dysfonctionnels serait plus graduelle et plus longue. De plus, il est bien documenté que la comorbidité du trouble dépressif majeur avec une pathologie de la personnalité complique la psychothérapie : la réponse au traitement est appauvrie et les délais de réponse sont plus longs (Morrison et al., 2003; Westen & Morrison, 2001). Les résultats présents vont dans ce sens puisque la dépression se résorbe à court terme alors que le travail sur la personnalité nécessite une intervention plus ou moins longue, dépendamment de la sévérité de la pathologie. Ce qui semble le cas pour l'une des trois clientes qui manifeste une diminution des traits de personnalité pathologiques suite à l'intervention et par la suite une légère augmentation. Ces différences entre les sujets suggèrent qu'un traitement à court terme peut être adéquat pour certains, mais insuffisant pour d'autres, qui ont des enjeux de personnalité plus sévères. Or, l'importance d'ajuster la psychothérapie aux difficultés singulières du client est affirmée abondamment par plusieurs auteurs. Des traitements plus intensifs, de plus longue durée sont nécessaires, quand le trouble dépressif majeur est concomitant à une pathologie de la personnalité plus sévère (Castonguay & Beutler, 2006; Roth & Fonagy, 2006; Thase, 2013). Il est permis de conclure que la diminution de la symptomatologie dépressive n'est pas nécessairement suffisante pour justifier la fin du traitement et que la prolongation peut approfondir et consolider le travail sur la personnalité et possiblement prévenir les rechutes.

À ce stade, il est important de nuancer les résultats obtenus à la lumière des limites méthodologiques de cette étude. Première considération à tenir compte, bien que toutes les participantes présentaient des traits de personnalité pathologiques, aucune ne répondait aux critères d'un trouble de personnalité comme tel. Les symptômes de l'axe 2 étaient sous-cliniques, ce qui a peut-être contribué à parvenir à de telles améliorations en un court laps de temps, car il est

raisonnable de concevoir qu'un travail de plus longue durée serait requis pour des pathologies plus sévères qui se caractérisent par des modes de fonctionnement plus rigides et chronicisés comme le soulignent plusieurs chercheurs (Castonguay & Beutler, 2006; Roth & Fonagy, 2006; Thase, 2013). Malgré cette situation, on peut observer que des modifications durables de traits de personnalité pathologiques ne correspondant pas aux critères de l'axe 2 pour une cliente sur trois semblent aussi nécessiter un travail de plus longue durée.

Une deuxième considération, dans cette étude exploratoire, des facteurs de validité interne n'ont pas été contrôlés, soit l'effet de la médication antidépressive, les circonstances de vie comme le fait d'être au repos, le simple passage du temps. C'est donc avec nuances et prudence que les résultats obtenus suite à l'application de la PGRO sont discutés comme pistes à confirmer ou à infirmer en comparaison avec des résultats de recherche reconnus comme valides et fiables.

Il s'agit d'une première étude sur l'efficacité de la PGRO sur le traitement du trouble dépressif majeur accompagné de traits de personnalité pathologiques. Bien que la PGRO soit une approche psychothérapeutique bien établie au Québec et ailleurs, en Europe, elle a malheureusement fait l'objet de très peu d'études de validation jusqu'à maintenant. La présente recherche procure des données préliminaires quant à son efficacité à traiter le trouble dépressif majeur, le travail sur la personnalité ayant un impact sur la symptomatologie dépressive.

### **Interaction personnalité et dépression**

Des auteurs s'interrogent sur les liens entre la personnalité et les symptômes de l'axe 1. Est-ce que les changements de traits de personnalité pathologiques amènent des modifications durables au-delà des symptômes ? D'autres auteurs préconisent que les changements symptoma-

tiques entraînent des changements de traits de personnalité. Les implications pour la psychothérapie sont importantes.

Dans la présente recherche, l'accent mis sur le traitement des traits de personnalité pathologiques dans l'application de la PGRO semble conduire à une réduction substantielle de la symptomatologie dépressive chez les trois participantes. Ces résultats peuvent suggérer que l'amélioration du fonctionnement de la personnalité, soit une baisse des traits pathologiques chez les trois sujets ait un impact significatif sur la dépression. En effet, les sujets ne répondent plus aux critères d'un épisode dépressif majeur lors du post-traitement. Comment expliquer pareils résultats ?

Ces résultats trouvent un appui substantiel dans certains modèles explicatifs décrits précédemment. Parmi ceux-ci, le plus reconnu scientifiquement est sans contredit le modèle de *vulnérabilité/prédisposition*. Ce modèle propose que des traits de personnalité mésadaptés prédisposent le sujet à la dépression (Klein et al., 2011). À partir de trois cas étudiés dans la présente recherche, il est possible de concevoir que l'amélioration du fonctionnement de la personnalité a eu un effet positif sur la diminution des symptômes dépressifs, comme le suggèrent plusieurs recherches (Shedler, 2010). Girard et Delisle (2012) décrivent la personnalité comme un axe pivot pouvant prédisposer aux symptômes de l'axe 1 et ainsi représenter des facteurs de risque. Les résultats obtenus dans cette étude viennent souligner que les traits de personnalité pathologiques, même sous-cliniques constituent des facteurs de vulnérabilité dont il est important de tenir compte dans le traitement de la dépression (Beck, 1987; Blatt, 1974; Blatt & Shichman, 1983; Kendler et al., 2004).

Par ailleurs, le modèle des *causes communes* (Klein et al., 2011), qui est aussi appuyé par l'état des connaissances actuelles pour expliquer la relation entre dépression et pathologie de la

personnalité, est également compatible avec la PGRO. Comme indiqué précédemment, ce modèle suggère que la dépression et la pathologie de la personnalité sont des entités distinctes, partageant cependant une étiologie commune. Il est donc envisageable que le travail effectué sur la personnalité ait une influence sur la dépression, considérant leur étiologie commune. Ceci expliquerait donc que même si les objectifs thérapeutiques ne visent pas directement la symptomatologie dépressive, cette dernière diminuerait, résultant du travail sur la personnalité, favorisant chez la cliente la prise de conscience de son fonctionnement singulier et l'expérience d'ajustements plus adaptatifs. Cependant, les concepts théoriques de la PGRO sont plus en phase avec le modèle de *vulnérabilité/prédisposition* qui explique mieux les résultats obtenus.

Par ailleurs, la présente recherche indique aussi que suite à la diminution de la symptomatologie dépressive, plusieurs traits semblent s'être atténués. Il est possible que la personnalité ait été affectée par la dépression chez les trois participantes. Les recherches suggèrent que ces changements sont temporaires (Klein et al., 2011). Selon le modèle de *l'état*, l'humeur dépressive exacerbe certains traits de personnalité temporairement, mais ne produit pas de changements durables. Le névrosisme/émotion négative, une dimension plus vaste de la personnalité associée à la dépression en est un exemple bien documenté : plusieurs recherches rapportent que le niveau de cette dimension augmente pendant l'épisode dépressif et diminue après la rémission puis reste stable (Ormel, Rosmalen, & Farmer, 2004; Ormel et al., 2013). Les modalités de la présente étude ne permettaient pas d'obtenir une mesure de la personnalité prémorbide des participantes : il n'est donc pas possible de vérifier si l'épisode dépressif a causé des changements durables sur le plan de la personnalité, comme le propose le modèle de la *complication/séquelles*, énonçant que le développement de traits de personnalité pathologiques serait la conséquence de la dépression. Cependant, aucune recherche rigoureuse ne supporte ce modèle. Les recherches actuelles suggè-

rent plutôt que les modifications apportées à la personnalité par la dépression sont temporaires (Ormel et al., 2013). Les diminutions des traits de personnalité pathologiques observées chez les trois participantes, une fois l'épisode dépressif résorbé, semblent donc appuyer davantage le modèle de *l'état*, la dépression modifiant temporairement la personnalité en causant l'exacerbation de certains traits seulement pendant l'épisode dépressif.

Ces observations sont en accord avec des données empiriques qui corroborent que les personnes déprimées ont tendance à avoir des pensées négatives et des attitudes dysfonctionnelles, qui, d'une part, varient selon la sévérité de l'humeur dépressive et, d'autre part, sont assez stables et intrinsèques à la personnalité de l'individu (Beevers & Miller, 2004; Zuroff, Blatt, Stanislow III, Bondi, & Pilkonis, 1999). Il est donc possible de faire l'hypothèse que les traits pathologiques qui se maintiennent au suivi post-traitement de six mois sont probablement assez stables, robustes et étaient possiblement présents avant l'épisode dépressif.

En ce sens, les résultats indiquent que malgré une diminution importante, des traits de personnalité obsessionnels-compulsifs perdurent chez deux des trois participantes. Le trouble obsessionnel-compulsif est l'un de ceux que l'on retrouve davantage en comorbidité avec le trouble dépressif majeur (Friborg et al., 2014; Mulder, 2002). Parmi les caractéristiques obsessionnelles-compulsives, on retrouve entre autres le perfectionnisme (DSM-IV-TR, APA, 2003). Or, le perfectionnisme, aussi nommé l'autocritique, est un trait de personnalité associé à la dépression (Beck, 1987; Blatt, 1974, 2004; Blatt & Shichman, 1983; Klein & al., 2011). En effet, ce trait est un facteur important qui prédit des épisodes dépressifs subséquents ainsi qu'une augmentation de la symptomatologie dépressive et affecterait la réponse à la psychothérapie (Zuroff, Mongrain, & Santor, 2004). Les attentes élevées envers soi, la crainte de l'échec, la critique excessive peuvent générer chez l'individu une pression et une insatisfaction chroniques, qui avec

le temps nourrissent un terrain fertile pour le développement d'un épisode dépressif. Il n'est donc pas surprenant de le retrouver chez deux des trois participantes (1 et 2), qui sont exigeantes envers elle-même, n'acceptent pas d'avoir des limites, cherchent le contrôle, éprouvent de la culpabilité, telles que décrites dans la présentation de l'échantillon ainsi que dans les observations recueillies dans les diagnostics structuraux (Appendice G). Ces participantes présentent un portrait clinique qui s'apparente à la dépression introjective décrite par Blatt (1974), soit : des exigences exagérées, de l'autocritique, du contrôle émotionnel, de la culpabilité.

### **Évolution en cours de traitement**

Pour tenter de s'approcher de l'expérience complexe des participantes, une description du processus thérapeutique telle rapportée par les clientes est proposée. Au-delà des similitudes et des différences entre les profils de chacune, une trajectoire bien singulière caractérise l'expérience unique de chacune des participantes.

Une évolution en dents de scie est observée chez deux des trois participantes en ce qui concerne les symptômes dépressifs et anxieux rapportés. De telles variations accompagnées d'une diminution graduelle des symptômes sont souvent caractéristiques de la trajectoire de l'épisode dépressif majeur en voie de rémission, chez la personne en psychothérapie. Les variations diurnes des symptômes dépressifs sont documentées depuis longtemps. Ainsi, il peut y avoir une accentuation de l'humeur dépressive le matin, une détérioration en après-midi ou même en soirée. Les variations diurnes sont peu homogènes d'un individu à l'autre et même chez la même personne au cours d'un épisode dépressif (Courtet & Olié, 2012; Wirz-Justice, 2008). De telles variations d'une semaine à l'autre sont effectivement rapportées dans les autoévaluations des symptômes dépressifs chez deux des trois participantes. Ainsi, il est possible que leur autoévalua-

tion ait varié en fonction de leur état au moment de la journée où elles remplissaient le questionnaire. De surcroît, le sujet vivant au cours du processus thérapeutique, des symptômes dépressifs tels que l'humeur triste, l'anhédonie, le découragement, la fatigue, la perte d'estime de soi peut avoir réagi plus que d'habitude à des événements de vie accentuant ainsi son état dépressif. Ainsi, pendant la semaine 12, la participante 3 est confrontée à la possibilité d'une rupture amoureuse, comme noté dans le diagnostic structural no 3, section « Représentation de l'autre » (Appendice G), et une hausse de la dépression (« extrêmement élevée ») est observée dans son autoévaluation hebdomadaire.

Même si le thérapeute cherche à soutenir le client dans des moments de stress ou de déstabilisation (Cozolino, 2002), des moments d'inconfort et de déséquilibre sont inévitables et même nécessaires pour favoriser le changement, en particulier quand des thèmes chargés émotionnellement sont explorés. Ainsi, la participante 2 rapporte plus de symptômes dépressifs et anxieux dans la dernière phase de la thérapie, période durant laquelle il est question de faire le deuil de « tout est possible pour moi », de faire face à ses limites et fragilités tel qu'observé dans le diagnostic structural no 4, sections « Le Je » et « Représentation de soi » (Appendice G).

Chez certains sujets, les symptômes anxieux vont de pair avec les symptômes dépressifs, comme dans le cas de la participante 2 chez qui l'augmentation des symptômes anxieux accompagne la hausse de la symptomatologie dépressive. Un niveau d'anxiété élevé fait partie du tableau clinique chez cette personne et peut possiblement expliquer ce qui est observé. Pour d'autres qui ne présentent pas une symptomatologie anxieuse sévère, ce n'est pas le cas : une hausse des symptômes dépressifs n'est pas nécessairement accompagnée d'une augmentation parallèle de l'anxiété. Néanmoins, malgré ces différences individuelles, les résultats corroborent

le fait que l'anxiété à des degrés variant d'une personne à l'autre fait souvent partie du tableau clinique dans un épisode dépressif majeur (Némeroff, 2002).

Les résultats de cette étude indiquent que deux des participantes ressentent une amélioration progressive des symptômes dépressifs et anxieux pendant la psychothérapie, alors qu'une autre se sent plus déprimée et anxieuse au fur et à mesure que la thérapie évolue et ne rapporte une amélioration qu'à la fin du traitement. La thérapeute-chercheuse observe que cette dernière contrôle ses émotions, elle dégage de l'assurance, de l'entêtement jusqu'au dernier quart de la thérapie et elle commence alors à exprimer plus de tristesse, est plus ouverte à l'autre, a moins de contrôle sur ses émotions, tel qu'inscrit dans les diagnostics structuraux nos 1, 2, 3, 4, section « Le Ça » de la participante 2 (Appendice G). Il est possible que cette participante ait manifesté plus de difficulté à accepter son état, ainsi les thèmes abordés en thérapie ont généré temporairement plus de symptômes dépressifs et anxieux. Remettre en question une modalité connue, habituelle d'être avec soi et avec l'autre est pénible; être confrontée à son organisation psychologique singulière; prendre conscience qu'elle peut contribuer à son insu à son état dépressif; se mobiliser pour modifier leur manière de penser, de percevoir et d'entrer en relation avec l'autre semble être un processus pouvant causer de l'inconfort et de la vulnérabilité chez cette participante comme l'indique l'augmentation des symptômes dépressifs et anxieux en cours de traitement.

