

MISE AU POINT

L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique

Therapeutic alliance in psychotherapy: The contribution of empirical research

R.-F. Rodgers^{a,*}, L. Cailhol^{d,e}, E. Bui^b, R. Klein^c, L. Schmitt^b, H. Chabrol^a

^a Centre d'études et de recherches en psychopathologie, université Toulouse-II-Le-Mirail, pavillon de la recherche, 5, allées Antonio-Machada, 31058 Toulouse cedex, France

^b Service de psychiatrie et de psychologie médicale, hôpital universitaire de Purpan-Casselardit, 170, avenue de Casselardit, 31059 Toulouse cedex, France

^c Centre hospitalier G.-Marchant, 134, route d'Espagne, 31057 Toulouse cedex, France

^d UF urgences psychiatriques, pôle urgences réanimation, CHG, 82013 Montauban, France

^e Inserm, hôpital Purpan, CHU de Toulouse, CIC 9302 Toulouse, France

Reçu le 9 septembre 2009 ; accepté le 15 décembre 2009

Disponible sur Internet le 7 avril 2010

MOTS CLÉS

Alliance thérapeutique ;
Psychothérapie ;
Devenir clinique

Résumé L'alliance thérapeutique, définie par la qualité de la relation entre le patient et son thérapeute, ainsi que leur accord sur les buts et les tâches de la prise en charge, est un concept largement utilisé en pratique clinique et psychothérapique. La validation d'échelles de mesure de ce concept a permis de réaliser un nombre important de recherches quantitatives. La profusion de ces données limite cependant une diffusion synthétique de ce corpus de connaissances aux cliniciens. À l'aide d'une revue de la littérature empirique nous avons organisé notre réflexion en quatre points : a : la relation entre alliance et devenir clinique ; b : son évolution au cours de la thérapie ; c : son mécanisme d'action en tant que facteur de changement ; et d : les facteurs influant son installation et son évolution. L'alliance thérapeutique reste aujourd'hui l'une des variables de processus psychothérapique les plus étudiées. Elle permet la mise en place d'un travail de changement au sein d'une relation thérapeutique et, à défaut ou en combinaison avec des facteurs spécifiques, semble à elle seule un facteur d'évolution pour les patients. Plusieurs facteurs sont repérés comme favorisant sa mise en place et son évolution au sein de la thérapie. Ce champ de recherche reste riche et quelques pistes de réflexions futures sont évoquées, en particulier quant au mécanisme d'action de l'alliance en tant que facteur de changement.

© L'Encéphale, Paris, 2010.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rodders.rachel@gmail.com (R.-F. Rodgers).

KEYWORDS

Therapeutic alliance;
Psychotherapy;
Outcome

Summary

Introduction. – The therapeutic alliance in psychotherapy refers to the quality of the relationship between therapist and patient, as well as their agreement upon the aims and tasks of the treatment. This concept is widely used in clinical settings and, since the validation of a number of instruments, has become the focus of much research. However, the quantity of experimental evidence now available impedes the dissemination of these findings among clinicians in a concise manner.

Literature findings. – The present paper aimed to provide a review of the literature reporting experimental evidence focusing on the therapeutic alliance. In order to do this, findings were organized around four main issues: the relationship between the therapeutic alliance and clinical outcome; the evolution of the therapeutic alliance over time; the mechanism of action by which the therapeutic alliance encourages change, and finally the factors that have been shown to influence the creation and evolution of the alliance.

Discussion. – This review reveals that the therapeutic alliance is to this day one of the most investigated factors of psychotherapy. The therapeutic alliance enables change to take place during psychotherapy and, along with a number of specific factors, appears to be important for clinical outcome. Over time, the therapeutic alliance has been seen to evolve and several patterns have been identified. A number of characteristics inherent to the patient, the therapist, and even their interaction have been reported to influence the development and strength of the therapeutic alliance. Several hypotheses have been put forward to account for the mechanism by which the therapeutic alliance encourages change.

Conclusion. – The area of research regarding the therapeutic alliance remains dynamic. Despite the present body of knowledge surrounding this concept, a number of research questions await further investigation.

© L'Encéphale, Paris, 2010.

Introduction

Le concept d'alliance de travail, introduit par Greenson [22], issu du courant psychanalytique et de la psychologie humaniste, a permis d'élaborer une conception nouvelle du lien thérapeutique, à présent décrit comme un facteur thérapeutique majeur [9]. Luborsky et al. ont les premiers opérationnalisés la notion d'alliance aidant [36]. Selon ces auteurs, l'alliance thérapeutique recouvre à la fois le soutien que le patient perçoit de la part du thérapeute et l'impression de collaboration avec celui-ci vers un but commun. D'autres auteurs soulignent, outre la notion de lien relationnel et d'accord sur les buts de la thérapie, celle d'accord sur les tâches à réaliser [29].