Ces résultats descriptifs soulignent que l'expérience de sujets partageant un même diagnostic d'épisode dépressif majeur diffère considérablement quant à la façon de réagir au processus thérapeutique et aux enjeux qui sont soulevés, en particulier à cause de l'organisation singulière de la personnalité de chacune. Ces observations vont dans le même sens que plusieurs résultats de recherche. En effet, des données empiriques corroborent cette observation (Blatt,

Bondi, Sanislow III, Zuroff, & Pilkonis, 1998; Faza & Page, 2005; Hawley, Zuroff, Ho, & Blatt, 2006), d'où l'importance d'adapter l'intervention thérapeutique à chaque individu.

Lorsque la dépression et l'anxiété perçues diminuent, la perception de soi est plus positive. Ces données illustrent bien, entre autres, le lien entre l'humeur dépressive et la perception de soi, le sentiment de dévalorisation étant justement l'un des symptômes de l'épisode dépressif majeur (DSM-IV-TR, 2003; CIM-10, 2006; PDM, 2006). Ces résultats suggèrent que le travail thérapeutique centré sur la personnalité semble améliorer la perception de soi, qui à son tour a réduit la dépression et l'anxiété, comme le propose le modèle de *vulnérabilité/prédisposition* (Klein et al., 2011).

Les variations observées dans la perception de l'autre suivent aussi souvent celles des symptômes dépressifs et anxieux, suggérant que plus ces personnes sont déprimées, plus elles voient l'autre négativement. La vision négative de l'autre est en effet une manifestation de la personnalité dépressive (DSM-IV-TR, 2003; PDM, 2006). Par contre, dans le cas de la participante 3, il ne se dégage pas de relation claire entre la perception de l'autre et les symptômes dépressifs et anxieux. Le profil est irrégulier et variable d'une semaine à l'autre : sa perception de l'autre est peut-être affectée davantage par les perturbations relationnelles nombreuses du moment, reliées à une relation amoureuse instable (diagnostics structuraux nos 1, 2 et 3, section « Représentation de l'autre », Appendice G).

Il est intéressant de noter que les perceptions de soi et de l'autre rapportées chaque semaine par les participantes n'allaient pas toujours dans le même sens que les observations de la thérapeute-chercheuse. La participante 1 rapporte une perception de l'autre positive dans la phase 1 de la thérapie, alors que la thérapeute-chercheuse note une représentation de l'autre plutôt négative (diagnostic structural no 1, section « Représentation de l'autre », Appendice G). Comme

cette participante cherche à plaire à la thérapeute-chercheuse, comme l'indique le diagnostic structural no 1, section « le Ça : les émergences » (Appendice G), il est possible qu'elle ne soit pas à l'aise d'exposer des perceptions négatives de l'autre, sachant que la thérapeute-chercheuse en prendrait connaissance. Pour sa part, la participante 2 évalue sa perception de l'autre à moyennement positif dans la phase 1 de traitement, alors que la thérapeute-chercheuse a noté les qualificatifs négatifs de « autoritaire, contrôlant, faible, nuisible » (diagnostic structural no 1, section « Représentation de l'autre », Appendice G). Pour tenter d'expliquer cet écart de perception, les concepts de la PGRO suivants peuvent être utiles : chaque champ a une face interne, issue des représentations subjectives du client et une face externe, correspondant à la phénoménologie observable (Delisle, 1998). Il est donc possible que ces différences soient attribuables au fait qu'en début de traitement, les représentations internes soient si bien installées et rigides que le fait qu'autrui soit faible, contrôlant, nuisible est tellement normal pour elle qu'elle n'évalue pas ces caractéristiques négativement. Par ailleurs, il est important de rappeler que les observations de la thérapeute-chercheuse sont fondées sur ses perceptions qui sont de nature subjectives.

L'examen des ressemblances et différences dans les trajectoires des participantes quant aux symptômes dépressifs et anxieux, aux perceptions de soi et de l'autre permet ainsi d'avoir une perspective plus fine et précise de l'évolution et des changements au cours de l'intervention. Cette description enrichit et complète l'analyse des résultats psychométriques pré-post traitement.

### **Processus de changements thérapeutiques dans une intervention de courte durée de PGRO**

Les améliorations chez les trois participantes suggèrent que plusieurs composantes de la PGRO ont pu être appliquées à court terme et ainsi faciliter l'atteinte des objectifs thérapeutiques.

L'attention particulière à ce qui émerge dans la relation thérapeutique est centrale dans le modèle de PGRO : elle a procuré à la thérapeute-chercheuse, un accès pertinent au monde interne des trois participantes, permettant de s'approcher de leur expérience et d'en coconstruire le sens, encourageant ainsi les prises de conscience de leurs modes de régulation et des impasses de contact qui en découlent (travail dans les champs 1 et 2). Un exemple de cela est décrit dans le diagnostic structural no 1 de la participante 1, dans la section de reproduction des impasses (Appendice G) : elle met beaucoup de temps à répondre aux questionnaires pour l'étude, car elle veut bien faire et se fatigue davantage. La thérapeute-chercheuse l'aide à prendre conscience de son besoin de lui plaire et développe avec elle des affinités interchamps entre ce qui se passe dans la relation thérapeutique et ses relations courantes actuelles (champ3) : cette même participante essaie de satisfaire à tout prix les demandes de son supérieur dans le cadre de son travail pour obtenir l'approbation, comme noté dans le diagnostic structural no 1 (Appendice G).

Parfois, des affinités interchamps ont pu être élaborées avec leur histoire développementale (champ 4) : cette même participante 1 prend conscience qu'elle a dû répondre aux attentes d'une mère exigeante qu'elle admirait, tel qu'inscrit dans le diagnostic structural no 1, dans la section des « Facteurs de risque et de résilience » (Appendice G).

Certaines expériences réparatrices ont pu être vécues, comme dans le cas de la participante 2, qui a accepté d'être aidée par la thérapeute-chercheuse, comme décrit dans le diagnostic

structural no 3, dans la section de « Reproduction des impasses » (Appendice G) : elle accepte mieux les interventions de la thérapeute et admet avoir besoin d'elle pour s'en sortir.

Bien que le changement dans la structure de la personnalité requiert généralement des expériences thérapeutiques répétées de cycles de reproduction-reconnaissance-réparation pour bien s'encoder (Girard & Delisle, 2012), la mise en marche du repérage et du dénouement des impasses de contact peut s'effectuer et générer des changements dans une démarche de durée restreinte, quand la pathologie de la personnalité n'est pas sévère. Le travail en direct de ce qui émerge dans la relation thérapeutique qui est caractéristique à la PGRO permet possiblement un accès rapide à la dynamique du client, ce qui peut être un levier particulièrement puissant et efficace dans une psychothérapie à court terme. Ainsi, les résultats préliminaires obtenus apportent un appui à la pertinence d'appliquer la PGRO dans un cadre de durée restreinte avec des sujets ayant reçu un diagnostic d'épisode dépressif majeur accompagné de traits de personnalité pathologiques. Ils viennent corroborer les propos de Rochefort (2012) au sujet de la pertinence d'appliquer la PGRO dans un cadre de durée restreinte

### **Application de la PGRO et impact des principes supportés empiriquement pour le traitement de la dépression et des troubles de la personnalité**

L'efficacité des traitements thérapeutiques est essentiellement liée à l'application de ces principes supportés empiriquement (Castonguay & Beutler, 2006). Il devient donc pertinent d'examiner d'une part dans quelle mesure la PGRO a respecté ces principes liés au traitement de la dépression et des troubles de personnalité et d'autre part comment cette application permet d'expliquer les résultats obtenus.

Précédemment, il a été établi que les postulats de la PGRO (Delisle 1998; Girard & Delisle 2012) sont largement en concordance avec les principes reliés aux changements psychothérapeutiques dans les troubles dysphoriques et les troubles de la personnalité (Castonguay & Beutler, 2006). La mise en pratique de ces principes dans l'application de la PGRO apporte un éclairage complémentaire et une consolidation des plus pertinentes aux résultats obtenus. En prenant appui sur les données de l'étude, certains de ces principes sont maintenant présentés afin de démontrer comment ils ont été mis en pratique dans l'application de la PGRO dans la présente étude.

- Le degré de sévérité ou chronicité du problème ainsi que la comorbidité peuvent affecter l'efficacité du traitement, surtout en ce qui a trait à des interventions à court terme. Ainsi, plus le problème est grave et le fonctionnement sévèrement altéré, moins les traitements à court terme sont bénéfiques et dans le cas d'incapacité élevée, l'ajout de composantes thérapeutiques et un traitement plus à long terme sont indiqués (principes 3,4). Pour la participante 1, 20 séances de PGRO étaient probablement insuffisantes pour assurer le maintien des gains en ce qui a trait à la réduction des traits de personnalité pathologiques, puisqu'au suivi de six mois, ils avaient augmenté légèrement. Or, dans un contexte clinique habituel, la PGRO préconise d'ajuster les objectifs thérapeutiques en fonction des évaluations continues en cours de traitement (Girard, 2012).
- Les interventions choisies doivent correspondre au niveau d'assimilation du problème du client pour être bénéfiques (principe 7). Le dialogue herméneutique permet à la participante 3 de prendre conscience de la distance qu'elle met en place avec la thérapeute-chercheuse (champs 1, 2) et de faire le lien avec sa relation avec son copain à

qui elle se livre peu (champ3), comme l'indique le diagnostic structural no 2, section « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1, 2, 3, » (Appendice G).

- L'impact de la résistance du client sur les résultats du traitement et sur les façons de les influencer. Il appert que les interventions qui créent de la résistance comme l'excès de contrôle et de directivité n'améliorent pas les résultats du traitement, car cela diminue l'observance. On recommande alors que ces interventions soient inversement proportionnelles au degré de résistance du client (principes 8,9). La participante 2 démontre beaucoup de résistance à s'ouvrir à elle-même et à la thérapeute-chercheuse jusqu'au début du dernier quart du traitement, tel qu'illustré d'une part, dans la discordance entre l'évaluation au moyen des instruments de mesure diagnostiquant un épisode dépressif majeur et ses autoévaluations de symptômes dépressifs d'intensité faible, d'autre part, par les observations de la thérapeute-chercheuse dans les diagnostics structuraux nos 1, 2 et 3, section « le Ça » (Appendice G). Elle observe chez cette participante de l'assurance, du contrôle affectif, de l'affirmation, de l'entêtement. La thérapeute-chercheuse favorise la reproduction des impasses dans le champ 1, permettant à la participante de constater comment elle met en place un échange qui pourrait à la longue mettre la thérapeute en échec (diagnostic structural no 1, section « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1,2,3 », Appendice G). Puis, on constate que dans le diagnostic structural no 3, section des « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1, 2, 3 », que la participante accepte plus les interventions de la thérapeute-chercheuse. Cette évolution démontre que la thérapeute-chercheuse s'est ajustée au degré de résistance de la cliente, en intervenant plus lentement pour ne pas les exacerber.

- L'importance de l'alliance thérapeutique (principe 1). La thérapeute-chercheuse élabore des cycles de reproduction-reconnaissance-réparation avec la participante 1, processus qui repose sur une alliance de travail solide. Elle lui permet de s'obstiner avec elle, d'en prendre conscience et en coconstruire le sens, de sorte qu'à la fin de la psychothérapie, elle se laisse plus toucher par la thérapeute-chercheuse (diagnostics structuraux nos 1, 2, 3 et 4, sections de « Reproduction des impasses dans les champs 1, 2, 3 » et de « Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions », Appendice G).
- L'autorévélation de la part du thérapeute est aidante surtout, lorsqu'elle vise à rassurer et à soutenir plutôt qu'à confronter (principe 10). La thérapeute-chercheuse partage avec la participante 3 son impression d'être gardée à distance et de souhaiter mieux la connaître, comme décrit dans le diagnostic structural no 2, section « Reproductions des impasses dans les relations des champs 1, 2, 3 ».
- Les méthodes doivent faciliter le développement de mécanismes adaptatifs (principe 3). Un exemple de cela est donné dans le diagnostic structural no 4, sections « Représentation de l'autre » et « Reproductions des impasses dans les champs 1, 2, 3 » de la participante 2, qui arrive à s'ouvrir plus et accepter ce qui vient d'elle. C'est un exemple de réparation, d'ajustement créateur.
- L'identification des patterns affectifs, cognitifs et comportementaux qui contribuent au maintien et à la chronicité du problème (principe 4). Lorsque la thérapeute-chercheuse aide la participante 1 à prendre conscience de sa tendance à s'opposer à elle (reproduction et reconnaissance), de manifester un comportement semblable avec

son supérieur (affinité interchamps), cela lui permet d'identifier les impasses chroniques qu'elle met en place.

- Le traitement efficace inclut l'identification et la remise en question des pensées dysfonctionnelles et des croyances de fond négatives (principe 7). Au départ, la participante 1 se voit comme étant capable, exigeante, qui ne mérite pas que l'on s'occupe d'elle et voit l'autre comme étant insensible, peu fiable et exigeant. À la fin de l'intervention, elle se voit comme étant sensible qui s'en demande trop et conçoit que l'autre puisse avoir de bonnes intentions et être fiable. Nous sommes ainsi témoins de changements dans la fonction « Personnalité » chez cette participante.
- Encourager l'auto-exploration (principe 12). Toutes les participantes sont amenées à s'observer, s'interroger sur leurs pensées, émotions, comportements afin de devenir plus conscientes de leurs modes de régulation de contact avec l'autre et de leurs contributions dans les impasses qu'elles vivent pour éventuellement les dénouer. Les changements observés d'un diagnostic structural à l'autre témoignent de cette auto-exploration toujours présente en PGRO. Par exemple, au début de la psychothérapie, la participante 1 projette ses exigences élevées sur l'autre, elle défléchit l'aide et elle réfléchit ses besoins (diagnostic structural no 1, section « Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions », Appendice G). Après la quinzième séance, elle accepte plus le soutien, s'approprie davantage son perfectionisme, réfléchit moins ses sentiments (diagnostic structural no 3, section « Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions »).
- L'importance du travail de l'expérience émotionnelle, le changement étant optimisé en aidant le client à accepter, à tolérer et à parfois, ressentir pleinement ses émotions

et, aussi, à améliorer sa maîtrise émotionnelle (principes 13,14). Des changements dans l'expérience émotionnelle des participantes ont été observés, comme le rapportent les diagnostics structuraux, notamment dans l'évolution de la section « le Ça : les émergences ». Par exemple, la participante 2 contrôle ses affects en début de traitement (diagnostic structural no 1, section « le Ça : les émergences », Appendice G) et exprime de la tristesse dans la dernière partie de psychothérapie (diagnostic structural no 4, section « le Ça : les émergences »).

Ces exemples illustrent comment plusieurs principes empiriquement associés aux changements thérapeutiques dans les troubles dysphoriques et les troubles de personnalité (Castonguay & Beutler, 2006) contribuent à la compréhension des résultats obtenus par la PGRO. L'examen de ces principes fait ressortir l'importance des interventions relationnelles. Dans l'application de la PGRO dans cette étude, la thérapeute-chercheuse utilise ce qu'elle pense, ressent dans la relation thérapeutique, le transmet de façon assimilable aux participantes afin de favoriser en elles la prise de conscience de leur fonctionnement singulier mésadapté. Elle propose des liens avec des impasses chronicisées dans leurs vies contemporaine et possiblement passée selon le cas et ensuite suggère l'expérience d'ajustements plus satisfaisants d'abord à l'intérieur même de la relation thérapeutique. Il est donc possible que ce type d'interventions relationnelles utilisé en PGRO soit particulièrement efficace pour modifier le fonctionnement intrapsychique, tel que l'illustrent les changements dans les trois composantes de l'expérience, qui à leur tour se manifesteraient par une diminution des traits de personnalité pathologiques et de la dépression. En effet, les trois composantes de l'expérience qui ont été observées correspondent aux trois fonctions du Self telles que définies par la PGRO : la fonction « Ça », la fonction « Je » et la fonction « Personnalité ». Selon la théorie de la PGRO, le Self tendrait vers un fonc-

tionnement plus unifié, menant à des ajustements moins rigides, chroniques et plus adaptés (Deli-sle, 1998). Ce fonctionnement plus adapté du Self se manifesterait par la réduction de la symptomatologie dépressive et des traits de personnalité pathologiques.

Malgré le fait qu'elles sont issues de courants théoriques différents, les approches validées dans le traitement de la pathologie de la personnalité ont toutes en commun la dimension relationnelle, la relation thérapeutique étant considérée comme étant un levier de changement. Elles priorisent toutes, d'une manière ou d'une autre, l'engagement du thérapeute, l'attention à ce qui se passe dans la relation thérapeutique, la régulation affective, la mentalisation (Bateman & Fonagy, 2009; Clarkin et al., 2007; Linehan, 1993; Masterson, 2000; Young, Weishaar, & Klosko, 2003). La PGRO préconise plusieurs de ces caractéristiques relationnelles qui semblent être au cœur des changements sur le plan de la personnalité, qui évolue dans le contexte d'un échange intersubjectif.

Les résultats de la présente étude posent ainsi les premiers jalons de l'étude de l'efficacité de la PGRO à traiter un épisode dépressif majeur en comorbidité avec des traits de personnalité pathologiques, dans un cadre de durée restreinte et suggèrent qu'elle soit possiblement aussi efficace que d'autres approches brèves, ayant déjà été validées pour le traitement du trouble dépressif majeur. Ils appuient aussi le fait que le traitement doit être possiblement plus long et se prolonger, une fois l'épisode dépressif résorbé, dépendamment de la gravité de la pathologie de personnalité, ce qui est conforme à l'état des connaissances actuelles. En travaillant directement sur la personnalité, la dépression a diminué, ce qui apporte un soutien empirique additionnel au modèle de *vulnérabilité/prédisposition*, qui concorde avec les prémisses théoriques de la PGRO. Par contre, la dépression, elle, ne produirait pas de modifications durables sur la personnalité, ce qui soutient le modèle de l'état, aussi supporté par l'état des connaissances actuelles. Parmi les

traits de personnalité associés au trouble dépressif majeur, les traits obsessionnels-compulsifs ressortent davantage et cela confirme que ces dimensions d'autocritique, de perfectionnisme sont souvent des facteurs de vulnérabilité à la dépression. L'évolution de chaque participante pendant l'intervention est singulière, d'où la pertinence d'adapter le traitement à chacune. Puis, les données collectées confirment que plusieurs principes associés à l'efficacité thérapeutique ont pu être appliqués, ce qui appuie son utilité à traiter un trouble dépressif majeur en comorbidité avec une pathologie de la personnalité et il appert que les composantes relationnelles de la PGRO ont possiblement un rôle important à jouer dans le processus de changement. Enfin, plusieurs éléments de la PGRO ont pu être utilisés, soutenant son adaptation à un cadre de durée restreinte.

Par ailleurs, la grille d'évaluation de l'adhésion à l'approche qui a été développée pour les besoins de la présente étude pourra être utile dans des recherches futures ou à des fins cliniques, en supervision, par exemple, pour évaluer la conformité au modèle PGRO. Finalement, l'exécution de cette recherche a contribué au développement des compétences professionnelles de l'étudiante, en lui donnant l'occasion d'approfondir ses connaissances théorico-cliniques et de développer son sens critique.

### **Forces et limites**

C'est une première étude sur l'efficacité de la PGRO dans le traitement du trouble dépressif majeur. L'utilisation d'une évaluation multimodale comprenant l'administration du SCID au moyen d'une entrevue semi-structurée en plus des mesures d'autoévaluation, a été complétée par le recours à des évaluations hebdomadaires qui a pu enrichir les résultats psychométriques obtenus. Notamment, les évaluations hebdomadaires ont procuré de l'information longitudinale sur le processus de chaque participante pendant l'intervention.

Cette étude a utilisé des instruments valides et fiables pour les évaluations pré-traitement et post-traitement. Ces évaluations ont été effectuées par une psychologue expérimentée indépendante. De même, la fidélité au traitement a été assurée par la vérification de la conformité à l'approche par une psychologue indépendante expérimentée et formée en PGRO. La thérapie a été menée par une psychologue clinicienne d'expérience. Les sujets ont eu la même thérapeute, ce qui élimine les variations qui auraient pu être causées par la prestation de la thérapie par des intervenants différents. Finalement, la réalisation de cette étude en milieu clinique réel dans le cadre d'une pratique habituelle et reconnue, souligne sa pertinence clinique. Compte tenu de la nature exploratoire de cette étude, un soin particulier a été accordé à établir des concordances entre les résultats de recherche et les résultats de recherche les plus probants, comme le recommandent plusieurs chercheurs.

Par ailleurs, cette étude comporte des limites méthodologiques qui méritent d'être soulignées pour bien contextualiser les résultats obtenus. Il s'agit d'une étude préexpérimentale de nature exploratoire. Malgré la richesse clinique des observations obtenues tout au long du processus, ces observations ayant été faites uniquement par la thérapeute-chercheuse risquent de manquer de fiabilité qu'on aurait obtenue avec deux juges indépendants. Ainsi, dans l'utilisation du diagnostic structural, la thérapeute-chercheuse a rempli cette grille tout en connaissant les hypothèses, d'où la possibilité de biais systématique et de conflit d'intérêts. En effet, la thérapeute-chercheuse privilégiant la PGRO comme approche, il se peut que son allégeance à l'approche ait eu un impact sur ses observations. D'autre part, les données collectées à partir de cet instrument sont subjectives et il n'est donc pas possible d'en assurer la validité ni la fiabilité. Afin d'enrichir la compréhension des phénomènes en cause dans l'application de la PGRO dans ce

contexte, nous tenions toutefois à les exploiter et pour pallier aux limites de l'instrument, nous avons utilisé les données collectées du diagnostic structural qu'à des fins exploratoires.

Aussi, il n'y a pas eu de vérification explicite concernant la participation des sujets à d'autres thérapies après la fin du traitement et il aurait été sans doute pertinent de le faire. Néanmoins, la psychologue-évaluatrice responsable des évaluations post-traitement affirme qu'aucune des participantes n'a dit avoir suivi une autre thérapie à la suite de la fin du traitement.

Les trois participantes sont de sexe féminin. Il est reconnu que les femmes ont un risque significativement plus élevé de développer un épisode dépressif majeur que les hommes (DSM-IV-TR 2003). Cependant, l'état des connaissances sur le trouble dépressif majeur n'identifie pas de réponse différentielle au traitement reliée au sexe du sujet (Castonguay & Beutler, 2006). Bien que la taille de l'échantillon soit acceptable pour un essai doctoral, l'étude de trois sujets permet une analyse intensive, mais limite la généralisation des résultats. Le fait que la même thérapeute ait dispensé le traitement constitue aussi une limite de cette étude, puisqu'on ne peut pas discerner les facteurs reliés à l'approche de ceux en lien avec les caractéristiques de cette thérapeute.

L'absence de toute forme de sujets contrôle combinée au manque de contrôle des effets comme la médication antidépressive, les circonstances de vie comme le fait d'être au repos, le simple passage du temps ne permet pas de conclure à l'effet de la PGRO. Enfin, la petite taille de l'échantillon limite la généralisation des conclusions de l'étude, bien qu'elle a été jugée raisonnable relatif à l'ampleur visée de la présente recherche. C'est donc avec nuances et prudence que les résultats obtenus suite à l'application de la PGRO sont discutés comme des pistes à confirmer ou à infirmer en comparaison à des résultats de recherche valides et fiables.

### Études futures

Des études portant sur l'efficacité de la PGRO dans le traitement du trouble dépressif majeur sont indiquées et souhaitables, afin de corroborer les résultats obtenus et poursuivre les étapes de validation. Il serait important de répéter la présente étude en utilisant un échantillon plus large dans le but d'accroître la validité interne et la généralisation des résultats obtenus. Il serait aussi indiqué de répliquer cette étude en utilisant d'autres thérapeutes possédant une expérience et une formation équivalentes à celles de la thérapeute-chercheuse. Il serait souhaitable de fixer des critères minimaux de compétences. Des essais randomisés contrôlés qui effectuent la comparaison avec un groupe sans traitement et avec un groupe suivant une autre approche déjà validée empiriquement sont recommandés. Les suivis post-traitement devraient être allongés afin de vérifier si les changements se maintiennent sur une plus longue période que six mois et un an.

Aussi, une étude future pourrait chercher à pallier aux limites de l'instrument de mesure du diagnostic structural, en soumettant, par exemple, les observations de la thérapeute-chercheuse à la vérification d'autres thérapeutes afin d'établir une fidélité interjuges.

Par ailleurs, la recherche future devrait inclure un protocole de traitement plus long, afin d'évaluer l'impact d'une intervention de plus de 20 séances sur les facteurs de vulnérabilité en lien avec la personnalité. Il serait aussi intéressant d'ajouter une mesure de l'alliance thérapeutique, qui est une pierre angulaire du changement dans le traitement de la dépression ainsi qu'un concept central en PGRO.

Aussi, l'application de la PGRO à d'autres troubles, tels les troubles anxieux constitue un champ de recherche pertinent dans l'avenir.

Enfin, des études futures pourraient examiner l'impact des composantes de la PGRO dans le processus de changement, par exemple, le travail explicite de la relation thérapeutique,

les cycles de reproduction-reconnaissance-réparation, les transitions inter-champs, afin de mieux identifier les caractéristiques de cette approche qui peuvent contribuer à son efficacité.

## **Conclusion**

Prenant appui sur un modèle étiologique rigoureux de la dépression présentant des traits de personnalité pathologiques comme facteurs de vulnérabilité, l'objectif de cette étude était de procéder à l'évaluation de l'application de la PGRO au trouble dépressif majeur accompagné d'une pathologie de la personnalité, dans un milieu clinique naturel. Cette recherche exploratoire de séries de cas avec mesures répétées a fourni des données préliminaires qui appuient l'efficacité d'une intervention à court terme de la PGRO à traiter un épisode dépressif majeur accompagné d'une pathologie de la personnalité.

Suite aux 20 séances de PGRO et lors du suivi, aucun des sujets ne remplissait les critères d'un épisode dépressif majeur et les traits de personnalité pathologiques avaient diminué de façon significative chez toutes les participantes. Les résultats suggèrent que la réduction des traits de personnalité pathologiques entraîne une diminution de la symptomatologie dépressive. Ces données viennent appuyer le modèle de *prédisposition/vulnérabilité* et soulignent l'importance primordiale du travail thérapeutique sur la personnalité dans l'élaboration du traitement touchant la dépression.

De façon globale, les variations interindividuelles des réponses au traitement font ressortir l'importance de tenir compte de la singularité de chaque personne dans l'application du traitement. En particulier, il semble déterminant d'ajuster la durée du traitement en fonction de la sévérité de la pathologie de la personnalité.

Les données qualitatives exploratoires suggèrent que des changements obtenus dans l'expérience des sujets correspondant à des modifications dans le fonctionnement du Self tel que défini par la PGRO peuvent être mis en lien pertinent avec la diminution de la symptomatologie dépressive et des traits de personnalité pathologiques. Le processus d'application de la PGRO repose d'abord sur des interventions de type relationnel qui constituent les facteurs les plus déterminants dans le traitement des pathologies de la personnalité, comme le soulignent Castonguay et Beutler (2006).

En somme, ces résultats ouvrent définitivement la voie à la poursuite de recherches sur l'efficacité de la PGRO en ce qui concerne le traitement du trouble dépressif majeur en comorbidité avec une pathologie de la personnalité. Cette première étude exploratoire invite d'une part à préciser la compréhension des interactions des symptômes dépressifs et des traits de personnalité pathologiques et d'autre part à poursuivre au-delà des résultats globaux d'efficacité, l'étude des processus de changement thérapeutique pouvant contribuer à l'amélioration des modèles d'intervention.