L'enjeu de la question, en pratique clinique, se reflète dans l'importance des taux de perdus de vue dans les parcours de soins psychiatriques [32]. Par ailleurs, l'alliance a pu aussi montrer son intérêt dans la prise en charge des patients en soins de premier recours, particulièrement dans la dépression [15]. L'intérêt porté par la recherche empirique à l'alliance provient de la difficulté à cerner les facteurs actifs, permettant le changement, dans une psychothérapie. Le modèle médical de la psychothérapie, fondé sur la spécificité des traitements, cède la place au modèle contextuel, centré sur les éléments communs du processus thérapeutique, qui restitue au patient sa part active dans la thérapie [43]. Ce changement est amené en partie par des études qui ne mettent en avant aucun lien entre les éléments spécifiques de la thérapie et son efficacité, avec

une taille de l'effet nulle [43]. Plus récemment, à ainsi émergé le rôle des facteurs communs, non spécifiques à une psychothérapie particulière (le cadre, la perception de la relation, l'allégeance et la compétence du thérapeute dans sa méthode, les attentes du patient) et en particulier l'importance de la qualité de la relation humaine dans le processus de changement [44].

L'intérêt pour l'alliance commence à émerger dans la littérature francophone au niveau théorique (ex: [10]), mais aussi avec quelques études empiriques (ex [17]). Malgré l'existence de travaux réalisés par des auteurs francophones, la littérature qui en résulte demeure largement anglophone. Dans ce contexte, l'objectif de cet article est de proposer une réponse, à partir d'une revue de littérature, à la question du rôle de l'alliance dans le processus psychothérapeutique quel que soit le courant envisagé.

La revue de la littérature s'est basée sur les publications parues entre 1965 et 2008, repérées dans les bases de données Pubmed et PsychINFO en utilisant les mots clés *helping alliance*, *working alliance*, *therapeutic alliance*. La sélection a été complétée par une recherche manuelle à partir des bibliographies des articles retenus. Notre recherche bibliographique s'est orientée autour de quatre questions :

- l'alliance précoce peut-elle prédire l'évolution des patients en psychothérapie?

- comment l'alliance évolue-t-elle au cours de la psychothérapie ?
- quels sont les facteurs influençant l'évolution de l'alliance au cours du traitement ?
- comment peut-elle être un facteur de changement durant le travail psychothérapeutique ?

L'alliance précoce en tant que prédicteur de l'évolution des patients en psychothérapie ?

Suite aux travaux de Strupp et Hadley [44] mettant en évidence le rôle des facteurs aspécifiques, un fort courant de recherche s'est intéressé au lien entre l'alliance thérapeutique et le devenir des patients en psychothérapie. Au niveau méthodologique, le concept d'alliance a pu être approché à travers une multiplicité d'échelles dont nous avons reporté (Tableau 1) celles qui sont disponibles en version française. Toutes les échelles possèdent des propriétés psychométriques voisines [38]. Elles utilisent trois façons d'observer et de quantifier le phénomène (le point de vue du patient, celui du thérapeute ou celui d'un observateur extérieur) et ne se différencient que par les dimensions mesurées.

Deux méta-analyses [29,40] retrouvent des résultats concordants en faveur d'un lien statistique entre l'alliance précoce, établie en début de traitement et le devenir des patients au décours du traitement, avec une taille de l'effet de 0,26 et 0,22. Les travaux incluent, en majorité, des théra-

pies psychodynamiques, gestalt, cognitives, et intégratives. Cette même association entre alliance précoce et devenir a été décrite depuis au sein de thérapies familiales [42] et de thérapies brèves [45,46].

Ce lien, toutefois modeste, ne répond pas à la question de la causalité. Trois possibilités, pouvant coexister, semblent se profiler [11]. Tout d'abord, le résultat robuste de l'association entre l'alliance précoce et le devenir clinique pourrait se lire de manière causale, l'alliance favorisant le cours de la thérapie. Deuxièmement, cette association pourrait aussi s'interpréter dans le sens inverse, avec une amélioration symptomatique précoce et un meilleur devenir, responsables de l'alliance précoce. Une troisième lecture soulignerait le risque de confusion de la mesure précoce de l'alliance avec d'autres facteurs : la chronicité des symptômes ou les attentes envers la thérapie. Ainsi la mesure obtenue ne serait pas le reflet de l'alliance, mais d'une autre variable.