## Références

- Aardema, F., Emmelkamp, P.M.G., & O'Connor, K.P. (2005). Inferential confusion, cognitive change and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 337-345.
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy : A meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20 (2), 97-108.
- American Psychiatric Association.(2003). DSM-IV-TR: *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd.) (Texte révisé, version internationale) (Washington, DC, 2000). Traduction française par J.D . Guelfi et M.A. Crocq, Paris: Masson.
- American Psychiatric Association.(2014). Evidence-based case study, Washington, DC.
- Andersen, E. M., & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514.
- Ballenger, G. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. G., Borkovec, T. D., Rickels, K. ... Wittchen, H. Y. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (11), 53-58.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an eighteen month follow up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of mentalization treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-64.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. B., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1998). *BDI-II, Inventaire de Dépression de Beck* (2<sup>e</sup> édition). Toronto: Harcourt Assessment.

- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *BAI, Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Beevers, C.G. & Miller, I.W. (2004). Depression related negative cognition: Mood-state and trait independence properties. *Cognitive Therapy and Research, 28* ( 3), 293-307.
- Benjamin, L. & Strand, J. (1998). Recognizing comorbid personality disorder can help manage and treat the “untreatable”. *Psychiatric Clinics of North America, 21* (4), 775-789.
- Benedetti, F., Barbini, B., Colombo, C., Campori, R., & Smeraldi (1996). Infradian mood fluctuations during a major depressive episode. *Journal of Affective Disorders, 41*, 81-87.
- Beutler, L.E. (2010). Facteurs thérapeutiques des troubles de l’humeur. *Cahier recherche et pratique, OPQ, 1* ( 2), 10-13.
- Beutler, L.E., Castonguay, L.G., & Follette, W.C. (2006). Therapeutic factors in dysphoric disorders. *Journal of Clinical Psychology, 62* (5), 639-647.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C. & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. It’s relationship to clinical depression. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 50-59.
- Blanco, C., Alegria, A. A., Liu, S., Davies, C ... Nunes, E. V. (2012). Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorder and substance-induced depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 73* (6), 865-873.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child, 29*, 107-157.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of Depression – Theoretical, clinical and research perspectives*. American Psychological Association, Washington DC.
- Blatt, S.J., Bondi, C.M., Sanislow III, C.A., Zuroff, D.C. & Pilkonis, P.A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analysis of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (2), 423-428.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought, 6*, 187-254.

- Brody, C.L., Haaga, D.A.F, Kirk, L., & Solomon, A. (1999). Experiences in people who have recovered from depression and never-depressed people. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(7), 400-405.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Brown, G.W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16 (4), 813-831.
- Cascalenda, N., Perry, J. C., & Looper, K. (2002). Remission in major depressive disorder: A comparison of psychotherapy, pharmacotherapy, and control conditions. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1354-1360.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships and technique factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 631-638.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., & Wesseley, S. (2001). A systematic review of controlled trials on the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments of depression. *Health Technology Assessment*, 5, 1-173.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 922-928.
- Clay, D.L., Anderson, W.P., & Dixon, W.A.. (1993). Relationship between anger expression and stress in predicting depression. *Journal of Counseling and Development*, 72 ( 1), 91-94.
- Cloninger, C., Svakic, D., & Przbvbeck, T. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General psychiatry*, 50, 975-990.
- Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2141-2147.
- Costa, P. T. & McRae R. R. (1990). Personality disorders and the five factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371.
- Courtet, P., & Olié, E. (2012). Circadian dimension and severity of depression. *European Neuropsychopharmacology*, 22( 3), 5476-5481.
- Cozolino, L. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy*. New York, NY: Norton.

- Critchfield, K. L., & Benjamin, L. S. (2006). Integration of therapeutic factors in treating personality disorders. Dans L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds), *Principles of therapeutic change that work* (pp 253-271). New York, NY: Oxford University Press.
- Davidson, R. J. (2000). Affective style, mood, and anxiety disorders: an affective neuroscience approach. Dans R. J. Davidson (Ed.), *Anxiety, Depression and Emotion* (pp 88-108). New York, NY: Oxford University Press.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal, Québec: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité*. Montréal, Québec: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2007). Une neurodynamique du Self en dialogue herméneutique. *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 111-137.
- Delisle, G. (2012). Le consentement libre et éclairé: Un contrat spécifique au traitement. Dans L. Girard et G. Delisle (Éds.), *La Psychothérapie du lien – Genèse et continuité* (pp. 169-177). Montréal, Québec: Les Éditions du C.I.G.
- Delisle, G. & Girard, L (2012). *La psychothérapie gestaltiste des relations d'objet: état des lieux*. Dans L. Girard et G. Delisle (Éds.), *La Psychothérapie du lien – genèse et continuité* (pp. 21-42). Montréal, Québec: Les Éditions du C.I.G.
- De Matt, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy : A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1-23.
- Dressen, L., & Arntz, A. (1998). Short interval test-retest interrater reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II) in outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 12, 138-148.
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S.C.M., Abbass, A.A., de Jonghe, F. & Dekker, J.J.M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 1, 25-36.
- Drouin, M.S. (2008). La psychothérapie gestaltiste des relations d'objet et les données probantes. *Revue québécoise de Gestalt*, 11, 157-173.
- Eaton, W. W., Kalaydjian, A., Sharfstein, D. O., Mesuk, B., & Ding, Y. (2007). Prevalence and incidence of depressive disorder: The Baltimore ECA follow-up, 1981-2004. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 182-188.

- Elkin, E., Gibbons, R. D., Shea, M. T., Sotsky, S. M., Watkins, R. J., Piconis, P. A., & Edeker, D. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 841-847.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D.R. ...Parloff, M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry, 46*, 971-982.
- Ellison, J.A., Greenberg, L.S., Goldman, R.N. & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 103-112.
- Emmelkamp, P.M.G., Van Noppen, P., & Van Balkom, A.J.L.M. (2002). Cognitive changes in patients obsessive-compulsive rituals treated with exposure in vivo and response prevention. Dans Frost, R.O., & Steketee, G. (Éds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions* (pp. 301-401). Oxford, UK: Elsevier.
- Fanous, A.H., Neale, M.C., Aggen, S.H., & Kendler, K.S. (2007). A longitudinal study of personality and major depression in a population-based sample of male twins. *Psychological Medicine, 37*, 1163-1172.
- Faza, N. & Page, S. (2005). Two distinctive personality configurations: Understanding the therapeutic context with suicidal individuals. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 35*(4), 331-346.
- Fernandez-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Tozzi, F., Thornton, L. M., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., ... Bulik, C. M. (2007). Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41, 1*, 24-31.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1995). *Structured clinical interview of DSM-IV Axis II personality disorders (SCID I)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview of DSM-IV Axis II personality disorders (SCID II)*. Washington DC: American Psychological Association.
- Fonagy, P. (1999). Process and outcome in mental health care delivery: A model approach to treatment evaluation. *Bulletin of the Meninger Clinic, 63*, 288-304.
- Freeston, M.H. & O'Connor, K.P. (1997). L'auto-enregistrement pour les études sur le toc: guide d'instruction pour le thérapeute. Montréal, Québec: Centre de recherche Fernand-Séguin.

- Friborg, O., Martinson, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgard, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders, 152 – 154*, 1-11.
- Gilbert, P., Gilbert, J., Irons, C. (2004). *Life events, entrapments and arrested anger in depression*. *Journal of Affective Disorders, 79* (1-3), 149-160.
- Giles, D., Jarrett, R., Biggs, M., Guzick, D. & Rush, J. (1989). Clinical predictors of recurrence in depression. *American Journal of Psychiatry, 176*, 764-767.
- Girard, L. (2012). Une réflexion diagnostique. Dans L. Girard & G. Delisle (Éds), *La Psychothérapie du Lien – Genèse et Continuité* (pp.99-133). Montréal, Québec: Les Éditions du C.I.G.
- Girard, L. & Delisle, G. (2012). *La psychothérapie du lien – Genèse et continuité*. Montréal, Québec: Les Éditions du C.I.G.
- Giesen- Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Asselt, T., Wending, M., & Van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behavior Research and Therapy, 47*, 961-973.
- Goldman, R.N., Greenberg, L.S., Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research, 17*, 482-493.
- Gorwood, P., Rouillon, F., Even, C., Falissard, B., Corruble, E. & Moran, H. (2010). Treatment response in major depression: Effects of personality dysfunction and prior depression. *British Journal of Psychiatry, 196* ( 2), 139-142.
- Gould, J. (1982). A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Psychological Reports, 51*, 1167-1170.
- Greenberg, L. S. (2006). Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 36*, 87-93.
- Greenberg, L. S., Auzra, L., & Hermann, I. R. (2007). The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research 17*(4), 482-493.
- Greenberg, L. S. & Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 152-159.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY: The Guilford Press.

- Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*, 210-224.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2005). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hawley, L.L., Ho, R.M., Zuroff, D.C. & Blatt, S.J. (2006). The relationship of perfectionism, depression and therapeutic alliance during treatment for depression: Latent difference score analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74* (5), 930-942.
- Hollon, S. D., De Rubeis, R. J., Evans, M. D., Weiner, M. J., Garvey, M. J., Grove, W. M., & Tuason, V.B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Single or in combination. *Archives of General Psychiatry, 49*, 774-781.
- Honlon, S.D. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety, 27, 10*, 891-932.
- Huba, A.J., Lawlor, W.G., Stallon, F., & Fieve, R.R. (1976). The use of autocorrelation analysis in the longitudinal study of mood patterns in depressed patients. *British Journal of Psychiatry, 128*, 146-155.
- Johnson, J., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1992). Service utilization and social mobility associated with depressive symptoms in the community. *Journal of the American Medical Association, 267*, 1478-1485.
- Judd, L. L., Paulus, M. J., Shettler, P. J., Akiskal, H. S., Endicott, J., Leon, A. C., Maser, J. D., ...Keller, M.B. (2000). Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *American Journal of Psychiatry, 157*, 1501-1504.
- Kendler, K. S. (1997). Social support: A genetic-epidemiologic analysis. *American Journal of Psychiatry of 154*, 1398-1404.
- Kendler, K.S., Kuhn, J. & Prescott, C.A. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *Journal of Psychiatry, 161*, 631-636.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C. & Eaves, L. J. (1993). A longitudinal twin study of 1-year prevalence of major depression in women. *Archives of General Psychiatry, 50*, 843-852.
- Kessler, R. C., Berglund, P. Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., ...Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association, 23*, 3095-3105.

- Kessler, R. C. & Magee, W. (1993). Childhood adversities and adult depression: Basic patterns of association in a U. S. national survey. *Psychological Medicine*, 23, 679-690.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., Berglund, P., Eaton, W. W., Koretz, D. S., & Walters, E. E. (2003). Mild disorder should not be eliminated from DSM-V. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1117-1122.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the U.S. National Comorbidity Survey. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 17-30
- Kessler, R. C., Strang, P., Wittchen, H. U., Stein, M., & Walton, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29, 555-567.
- Klein, D., Kotov, R., & Bufferd, S. (2011). Personality and depression: Explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 269-295.
- Klerman, G.L., Dimascio, A., & Weissman, M.M. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 131, 186-191.
- Kool, S., Dekken, J., Duijsens, I. J., Jonghe, F. de, & Puite, B. (2003). Efficacy of combined therapy and pharmacology for depressed patients with or without personality disorders. *Harvard Review of Psychiatry* 11, 133-141.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytical approach. *Clinical Psychological Review*, 21, 401-409.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term dynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551-1565.
- Lewinsohn, P.M., Steinmetz, J.L., Larson, D.W., & Franklin, J. (1981). Depression related cognitions : antecedent or consequence? *Journal of abnormal Psychology*, 90, 213-219.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of D.B.T. versus

- therapy by experts for suicidal behaviour and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Ma, H.S. & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (1), 31-40.
- Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E., & Berardi, D. (2012). Predictors of dropouts among personality disorders in a specific outpatients psychosocial treatment: a preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66 (3), 180-186.
- Mathew, A.R., Pettit, J.W., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. & Roberts, J.R. (2011). Co-morbidity between major depressive disorder and anxiety disorders: Shared etiology or direct causation? *Psychological Medicine*. 41 (10), 2023-2034.
- McFarland, B.R., & Klein, D.N. (2005). Mental health service use by patients with dysthymic disorder: treatment use and dropout in a 7 1/2-year naturalistic follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 46 (4), 246-253.
- McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Andrew, M., Sham, P., Katz, R. & Cardno, A. (2003). The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 60, 497-502.
- Meyers, B.S., Sirey, J.A., Bruce, M., Hamilton, M., Raue, P., Friedman, S.J., Rickey, C. ... Alexopoulos, G. (2002). Predictors of early recovery from major depression among persons admitted to community-based clinics : an observational study. *Archives of General Psychiatry*, 59 (8), 729-735.
- Morrison, K. H., Bradley, R., & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 74, 109-132.
- Moussavi, S., Chattergi, S., Verde, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370, 851-858.
- Mulder, R. T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 359-371.
- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., & Regier, D. A. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorder in the United States: Using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-123.
- Nemeroff, C.B. (2002). Editorial. Comorbidity of mood and anxiety disorders: The rule not the exception? *American Journal of Psychiatry*, 159, 3-4.

- Newton-Howes, G. (2008). The influence of personality disorders on the outcome of depression. *Psychiatry*, 7( 3), 105-108.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100( 4), 569-582.
- Oestergaard, S. & Moldrup, C. (2011). Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy with moderate and severe depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 131, 24-36.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genève, CH: OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2006). *Classification Internationale des Maladies*. Genève, CH : OMS.
- Ormel, J., Jeronimus, B., Kotov, R., Riese, H., Bos, E., Hankin, J., Rosmalen, J., & Oldehinkel, A. (2013). Neuroticism and common mental disorders: Meaning and utility of a complex relationship. *Clinical Psychology Review*, 33, 686-697.
- Ormel, J., Rosmalen, J., & Farmer, A. (2004). Neuroticism: a non informative marker of vulnerability to psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (11), 906-912.
- Orstavik, R.E., Kendler, K.S., Czajkowski, M.S., Tambs, K., & Reichborn\_Kjennerud, T. (2007). The relationship between depressive personality disorder and major depressive disorder : a population-based twin study. *The American Journal of Psychiatry*, 64 (12), 1866-1872.
- Patten, S. B. (2000). Incidence of major depression in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 163, 714-715.
- Patten, S. B., Jian, L. W., Williams, C. J., Currie, S., Beck, C. A., Maxwell, C. J., & el-Guebaly, N. (2006). Epidemiology of major depression in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 84-90.
- Patten, S.B., Kennedy, S.H., Lam, R.W., O'Donovan, C., Filteau, M.J., Parikh, S.V., & Ravindran, A.V. (2009). Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT). Clinical guidelines for the management of major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 117 (1), 55-514.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organisations.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (1994). Outcome of depression in psychiatric settings. *British Journal of Psychiatry*, 164, 297-304.

- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 486-492.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *31*(6), 1032-1040.
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *37*, 25-31.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 1007-1016.
- Reich, J. H., & Vasile, R.G. (1993). Effect of personality disorders on the treatment outcome of Axis I conditions. An update. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *191*, 475-484.
- Reich, J. H. (2003). The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 387-405.
- Rochefort, D. (2012). La PGRO et les interventions de durée restreinte. Dans L. Girard & G. Delisle (Éds.), *La Psychothérapie du Lien – Genèse et Continuité* (pp. 291-326). Montréal, Québec: Les Éditions du CIG.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2006). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.
- Rothchild, L., & Zimmerman, M. (2002). Personality disorders and the duration of depressive episode: A retrospective study. *Journal of Personality Disorders*, *16* (4), 293-303.
- Rush, J., Trivedi, M., Wisniewski, S., Nierenbers, A., Stewart, J., Warden, D., Niederehe, G. ... Rosenbaum, J. (2006). Acute and longer-term out-comes in depressed out-patients requiring one or several treatment steps: A STAR\* D report. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1905-1917.
- Sanathora, V.A., Gardner, C.O., Prescott, C.A., & Kendler, K.S. (2003). Interpersonal dependance and major depression : aetiological interrelationship and gender differences. *Psychological Medecine*, *33* (5), 927-931.
- Skodol, A.E., Grilo, C.M., Keyes, K.M., Geier, T., Grant, B.F., & Hasin, D.S. (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *The American Journal of Psychiatry*, *168* (3), 257-264.
- Segal, J. C., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1994). Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*, *35*, 316-327.

- Shahar, G., Joiner, T. E., Zuroff, T. C., & Blatt, S. J. (2004). Personality, interpersonal behavior, and depression: Co-existence of stress-specific moderating and mediating effects. *Personality and Individual Differences, 36*, 1583-1596.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 522-534.
- Shapiro, D. A., Rees, A., Barkham, M., Hardy, G., Reynolds, S., & Startup, M. (1995). Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains following cognitive-behavioral and psychodynamic interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 378-387.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65* (2), 98-109.
- Solomon, D.A., Keller, M.B., Leon, A C., Mueller, T.I, Lavori, P.W., Shea, T. ... Endicott, J. (2000 ). Multiple recurrence of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry, 157* (2), 229-233.
- Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M., & First, M. (1995). *Structured clinical interview for DSM-IV*. New York, NY: American Psychiatric Press.
- Stephens, T. & Joubert, N. (2001). *The economic burden of mental health problems in Canada. Chronic Diseases in Canada, 22*(1), 18-23.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulby, J.M.& Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 168, No. 4*, 615-623.
- Thase, M. E. (1996). The role of axis II comorbidity in the management of patients with treatment -resistant depression. *The psychiatric clinics of North America, 19* (2), 287-308.
- Thase, M. E. (1997). Psychotherapy of refractory depressions. *Depression and Anxiety, 5*, 190-201.
- Thase, M. E. (2013). The role of psychotherapy in the management of treatment-resistant depression, pp. 183-208. Dans S. Kaspers & S. Montgomery (Éds.), *Treatment-resistant Depression* (pp. 183-208) Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Watson, J. C., & Bédard, D. (2006). Client's emotional processing in psychotherapy: A comparison between cognitive-behavioral and process-experiential psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 152-159.

- Wells, K. B., Burnam, M. A., Rogers, W., Hays, R., & Camp, P. (1992). The course of depression in adult outpatients: Results from the medical outcomes study. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 788-794.
- Weissman, G.L. & Markowitz, J.C. (1994). Interpersonal psychotherapy- current status. *Archives of General Psychiatry*, *51* (8), 599-606.
- Westen, D., & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 1767-1771.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments of depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 875-899.
- Wirz-Justice, A. (2008). Diurnal variation of depressive symptoms. *Dialogues and Clinical Neurosciences*, *10* ( 3) 337-343.
- Young, J., Weichaar, M., & Klosko, J. (2003). Schema therapy: a practitioner's guide. New York, NY: The Guilford Press.
- Zanarini, M.C., Barison, L.K., Frankenburg, F.R., Reich, B.D., & Hudson, J.I. (2011). Family history study of the familial coaggregation of borderline personality disorder with axis 1 and non borderline dramatic cluster axis 2 disorders. *Journal of Personality Disorder*, *23* (4), 357-360.
- Zuroff, D.C., Blatt, S.J., Stanislow III, C.A., Bondi, C.M. & Pilkonis, P.A. (1999). Vulnerability to depression: Re-examining state dependents and relative stability. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 76-89.
- Zuroff, D. C., Mongrain, M., & Santor, D. A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: comment on Coyne and Wiffen (1995). *Psychological Bulletin*, *130*, 489-511.

## **Appendice A**

Principes des changements thérapeutiques pour les troubles dépressifs liés aux participants

#### Principes liés au traitement

1. Attentes des clients : les attentes des clients ne sont pas associées aux résultats chez les clients dépressifs.
2. Trouble concomitant de la personnalité : chez les clients souffrant de dépression et d'un trouble concomitant de la personnalité, la souplesse du thérapeute face aux croyances religieuses des clients est associée à une meilleure réponse.

#### Principes liés au pronostic

3. Niveau d'incapacité : plus le problème est grave, perturbateur ou chronique, moins les traitements à court terme sont bénéfiques.
4. Comorbidité : les gains sont moins importants pour les clients présentant un trouble concomitant de la personnalité.
5. Motivation face au traitement : probablement un déterminant des bienfaits en ce qui concerne les troubles dépressifs, mais il n'existe pas suffisamment de données empiriques pour soutenir cette hypothèse.
6. Style d'attachement/style interpersonnel : en fait, le pronostic est meilleur chez les clients faisant preuve d'une approche sociale ou de non-évitement.
7. Assimilation de l'expérience : sélection d'interventions conformes au niveau d'assimilation par le client.
8. Niveau de résistance : les interventions qui provoquent de la résistance ne sont pas susceptibles d'améliorer les résultats.

9. Degré de résistance et directivité du thérapeute : les interventions directives devraient être inversement proportionnelles au degré de résistance du client.
10. Clients impulsifs : ils bénéficieraient davantage des efforts directs à modifier le comportement et atténuer les symptômes.
11. Clients qui ruminent et s'abaissent : bénéficient de méthodes qui favorisent la compréhension de soi, la prise de conscience.
12. Attachement rassurant : lorsque le thérapeute démontre un profil d'attachement rassurant, le processus thérapeutique est favorisé.
13. Faible statut socioéconomique : l'impact de ce facteur est probable, un faible statut socioéconomique étant associé à des résultats médiocres.
14. Perception du niveau de soutien : l'amélioration du soutien social augmente quelque peu les bienfaits du traitement.

Caractéristiques non liées au traitement.

15. Type de problème du client : l'efficacité du traitement n'est pas considérablement accrue par l'expérience personnelle du thérapeute en ce qui a trait au type de problème du client.
16. Sexe du client : le sexe du client n'améliore pas les résultats de façon considérable ou significative.

Note : tiré et adapté de Beutler, L.E. (2010) Facteurs thérapeutiques des troubles de l'humeur. Cahier recherche et pratique, OPQ, Vol. 1, no 2 10-1.

## **Appendice B**

Principes des changements thérapeutiques pour les troubles dépressifs liés à la relation thérapeutique

---

## Principes des changements thérapeutiques pour les troubles dépressifs liés à la relation thérapeutique

---

Caractéristiques liées à la relation thérapeutique et aux qualités du thérapeute

1. Importance de l'alliance thérapeutique.
2. L'importance de la cohésion du groupe.
3. Empathie.
4. Attitude positive de la part du thérapeute.
5. Congruence.

Caractéristiques reliées à la prestation de la psychothérapie

6. Interprétations relationnelles non excessives.
7. Exactitude des interprétations relationnelles.
8. Réparation des alliances.
9. Développement d'objectifs de travail en collaboration.
10. Autorévélation de soutien : l'autorévélation est utile surtout lorsqu'elle vise à rassurer et à appuyer plutôt qu'à confronter.

---

Note : tiré et adapté de Beutler, L.E. (2010) Facteurs thérapeutiques des troubles de l'humeur. Cahier recherche et pratique, OPQ, Vol. 1, no. 2 10-13.

## **Appendice C**

Principes des changements thérapeutiques liés aux méthodes thérapeutiques

---

## Principes des changements thérapeutiques liés aux méthodes thérapeutiques

---

1. Relation thérapeutique : les principes liés aux méthodes thérapeutiques sont importants uniquement s'ils sont appliqués dans le cadre d'une bonne relation thérapeutique.
2. Accent sur le problème : les techniques efficaces mettent l'accent directement sur les problèmes et les soucis du client.
3. Augmentation de la capacité d'adaptation : les traitements efficaces visent à aider le client à modifier ses mécanismes mésadaptés.
4. Identification du profil : les traitements efficaces incluent une évaluation initiale et l'iden-
5. tification des profils de comportement, de sentiments et de pensées associés à la continuité du problème.
6. Évaluation continue : les gains thérapeutiques sont maximisés, lorsqu'une évaluation continue est effectuée pour déterminer si le traitement répond aux objectifs.
7. Relation entre les pensées, les émotions, les comportements et l'environnement : les résultats sont améliorés, lorsque l'on tente de sensibiliser le client à la relation avec son environnement (interpersonnel et physique) et à la façon dont il pense, ressent et se comporte.
8. Identification des pensées : le traitement efficace inclut l'identification et la mise au défi des pensées dysfonctionnelles.
9. Justification : les traitements efficaces expliquent aux clients la nature de leur problème et en justifient le traitement de celui-ci.
10. Accent sur les changements par étapes : la facilitation des changements par étape accroît

le taux d'amélioration.

11. Établissement d'objectifs : l'établissement et l'atteinte d'objectifs en collaboration et de manière claire et explicite favorisent un traitement optimal.
12. Intervention non directive : les thérapeutes devraient utiliser une approche « non directive » (p. ex. la validation).
13. Auto-exploration par le client : il est utile d'inciter le client à l'auto-exploration.
14. Expérience émotionnelle : aider le client à accepter, à tolérer et parfois à ressentir pleinement ses émotions est propice au changement thérapeutique.
15. Maîtrise émotionnelle : il peut être utile d'employer des interventions visant à améliorer la maîtrise émotionnelle du client.
16. Échéancier : à l'exception du traitement des troubles de la personnalité, le traitement à court terme peut être bénéfique.
17. Thérapie intensive : la thérapie intensive est associée au changement thérapeutique et est parfois essentielle.

Thérapie de groupe : les interventions non individuelles peuvent être bénéfiques.

---

Note : tiré et adapté de Beutler, L.E. (2010) Facteurs thérapeutiques des troubles de l'humeur. Cahier recherche et pratique, OPQ, Vol. 1, no 2 10-13.

**Appendice D**  
Consultation auprès de psychologues experts en PGRO

Le but de cet exercice est de recueillir les observations de thérapeutes spécialisés en PGRO concernant l'impact d'interventions dans la relation thérapeutique afin de mieux le définir. Quatre thérapeutes diplômés du 3<sup>e</sup> cycle en PGRO étant supervisés régulièrement dans cette approche, ont reçu, par courriel en mars 2008, une invitation à mettre par écrit leurs observations spontanées concernant l'impact de leurs interventions dans la relation thérapeutique sur le vécu de leurs clients et de les transmettre à la chercheuse, soit par courriel ou en mains propres. Ceci est dans le but de recueillir leurs impressions cliniques et les décrire de façon formelle afin de documenter les changements thérapeutiques associés à la PGRO.

De façon générale, ils observent une augmentation des prises de conscience de l'expérience immédiate des clients qui produirait en cours de traitement :

- Une amélioration de l'alliance thérapeutique.
- Une plus grande activation de l'affect permettant un approfondissement graduel de leur expérience affective (repérage plus nuancé et précis des affects).
- Une plus grande capacité à tolérer des affects.
- Un accès à des expériences affectives auparavant inaccessibles aux clients.
- Une conscience accrue de leurs modes de régulation et d'échange avec l'autre dans l'ici et maintenant.
- Une conscience accrue de la contribution des modes de contact identifiés à des reproductions d'impasses relationnelles dans l'ici et maintenant.
- Une conscience accrue des affinités thématiques de ces mouvements reproductifs dysfonctionnels dans l'ici et maintenant avec les relations significatives du présent et du passé.
- Une plus grande capacité de départager leur expérience intérieure de ce qui se passe dans le champ courant.
- Une plus grande capacité de contacter le champ actuel qui est la relation thérapeutique, manifestée par l'accès à des expériences relationnelles nouvelles dans l'ici et maintenant.

- Des changements dans les représentations internes de soi et de l'autre conscientisées par les clients.

**Appendice E**  
Exemplaires des instruments de mesure

Page retirée en vertu du respect du droit d'auteur

Page retirée en vertu du respect du droit d'auteur

Page retirée en vertu du respect du droit d'auteur

Page retirée en vertu du respect du droit d'auteur

Page retirée en vertu du respect du droit d'auteur

**Appendice F**  
Autoévaluations hebdomadaires

## Autoévaluations hebdomadaires<sup>1</sup>

### A – Dépression

Veillez évaluer l'intensité de vos états dépressifs au cours de la dernière semaine (« Je me suis senti(e) découragé(e), triste, démoralisé(e), etc. »)

Semaine du \_\_\_\_ au \_\_\_\_ Mois \_\_\_\_

Extrêmement	81 – 100	Maximum
Beaucoup	61 – 80	
Moyennement	41 – 60	
Un peu	21 – 40	
À peine	1 – 20	
Nul	0	Minimum

Semaine du \_\_\_\_ au \_\_\_\_ Mois \_\_\_\_

Extrêmement	81 – 100	Maximum
Beaucoup	61 – 80	
Moyennement	41 – 60	
Un peu	21 – 40	
À peine	1 – 20	
Nul	0	Minimum

Semaine du \_\_\_\_ au \_\_\_\_ Mois \_\_\_\_

Extrêmement	81 – 100	Maximum
Beaucoup	61 – 80	
Moyennement	41 – 60	
Un peu	21 – 40	
À peine	1 – 20	
Nul	0	Minimum

Semaine du \_\_\_\_ au \_\_\_\_ Mois \_\_\_\_

Extrêmement	81 – 100	Maximum
Beaucoup	61 – 80	
Moyennement	41 – 60	
Un peu	21 – 40	
À peine	1 – 20	
Nul	0	Minimum

## Autoévaluations hebdomadaires (suite)

## B – Anxiété

Veillez évaluer l'intensité de vos états anxieux au cours de la dernière semaine (« Je me suis senti(e) anxieux(se), angoissé(e), stressé(e), préoccupé(e), inquiet(e), paniqué(e) »)

Semaine du \_\_\_ au \_\_\_ Mois \_\_\_

Extrêmement	81 – 100	Maximum
Beaucoup	61 – 80	
Moyennement	41 – 60	
Un peu	21 – 40	
À peine	1 – 20	
Nul	0	Minimum

Semaine du \_\_\_ au \_\_\_ Mois \_\_\_

Extrêmement	81 – 100	Maximum
Beaucoup	61 – 80	
Moyennement	41 – 60	
Un peu	21 – 40	
À peine	1 – 20	
Nul	0	Minimum

Semaine du \_\_\_ au \_\_\_ Mois \_\_\_

Extrêmement	81 – 100	Maximum
Beaucoup	61 – 80	
Moyennement	41 – 60	
Un peu	21 – 40	
À peine	1 – 20	
Nul	0	Minimum

Semaine du \_\_\_ au \_\_\_ Mois \_\_\_

Extrêmement	81 – 100	Maximum
Beaucoup	61 – 80	
Moyennement	41 – 60	
Un peu	21 – 40	
À peine	1 – 20	
Nul	0	Minimum

## Autoévaluations hebdomadaires (suite)

## C – Perception de soi et des autres

## I – Perception de soi

Veillez évaluer comment vous vous êtes perçu(e) globalement au cours de la dernière semaine au moyen de la grille ci-dessous.

Cote	Description
5	Extrêmement positivement
4	Très positivement
3	Moyennement positivement
2	Un peu positivement
1	À peine positivement
0	Neutre
-1	À peine négativement
-2	Un peu négativement
-3	Moyennement négativement
-4	Très négativement
-5	Extrêmement négativement

Énoncez des caractéristiques qui vous viennent spontanément à l'esprit pour vous décrire au cours de la dernière semaine et évaluez chacune au moyen de la même échelle que celle présentée ci-dessus (par exemple, « Je me trouve triste, courageux(se), laid(e), intelligent(e), paresseux(se), persévérant(e) »).

Caractéristique	Cote

<sup>1</sup>Adaptées de Freeston, Mark H. & O'Connor, Kieron P. *L'auto-enregistrement pour les études sur le TOC : Guide d'instructions pour le thérapeute* (26 novembre 1997) Centre de recherche Fernand-Séguin. Montréal, Québec.



**Appendice G**  
Diagnostic structural PGRO

## DIAGNOSTIC STRUCTURAL PGRO

**NOM : participante 1**

**DATE : no.1 (après la séance 3)**

<b>LE ÇA : les émergences</b>	<p><b>Le + :</b> désir de plaire, de bien faire, douceur, tristesse, candeur, fragilité, tristesse, tendance à se critiquer.</p> <p><b>Le - :</b> colère, opposition, le besoin de l'autre</p>
<b>LE JE : mécanismes de résistance</b>	<p>-projection : l'autre exige beaucoup d'elle et s'attend à ce qu'elle fasse tout bien, n'est pas intéressé à son bien-être.</p> <p>-introjection : doit d'organiser seule et être capable de tout.</p> <p>-déflexion : les invitations à être aidée, soutenue.</p> <p>-rétroflexion : besoins de soutien et de dépendance.</p>
<b>REPRÉSENTATION DE SOI</b>	<p><b>+</b> : travaillante, capable, exigeante, perfectionniste.</p> <p><b>-</b> : pas assez importante pour que l'on s'occupe d'elle, pas respectée, faible, sensible, en besoin.</p>
<b>REPRÉSENTATION DE L'AUTRE</b>	<p><b>+</b> : bienveillant, attentif, puissant.</p> <p><b>-</b> : insensible, pas fiable, exigeant, rigide.</p>
<b>Reproductions des impasses dans les relations des champs 3,2 ,1</b>	<p>Elle répond sans limites aux demandes de l'autre pour obtenir approbation et amour et finit par sentir qu'on abuse d'elle (champ 3). Dans la relation thérapeutique, elle veut bien faire (par exemple met beaucoup de temps et d'effort pour remplir les questionnaires) et finit par en faire trop et se fatiguer davantage.</p>
<b>Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions</b>	<p>Elle projette ses exigences élevées sur l'autre, défléchit les invitations à être aidée, rétrofléchit ses besoins d'appui et de dépendance, est confluente avec la mère, parent fort qu'elle admire, qui est exigeante et perfectionniste.</p>
<b>Facteurs de risque et de résilience spécifiques à l'enjeu développemental inachevé</b>	<p>Risque : père soumis et malheureux, peu présent à elle, mère stricte.</p> <p>Résilience : mère présente et active; détermination, défait autorité parentale.</p>

## DIAGNOSTIC STRUCTURAL PGRO

**NOM : participante 1**

**DATE : no.2 (après la séance 9)**

<b>LE ÇA : les émergences</b>	<b>Le +:</b> tristesse, se sent blessée, solitude, fragilité, manque d'énergie, un peu d'obstination.
	<b>Le - :</b> colère, besoin de l'autre.
<b>LE JE : mécanismes de résistance</b>	<p>-projection: les autres ont besoin d'elle.</p> <p>-introjection: atteindre ses buts à tout prix.</p> <p>-déflexion : appuie de l'autre, intervention différente de ce qu'elle a en tête.</p> <p>-rétroflexion : signes de fatigue, besoins de dépendance, de reconnaissance, de validation.</p> <p>-confluence : avec valeurs de la mère.</p>
<b>REPRÉSENTATION DE SOI</b>	<b>+</b> : bien organisée, persévérante, autonome, a la « bonne façon » de faire.
	<b>-</b> : a des limites qu'elle n'accepte pas, ne mérite pas d'être reconnue dans sa douleur.
<b>REPRÉSENTATION DE L'AUTRE</b>	<b>+</b> : a du pouvoir
	<b>-</b> : insensible, ne la comprend pas, exigeant, pas fiable, contrôlant, moins efficace qu'elle.
<b>Reproductions des impasses dans les relations des champs 3, 2, 1</b>	Mise en place d'un échange interpersonnel dans lequel l'un ou l'autre va se mettre à s'obstiner pour avoir raison (champ 1,2). Dans le champ 3, reproduit ce genre d'échange avec son patron.
<b>Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions</b>	Elle défléchit ce qui vient de l'extérieur et est différent d'elle, elle rétrofléchit ses besoins de dépendance et d'approbation, se gardant « au-dessus », ayant raison, elle projette que les autres ont besoin d'elle. L'atteinte du but se fait à tout prix, peu de place pour elle.
<b>Facteurs de risque et de résilience spécifiques à l'enjeu développemental inachevé</b>	

## DIAGNOSTIC STRUCTURAL PGRO

**NOM : participante 1**

**DATE : no.3 (après la séance 15)**

<b>LE ÇA : les émergences</b>	<b>Le +</b> : obstination, rigidité, fragilité, anxiété, agitation, tension, accepte un peu plus de ne pas tout contrôler, être aidée.
	<b>Le -</b> : colère, besoin d'approbation.
<b>LE JE : mécanismes de résistance</b>	-projection : l'autre n'a pas la meilleure façon de faire donc elle ne peut se fier. -introjection : atteinte du but ou c'est l'échec. _déflexion : se laisse un peu plus aider. -rétroflexion : accepte un peu plus son besoin d'être aidée, que l'autre prenne charge.
<b>REPRÉSENTATION DE SOI</b>	<b>+</b> : n'a pas besoin de tout contrôler, a souvent raison.
	<b>-</b> : blessée, fragile, pas capable, anxieuse, a parfois besoin de l'autre.
<b>REPRÉSENTATION DE L'AUTRE</b>	<b>+</b> : plus fiable
	<b>-</b> : n'a pas la meilleure façon de faire les choses.
<b>Reproductions des impasses dans les relations des champs 3, 2, 1</b>	L'obstination et le besoin d'avoir raison tendent à se reproduire dans les champs 1 et 3 (avec copain) et des affinités thématiques se font avec le champ 4 (tenir tête à sa mère, ne pas sentir qu'elle a une place auprès de son père).
<b>Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions</b>	Elle défléchit moins le soutien et réfléchit moins ses sentiments de ne pas être importante. Elle est plus consciente de la fonction de son perfectionnisme : en répondant aux attentes, elle se sent validée et en contrôle et n'est pas en contact avec le vécu de ne pas avoir sa place, ne pas être importante.
<b>Facteurs de risque et de résilience spécifiques à l'enjeu développemental inachevé</b>	

## DIAGNOSTIC STRUCTURAL PGRO

**NOM : participante 1**

**DATE : no.4 (après la séance 20, fin du traitement)**

<b>LE ÇA : les émergences</b>	<p><b>Le + :</b> accepte plus ce qu'elle ressent, sa vulnérabilité, les émotions, son besoin d'approbation extérieure, moins de contrôle, est moins critique et dure envers elle-même, plus calme, moins triste, moins d'anxiété.</p> <p><b>Le - :</b> la colère, un peu moins d'obstination.</p>
<b>LE JE : mécanismes de résistance</b>	<p>-déflexion : se laisse plus toucher par l'autre, accepte plus le soutien.</p> <p>-rétroflexion : tolère plus d'avoir besoin des autres, un peu plus acceptante de ses limites.</p> <p>-confluence : moins en confluence avec la mère qui évite de ressentir, la tâche accomplie étant ce qui compte.</p> <p>-projection : projette moins que l'autre est incapable ou moins efficace qu'elle.</p> <p>-introjection : tolère plus de ne pas être capable.</p>
<b>REPRÉSENTATION DE SOI</b>	<p><b>+</b> : a des limites, est sensible, a des émotions.</p> <p><b>-</b> : lui en demande trop, besoin de tout contrôler.</p>
<b>REPRÉSENTATION DE L'AUTRE</b>	<p><b>+</b> : peut avoir de bonnes intentions à son égard, fiable, autonome.</p> <p><b>-</b> : s'en demande trop.</p>
<b>Reproductions des impasses dans les relations des champs 3, 2, 1</b>	<p>Elle est moins obstinée et rigide dans le champ 1 et me rapporte l'être moins dans le champ 3(avec copain). Elle se laisse plus toucher par moi. Elle est plus consciente de l'énergie qu'elle dépense à tout vouloir prévoir et contrôler. Lien avec champ 4 : mère qui ne tenait pas compte des signes de douleur, de fatigue (« il ne faut pas s'écouter »), cherchait à accomplir à tout prix. Elle cherchait le regard de la mère en lui tenant tête; elle ne se sentait pas importante aux yeux de son père.</p>
<b>Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions</b>	<p>Elle est plus en contact avec son ressenti (fatigue, vulnérabilité). Elle prend plus conscience de son sentiment de ne pas être importante, comment elle en fait beaucoup pour se sentir valable et peut se sentir ainsi utilisée par l'autre.</p>
<b>Facteurs de risque et de résilience spécifiques à l'enjeu développemental inachevé</b>	

## DIAGNOSTIC STRUCTURAL PGRO

**NOM : participante 2**

**DATE : no.1 (après la séance 3)**

<b>LE ÇA : les émergences</b>	<b>Le +</b> : assurance, organisation, contrôle affectif, rigidité, exigences, pression, indépendance, action.
	<b>Le -</b> : vulnérabilité, limites, dépendance, expression des émotions, doute, regret.
<b>LE JE : mécanismes de résistance</b>	<p>-introjection : il faut être capable.</p> <p>-projection : les autres sont démunis, incapables sans elle.</p> <p>-rétroflexion : expression des émotions, vulnérabilité.</p> <p>-déflexion : toute manifestation de soutien, d'aide.</p> <p>-confluence : avec le père strict et autoritaire.</p>
<b>REPRÉSENTATION DE SOI</b>	<b>+</b> : capable, utile, dans l'action, essentielle, indispensable aux autres.
	<b>-</b> : a des limites, ce qui est un échec.
<b>REPRÉSENTATION DE L'AUTRE</b>	<b>+</b> : à l'écoute.
	<b>-</b> : autoritaire, contrôlant, faible, nuisible quand cherche à l'aider.
<b>Reproductions des impasses dans les relations des champs 3, 2, 1</b>	Dans le champ 1, elle met de la pression sur la thérapeute pour que ça avance vite, ce qui pourrait à la longue mettre la thérapeute en échec. Elle pourrait alors conclure qu'elle doit s'organiser seule et confirmer que l'autre lui est nuisible. Dans le champ 3, elle a de la difficulté à suivre les conseils de son conjoint (« je ne l'ai pas écouté »), a de la difficulté à partager son vécu, à se confier à des amis ou membres de sa famille. Elle reste seule avec ses difficultés.
<b>Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions</b>	Elle introjecte très peu ce que la thérapeute lui dit (« je vais y penser »). Elle défléchit les commentaires concernant ses fragilités actuelles, projette que les autres ne sont pas capables sans elle, car ce qui est différent d'elle n'est pas valable, elle rétrofléchit l'expression affective de manière à ce que l'autre n'ait pas accès à ses vulnérabilités.
<b>Facteurs de risque et de résilience spécifiques à l'enjeu développemental inachevé</b>	<p>Résilience : grande capacité d'adaptation, prend en charge, combattive.</p> <p>Risque : ne sens pas ses limites ce qui l'amène à en prendre trop sur ses épaules, enfant modèle, absence du père.</p>

## DIAGNOSTIC STRUCTURAL PGRO

**NOM : participante 2**

**DATE : no.2 (après la séance 9)**

<b>LE ÇA : les émergences</b>	<b>Le +</b> : contrôle, affirmation, indépendance, le besoin de retrouver un équilibre, fatigue et peu de plaisir.
	<b>Le -</b> : émotions, fragilité, dépendance, l'ouverture.
<b>LE JE : mécanismes de résistance</b>	<p>-introjection : « je suis capable, efficace, exemplaire ». Elle introjecte peu ce qui vient de l'extérieur qui est différent d'elle.</p> <p>-projection : l'autre est critique et jugeant, va lui mettre des bâtons dans les roues et lui nuire, l'autre est en besoin.</p> <p>-déflexion : tout ce qui risque de remettre en question sa vision des choses.</p> <p>-retroflexion : les émotions, surtout la tristesse, la détresse, le besoin de l'autre.</p> <p>-confluence : avec le père.</p>
<b>REPRÉSENTATION DE SOI</b>	<b>+</b> : capable, autonome, pas besoin des autres.
	<b>-</b> : fatiguée, et pas en contrôle de son énergie
<b>REPRÉSENTATION DE L'AUTRE</b>	<b>+</b> : peut possiblement l'aider à comprendre comment elle se retrouve dans cet état encore une fois.
	<b>-</b> : nuisible, critique, jugeant, incapable, insensible à sa détresse.
<b>Reproductions des impasses dans les relations des champs 3, 2, 1</b>	Dans le champ 1, elle admet un peu plus bénéficière de l'aide que lui apporte la thérapeute, qu'elle n'y arrive pas par elle-même. Dans le champ 3, elle se retire de certaines relations dans lesquelles elle prenait charge. Elle se permet plus de dire à son conjoint qu'elle s'ennuie de lui quand il n'est pas là. Elle se repose plus quand elle est fatiguée. Ceci est un combat pour elle, elle a peu d'empathie pour elle-même.
<b>Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions</b>	Elle introjecte peu les conseils, elle défléchit l'aide.
<b>Facteurs de risque et de résilience spécifiques à l'enjeu développemental inachevé</b>	<p>Risque : manque de présence maternante.</p> <p>Résilience : adaptabilité, ténacité.</p>

## DIAGNOSTIC STRUCTURAL PGRO

**NOM : participante 2**

**DATE : no.3 (après séance 15)**

<b>LE ÇA : les émergences</b>	<b>Le +:</b> entêtement, frustration, défier ses limites, déception.
	<b>Le - :</b> sérénité et acceptation de son état.
<b>LE JE : mécanismes de résistance</b>	-introjection : « si tu veux, tu peux ». Introjecte peu ce qui va à l'encontre de cela. -projection : les autres ont besoin d'elle car ils ne sont pas à la hauteur. -déflexion : défléchit moins ce que je lui apporte. -rétroflexion : les émotions.
<b>REPRÉSENTATION DE SOI</b>	<b>+</b> : je suis capable mais j'ai des besoins, des limites, je m'en demande beaucoup.
	<b>-</b> : perfectionniste, exigeante.
<b>REPRÉSENTATION DE L'AUTRE</b>	<b>+</b> : peut m'aider.
	<b>-</b> : frustrant, me met des bâtons dans les roues, incapable.
<b>Reproductions des impasses dans les relations des champs 3, 2, 1</b>	Dans le champ 1, elle laisse plus entrer les interventions du thérapeute, elle admet avoir besoin d'elle pour s'en sortir. Dans le champ 3, elle s'implique dans moins d'activités, met plus ses limites. Elle s'appuie peu sur l'autre, à l'exception du champ 1.
<b>Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions</b>	Dans le champ 3, elle projette que les autres sont en besoin. Elle rétrofléchit beaucoup l'expression des émotions.
<b>Facteurs de risque et de résilience spécifiques à l'enjeu développemental inachevé</b>	Risque : identité liée à être capable, être l'enfant modèle pour recevoir validation. Résilience : ténacité.

## DIAGNOSTIC STRUCTURAL PGRO

**NOM : participante 2**

**DATE : no.4 (après séance 20, fin du traitement)**

<b>LE ÇA : les émergences</b>	<p><b>Le + :</b> plus de spontanéité, un peu moins de contrôle sur les émotions, plus de flexibilité, ouverture à l'autre, appréciation de la diminution d'activités, tristesse.</p> <p><b>Le - :</b> expression des émotions.</p>
<b>LE JE : mécanismes de résistance</b>	<p>-introjection : en train de faire le deuil de « tout est possible », introjecte plus les interventions de la thérapeute.</p> <p>-projection : l'autre va être déçu de moi si je ne réponds pas à ses demandes.</p> <p>-déflexion : laisse plus rentrer ce qui est différent d'elle.</p> <p>-rétroflexion : les émotions franches- laisse émerger un peu la tristesse.</p> <p>-confluence : moins avec personnes dans son entourage qui n'acceptent pas les faiblesses.</p>
<b>REPRÉSENTATION DE SOI</b>	<p><b>+</b> : je suis complexe et je m'intéresse à moi, j'ai des besoins, je peux être bien sans être en charge.</p> <p><b>-</b> : j'ai des limites et cela m'attriste, j'ai de la difficulté avec l'intimité, je crains l'abandon donc je reste indépendante, je suis impulsive, il m'arrive de ne pas tenir compte de l'autre.</p>
<b>REPRÉSENTATION DE L'AUTRE</b>	<p><b>+</b> : a de bonnes idées même si elles diffèrent des miennes, peu avoir des limites.</p> <p><b>-</b> : m'en demande beaucoup, peut m'abandonner, n'est pas fiable.</p>
<b>Reproductions des impasses dans les relations des champs 3, 2, 1</b>	<p>Dans le champ 3, elle contribue à mettre en place un scénario dans lequel l'autre est insécure et a besoin d'elle, gardant ainsi le contrôle et une position haute par rapport à l'autre (avec conjoint). Au travail, elle tolère davantage de ne pas être en charge et que les choses soient faites différemment. Dans le champ 1, elle s'ouvre plus à la thérapeute et introjecte plus ce qui vient d'elle.</p>
<b>Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions</b>	<p>Elle introjecte peu jusqu'à maintenant, un peu plus dans la relation thérapeutique. L'introjection de fond « si tu veux tu peux » est difficile à laisser aller. Elle projette que les autres seront déçus si elle dit non et qu'ils ne seront pas capables. Elle laisse un peu plus entrer ce qui vient de l'extérieur pouvant l'aider. Elle réfléchit encore beaucoup les affects. Elle sent qu'elle doit se</p>

	démarquer, être un pilier pour être valorisée.
<b>Facteurs de risque et de résilience spécifiques à l'enjeu développemental inachevé</b>	Risque : environnement peu maternel, soutenant. Résilience : capacité de se mettre en valeur, être un modèle pour les autres.

## DIAGNOSTIC STRUCTURAL PGRO

**NOM : participante 3**

**DATE : no.1 (après séance 3)**

<b>LE ÇA : les émergences</b>	<b>Le + :</b> affaissement, fatigue culpabilité, contrôle des émotions.
	<b>Le - :</b> expression des émotions.
<b>LE JE : mécanismes de résistance</b>	<p>-projection : les autres n'ont pas besoin d'elle, ça ne fait pas de différence qu'elle soit là ou pas.</p> <p>-rétroflexion : expression des émotions.</p> <p>-déflexion : se laisse peu touchée par l'autre.</p> <p>-introjection : elle est seule au monde et doit se débrouiller.</p> <p>-confluence : s'ajuste à l'autre, se différencie peu.</p>
<b>REPRÉSENTATION DE SOI</b>	<b>+</b> : indépendante, inflexible, solitaire, capable, débrouillarde.
	<b>-</b> : se sent coupable d'être déprimée, vulnérable, a des limites.
<b>REPRÉSENTATION DE L'AUTRE</b>	<b>+</b> : mystérieux, intéressant, parfois présent.
	<b>-</b> : ne la saisit pas, dépendant, exigeant, épuisant, peu expressif, pas fiable.
<b>Reproductions des impasses dans les relations des champs 3, 2, 1</b>	Elle semble garder une distance émotionnelle qui fait en sorte que le lien ne se développe pas.
<b>Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions</b>	Elle projette que l'autre n'a pas besoin d'elle, elle réfléchit l'expression des émotions de manière à ce que l'autre ne puisse pas la saisir, elle se laisse peu touchée par l'autre et s'organise seule.
<b>Facteurs de risque et de résilience spécifiques à l'enjeu développemental inachevé</b>	<p>Risque : ne pas bien se connaître sur le plan des besoins, s'adapter, ne pas se sentir saisie, comprise par ses parents.</p> <p>Résilience : débrouillarde, capable de se défendre.</p>

## DIAGNOSTIC STRUCTURAL PGRO

**NOM : participante 3**

**DATE : no.2 (après séance 9)**

<b>LE ÇA : les émergences</b>	<b>Le +</b> : résignation, survie, dépendre d'elle même, contrôle des émotions.
	<b>Le -</b> : expression des émotions, demandes à l'autre.
<b>LE JE : mécanismes de résistance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-introjection : je suis seule au monde.</li> <li>-projection : l'autre ne répondra pas à son besoin.</li> <li>-déflexion : ne se laisse pas toucher par l'autre.</li> <li>-rétroflexion : expression des émotions, peine, colère.</li> <li>-confluence : se permet peu d'exprimer son désaccord avec l'autre.</li> </ul>
<b>REPRÉSENTATION DE SOI</b>	<b>+</b> : capable seule, bonne mère avec l'un de ses enfants.
	<b>-</b> : a des limites, ne se sent pas intelligente, n'a pas le droit de demander à l'autre.
<b>REPRÉSENTATION DE L'AUTRE</b>	<b>+</b> : généreux, présent à elle, aventurier.
	<b>-</b> : pas fiable, imprévisible, ne la respecte pas, ne la comprend pas.
<b>Reproductions des impasses dans les relations des champs 3, 2, 1</b>	Dans le champ 1, elle garde une distance émotionnelle entre elle et la thérapeute de manière à ce que ce soit difficile pour la thérapeute de s'approcher d'elle. Dans le champ 3, elle se confie peu avec son copain, avec sa famille. Elle semble craindre d'être envahie par l'autre.
<b>Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions</b>	Elle rétrofléchit ses émotions maintenant une distance affective entre elle et l'autre, elle défléchit le contact avec l'autre, elle projette que ses besoins ne comptent pas pour l'autre, elle se sent seule au monde.
<b>Facteurs de risque et de résilience spécifiques à l'enjeu développemental inachevé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque : ne demande pas.</li> <li>Résilience : se débrouille seule.</li> </ul>

## DIAGNOSTIC STRUCTURAL PGRO

**NOM : participante 3**

**DATE : no.3 (après séance 15)**

<b>LE ÇA : les émergences</b>	<b>Le +</b> : résignation, tristesse, deuil de ce qu'elle était avant la dépression, désir de prendre soin d'elle, s'accepter dans ses besoins.
	<b>Le -</b> : colère.
<b>LE JE : mécanismes de résistance</b>	-introjection : seule au monde. -projection : l'autre n'est pas fiable, peut profiter d'elle. -déflexion : se laisse un peu plus recevoir aide extérieure, accepte le soutien. -rétroflexion : colère mais frustration émerge un peu. -confluence : exprime plus sa différence et son désaccord avec l'autre.
<b>REPRÉSENTATION DE SOI</b>	<b>+</b> : capable seule, mérite que l'on s'occupe d'elle, compétente, bonne mère.
	<b>-</b> : a des fragilités qu'elle accueille un peu plus qu'avant.
<b>REPRÉSENTATION DE L'AUTRE</b>	<b>+</b> : les femmes sont généreuses et présentes, l'autre la respecte.
	<b>-</b> : peu fiables (les hommes), prend avantage d'elle (conjoint veut rompre).
<b>Reproductions des impasses dans les relations des champs 3,2 ,1</b>	Elle se laisse plus aider, mais sent qu'elle doit toujours être prête à s'organiser seule. Elle semble moins craindre d'être envahie lorsqu'elle s'ouvre à l'autre.
<b>Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions</b>	Elle défléchit un peu moins l'aide extérieure mais reste sur ses gardes, elle rétrofléchit moins ses émotions et besoins.
<b>Facteurs de risque et de résilience spécifiques à l'enjeu développemental inachevé</b>	Risque : ne pas bien identifier ses vulnérabilités. Résilience : vite capable de se prendre en main quand l'autre la laisse tomber, rebondit vite.

## DIAGNOSTIC STRUCTURAL PGRO

**NOM : participante 3**

**DATE : no.4 (après séance 20, fin du traitement)**

<b>LE ÇA : les émergences</b>	<b>Le + :</b> plus d'assurance, affirmation de soi, empathie envers elle-même, joie de vivre, tristesse, insatisfaction.
	<b>Le - :</b> colère.
<b>LE JE : mécanismes de résistance</b>	<p>-introjection : « seule au monde » est plus nuancée, il y a quelques personnes fiables autour d'elle.</p> <p>-projection : l'autre peut parfois être là pour elle.</p> <p>-déflexion : défléchit moins aide externe, reconnaît que ça lui fait du bien.</p> <p>-rétroflexion : exprime plus ses frustrations à l'autre, exprime plus ce dont elle a besoin.</p> <p>-confluence : ose plus exprimer sa différence.</p>
<b>REPRÉSENTATION DE SOI</b>	<b>+</b> : je mérite de m'occuper de moi, compétente, aimable, bonne mère.
	<b>-</b> : fragile, vulnérable.
<b>REPRÉSENTATION DE L'AUTRE</b>	<b>+</b> : disponible, généreux, à l'écoute.
	<b>-</b> : égoïste.
<b>Reproductions des impasses dans les relations des champs 3, 2, 1</b>	Dans les champs 1 et 2, elle se laisse plus toucher mais reste réservée sur le plan de l'expression des émotions, maintenant ainsi une distance émotionnelle. Dans le champ 3, elle se rapproche d'une amie et se confie plus; elle se sent abandonnée par son copain qui prend une distance et conclue qu'elle doit s'organiser seule.
<b>Comment les mécanismes du Self sont utilisés pour maintenir les reproductions</b>	Il y a moins de déflexion et de rétroflexion, qui permet un peu plus d'échange entre elle et l'autre. Elle se permet plus d'exprimer sa différence.
<b>Facteurs de risque et de résilience spécifiques à l'enjeu développemental inachevé</b>	

**Appendice H**  
Tableau récapitulatif des évaluations

	Évaluation pré-traitement	Évaluation en cours de traitement	Évaluation en fin de traitement	Évaluations post-traitement (suivi de six mois, 1 an)
Instruments de mesure	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SCID</li> <li>- BDI</li> <li>- BAI</li> <li>- Autoévaluations hebdomadaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoévaluations hebdomadaires</li> <li>- Diagnostic structural : après les troisième, neuvième, 15<sup>e</sup>, et 20<sup>e</sup> séances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SCID</li> <li>- BDI</li> <li>- BAI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SCID</li> <li>- BDI</li> <li>- BAI</li> </ul>
Buts	Diagnostic de trouble dépressif majeur, identification de traits de personnalité pathologiques ou de trouble de la personnalité, évaluation des symptômes anxieux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification hebdomadaire des symptômes dépressifs, anxieux et représentations de soi et de l'autre</li> <li>- Identification des changements dans les 3 composantes de l'expérience du client (cibles de changements 1, 2 et 3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation de symptômes dépressifs et de traits de personnalité pathologiques ou de trouble de personnalité (objectifs 1 et 2)</li> <li>- Évaluation des symptômes anxieux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation de symptômes dépressifs, anxieux et de traits de personnalité pathologiques ou de trouble de personnalité</li> <li>- Évaluation après 1 an : BDI seulement</li> </ul>

**Appendice I**  
Grille d'adhésion à l'approche PGR

Identifier les interventions du thérapeute dans les 3 catégories suivantes :

A – Champs expérientiels et liens inter-champs

B – Cycles thérapeutiques

C – Types d'expérience du client ciblés par l'intervention

A – Champ expérientiel et liens inter-champs

A.1 – Champ 1 : Contact thérapeutique immédiat

1. Le client est invité à identifier son ressenti quant à l'échange actuel.
2. Le client est invité à approfondir ce qu'il ressent quant à l'échange actuel.
3. Le client est invité à identifier ses pensées quant à l'échange actuel.
4. Le client est invité à élaborer ses pensées quant à l'échange actuel.
5. Le client est invité à s'imaginer ce que le thérapeute ressent quant à l'échange actuel.
6. Le client est invité à s'imaginer ce que le thérapeute pense de l'échange actuel.
7. Le thérapeute partage avec le client ce qu'il ressent dans l'échange actuel.
8. Le thérapeute partage avec le client ce qu'il pense de l'échange actuel.

A.2 – Champ 2 : Séquence passée de la relation thérapeutique

1. Le client est invité à identifier son ressenti quant à un échange passé.
2. Le client est invité à approfondir son ressenti quant à un échange passé.
3. Le client est invité à identifier ses pensées quant à un échange passé.
4. Le client est invité à élaborer ses pensées quant à un échange passé.
5. Le client est invité à s'imaginer ce que le thérapeute a ressenti dans un échange passé.
6. Le client est invité à s'imaginer ce que le thérapeute a pensé dans un échange passé.
7. Le thérapeute partage avec le client ce qu'il a ressenti dans un échange passé.
8. Le thérapeute partage avec le client ce qu'il a pensé dans un échange passé.

A3 – Champ 3 : Contacts et relations significatives de la vie courante

1. Le client est invité à identifier son ressenti quant à un échange dans sa vie courante.
2. Le client est invité à approfondir son ressenti quant à un échange dans sa vie courante.
3. Le client est invité à identifier ses pensées quant à un échange dans sa vie courante.
4. Le client est invité à élaborer ses pensées quant à un échange dans sa vie courante.
5. Le client est invité à s’imaginer ce que le thérapeute ressent quant à un échange dans sa vie courante.
6. Le client est invité à s’imaginer ce que le thérapeute pense quant à un échange dans sa vie courante.
7. Le thérapeute partage avec le client ce qu’il ressent quant à un échange dans la vie courante du client.
8. Le thérapeute partage avec le client ce qu’il pense quant à un échange dans la vie courante du client.

#### A.4 – Champ 4 : Contacts et relations significatives du passé (en particulier l’enfance)

1. Le client est invité à identifier son ressenti quant à un échange de son passé.
2. Le client est invité à approfondir son ressenti quant à un échange de son passé.
3. Le client est invité à identifier ses pensées quant à un échange de son passé.
4. Le client est invité à élaborer ses pensées quant à un échange de son passé.
5. Le client est invité à s’imaginer ce que le thérapeute ressent quant à un échange du passé du client.
6. Le client est invité à s’imaginer ce que le thérapeute pense quant à un échange du passé du client.
7. Le thérapeute partage avec le client ce qu’il ressent quant à un échange du passé du client.
8. Le thérapeute partage avec le client ce qu’il pense quant à un échange du passé du client.

### A.5 – Liens inter-champs

1. Le client est invité à faire un lien entre le champ 1 et le champ 2.
2. Le client est invité à faire un lien entre le champ 1 et le champ 3.
3. Le client est invité à faire un lien entre le champ 1 et le champ 4.
4. Le client est invité à faire un lien entre les champs 1, 2 et 3.
5. Le client est invité à faire un lien entre les champs 1, 2 et 4.
6. Le client est invité à faire un lien entre les champs 1, 3 et 4.
7. Le client est invité à faire un lien entre les champs 2, 3 et 4.
8. Le client est invité à faire un lien entre les champs 1, 2, 3 et 4.

### B – Cycles thérapeutiques

#### B.1 – Reproduction (transférentiel)

#### B.2 – Reconnaissance (herméneutique)

#### B.3 – Réparation (réel)

### C – Types d'expérience du client ciblés par l'intervention

#### C.1 – Prise de conscience de l'expérience immédiate corporelle.

#### C.2 – Prise de conscience du ressenti.

#### C.3 – Prise de conscience du ressenti nouveau.

#### C.4 – Activation du ressenti.

#### C.5 – Prise de conscience des pensées, besoins, comportements.

#### C.6 – Prise de conscience de ses modes de régulation du contact.

#### C.7 – Prise de conscience de ses représentations de soi et de l'autre.

#### C.8 – Création de nouveau sens, tout en maintenant l'affect à proximité de la conscience du client.

**Appendice J**  
Formulaire de consentement libre et éclairé

Dans le cadre d'un projet de thèse de doctorat pour psychologues en exercice  
Université de Sherbrooke

Kieron O'Connor, Ph. D.

Professeur de psychologie, Université du Québec en Outaouais

et

Guilhème Pérodeau, Ph. D.

Professeur de psychologie Université du Québec en Outaouais

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité (e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

### Titre du projet

Efficacité de la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet (P.G.R.O.) sur le trouble dépressif majeur.

### Objectifs du projet

J'effectue une étude dont l'objectif principal est d'étudier l'application de la P.G.R.O. et son efficacité sur le trouble dépressif majeur. Bien que la P.G.R.O. soit en accord avec plusieurs principes de changement thérapeutiques validés empiriquement, il n'existe pas encore de données spécifiques à son application au trouble dépressif majeur. L'incidence du trouble dépressif majeur est à la hausse et il est souvent récurrent. Il est donc important de travailler sur le développement de traitements psychothérapeutiques dans le but d'améliorer l'efficacité des interventions.

### Raison et nature de la participation

Votre participation à cette étude est sollicitée puisque vous avez reçu le diagnostic de trouble dépressif majeur, et vous avez souffert de symptômes dépressifs dans le passé.

Si vous consentez à participer à cette étude, elle se déroulera de la façon suivante :

- Une rencontre initiale d'évaluation au moyen de questionnaires psychologiques afin de déterminer si vous satisfaites les critères pour participer à l'étude, effectuée par un évaluateur indépendant, psychologue respectant les règles de confidentialité de l'Ordre des psychologues du Québec.
- 20 séances de psychothérapie hebdomadaires effectuées par la chercheuse. Elles auront lieu dans le cabinet de la chercheuse et seront d'une durée de 50 minutes. Elles se dérouleront de la même façon, que vous participiez à l'étude ou pas.
- Un questionnaire concernant comment vous vous sentez, à remplir et remettre à la chercheuse sur une base hebdomadaire, prenant environ cinq minutes de votre temps, afin de recueillir des données qui serviront à la recherche. L'évaluateur indépendant vous expliquera comment le remplir lors de la rencontre initiale.

- Deux rencontres d'évaluation au moyen de questionnaires psychologiques quelques jours après la 20<sup>e</sup> séance de psychothérapie et six mois après la dernière rencontre, afin de recueillir des données qui serviront à la recherche effectuée par l'évaluateur indépendant.
- Un suivi téléphonique un an après la fin de la 20<sup>e</sup> séance de psychothérapie, effectuée par la chercheuse, afin de vérifier si vous souffrez de symptômes dépressifs. Ces données serviront à la recherche.

Aux fins de la recherche, les séances de psychothérapie seront enregistrées sur support audio seulement, afin qu'un évaluateur puisse vérifier l'adhésion à l'approche psychothérapeutique en écoutant un maximum de quatre séances choisies au hasard. Il n'aura accès à aucune donnée nominative. L'évaluateur portera son attention sur mes interventions seulement. C'est un psychologue, membre de l'Ordre des psychologues du Québec et soumis au Code de déontologie concernant la confidentialité. Les enregistrements serviront aux seules fins du présent projet.

#### Avantages pouvant découler de la participation

Dans le cadre de cette étude, vous participerez à 20 séances de psychothérapie par une psychologue d'expérience. Vous bénéficierez d'une évaluation psychométrique sans frais avant et après les séances, permettant de mesurer et ainsi mieux identifier les changements dans votre état. Vous contribuerez à l'avancement des connaissances scientifiques. Un montant de 50 \$ vous sera alloué pour couvrir vos frais de déplacement aux sessions d'évaluation.

#### Inconvénients pouvant découler de la participation

Il n'y a pas d'inconvénients spécifiques à la participation à cette étude. Comme pour toute personne qui s'engage dans une psychothérapie, il se peut qu'en cours de démarche nous abordions certains sujets plus délicats pouvant occasionner de l'inconfort psychologique. Dans ces conditions, je serai sensible à cela et en mesure de procurer le soutien nécessaire.

- Deux rencontres d'évaluation au moyen de questionnaires psychologiques quelques jours après la 20<sup>e</sup> séance de psychothérapie et six mois après la dernière rencontre, afin de recueillir des données qui serviront à la recherche effectuée par l'évaluateur indépendant.

- Un suivi téléphonique un an après la fin de la 20<sup>e</sup> séance de psychothérapie, effectuée par la chercheuse, afin de vérifier si vous souffrez de symptômes dépressifs. Ces données serviront à la recherche.

Aux fins de la recherche, les séances de psychothérapie seront enregistrées sur support audio seulement, afin qu'un évaluateur puisse vérifier l'adhésion à l'approche psychothérapeutique en écoutant un maximum de quatre séances choisies au hasard. Il n'aura accès à aucune donnée nominative. L'évaluateur portera son attention sur mes interventions seulement. C'est un psychologue, membre de l'Ordre des psychologues du Québec et soumis au Code de déontologie concernant la confidentialité. Les enregistrements serviront aux seules fins du présent projet.

#### Avantages pouvant découler de la participation

Dans le cadre de cette étude, vous participerez à 20 séances de psychothérapie par une psychologue d'expérience. Vous bénéficierez d'une évaluation psychométrique sans frais avant et après les séances, permettant de mesurer et ainsi mieux identifier les changements dans votre état. Vous contribuerez à l'avancement des connaissances scientifiques. Un montant de 50 \$ vous sera alloué pour couvrir vos frais de déplacement aux sessions d'évaluation.

#### Inconvénients pouvant découler de la participation

Il n'y a pas d'inconvénients spécifiques à la participation à cette étude. Comme pour toute personne qui s'engage dans une psychothérapie, il se peut qu'en cours de démarche nous abordions certains sujets plus délicats pouvant occasionner de l'inconfort psychologique. Dans ces conditions, je serai sensible à cela et en mesure de procurer le soutien nécessaire.

### Droit de retrait sans préjudice de la participation

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment à votre participation à la recherche et poursuivre la démarche psychothérapeutique si vous le souhaitez.

### Confidentialité

Votre nom ne paraîtra sur aucun document relié à l'étude, car je vais vous attribuer un code numérique qui va paraître au lieu de votre nom. Des mesures seront prises en vue de protéger votre identité et assurer la confidentialité et l'anonymat des données qui vous concernent lors de la préparation du document aux fins de présentation et de publication scientifique. Les données recueillies à votre sujet seront conservées de façon strictement confidentielle, dans les limites prévues par la loi sous clé et détruites après une période de cinq ans. Le matériel ne servira qu'à la seule fin de cette étude. Lorsque l'étude sera complétée, je serai disponible pour vous informer des résultats obtenus.

### Surveillance des aspects éthiques et identification du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, veuillez communiquer avec Madame Dominique Lorrain, présidente du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université de Sherbrooke : 819 821-8000, poste 61039, ou par l'intermédiaire de son secrétariat au 819 821-8000, poste 62644.

### **Consentement libre et éclairé du participant**

Je, \_\_\_\_\_ (nom en lettres moulées), déclare avoir lu et compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et les raisons de ma par-

ticipation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer à cette recherche.

Nom \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_, chercheuse principale de l'étude, déclare que mes directeurs de recherche et moi-même sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce formulaire et de vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Dominique Noël, M.Ps. \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_