Ces différentes hypothèses ont fait l'objet d'exploration expérimentale. Certaines études ont mis en évidence une association entre l'amélioration symptomatique précoce et l'alliance [6], ainsi qu'un lien entre le devenir clinique et les attentes envers la thérapie [41]. Par ailleurs, seule une étude retrouve un lien significatif entre l'alliance précoce et le devenir clinique à l'aide d'une méthodologie valide permettant de contrôler des facteurs de confusion dont l'amélioration symptomatique précoce et une gamme de caractéristiques du patient [31], invalidant l'hypothèse de variables de confusion.

Tableau 1 Échelles de mesure de l'alliance traduites en français.

Auteurs	Traduction	Nom	Construction et recueil
Alexander et Luborsky [2]	Gérin et al. [21]	Helping alliance questionnaire method (HAQ-I)	Auto questionnaire (patient ou thérapeute ou observateur) Deux sous-échelles respectivement de 8 (soutien) et trois items (collaboration) ; chaque item est noté de -3 à +3
Luborsky et al. [35]	Le Bloc'h et al. [34]	Helping alliance questionnaire method II (HAQ-II)	Auto questionnaire thérapeute et patient 19 items (retrait de six items du HAQ-I reflétant une amélioration précoce et ajout de 14 nouveaux items autour de la collaboration thérapeutique et de la perception du soignant par le patient) ; chaque item est noté de 1 à 6
Horvath et Greenberg, [28]	Guédénéy et al. [23]	Working alliance inventory (WAI)	3 versions : patient, thérapeute et observateur 36 items sur le lien, l'accord sur les buts et l'accord sur les tâches (version courte 12 items) ; chaque item est coté de 1 à 7
Gaston et Marmar, [20]	Bachelor et al. [3], Marmar et Gaston [39]	California psychotherapy alliance scales (CALPAS)	3 versions : patient, thérapeute et observateur 24 items sur l'alliance thérapeutique et de travail, la contribution du thérapeute à l'alliance, l'accord du patient et du thérapeute sur les buts et les tâches ; chaque item est coté de 1 à 7.

Évolution de l'alliance au cours de la psychothérapie

L'alliance se forme en début de thérapie au cours des cinq premières séances [27]. Cette alliance, dite « alliance précoce », prédit le devenir. La majorité des auteurs décrit le niveau de l'alliance comme variable au cours de la thérapie. Un premier courant plaide pour une augmentation progressive de l'alliance au fil du travail thérapeutique [30]. Un second, propose une période de tensions et de relâchement de l'alliance faisant suite à la mise en place de l'alliance précoce [27] selon une représentation par une forme en « U ». D'autres décrivent une croissance globale, ponctuée de cycles ruptures et de réparations menées avec succès [8].

Si certains auteurs confirment l'augmentation régulière de l'alliance cotée parallèlement par le patient et le thérapeute [25], d'autres proposent qu'au cours de la thérapie, l'alliance pourrait augmenter ou au contraire décroître de façon linéaire en fonction du niveau d'alliance initial [43]. Le profil d'évolution proposé par Bordin [8] a lui aussi reçu une confirmation [21]. Enfin, un certain nombre de recherches ne décrivent aucune évolution significative de l'alliance au fil du temps [4].

Facteurs influençant l'évolution de l'alliance au cours du traitement

Initialement, l'alliance était considérée comme simplement liée au patient [18]. Actuellement, sont décrits d'autres facteurs liés au thérapeute, à l'interaction patient/thérapeute et enfin aux techniques thérapeutiques [12].

Certaines caractéristiques du patient semblent favoriser la mise en place d'une bonne alliance. Elles peuvent se regrouper en trois grandes catégories : les aspects diagnostiques avec en particulier la sévérité symptomatologique, les capacités interpersonnelles en termes de relations sociales et d'évènements de vie stressants et enfin les dynamiques intrapersonnelles regroupant la motivation de changement ainsi que les relations d'objets et styles d'attachement [29].

De même, le thérapeute peut influencer de façon significative sur la mise en place de l'alliance à travers ses caractéristiques personnelles. En particulier la flexibilité, l'honnêteté, le respect, la chaleur, l'intérêt, l'assurance et l'ouverture [2]. De plus, l'empathie, la congruence et l'estime du patient ont émergé en tant que prédicteurs d'une bonne alliance [24]. Au contraire, certaines caractéristiques pourraient nuire à l'alliance, à savoir la rigidité, l'incertitude, une attitude critique, distante, tendue et distraite [1]. Des résultats récents proposent que l'alliance thérapeutique serait un modérateur de la relation entre les compétences du thérapeute, ou son adhésion au protocole de soin et l'évolution du patient [7,14].

Outre les contributions respectives du patient et du thérapeute, leur interaction apparaît comme un facteur important pour la mise en place de l'alliance thérapeutique. Dans cette optique, certains patients seraient plus à même de former une bonne alliance avec certains thérapeutes en fonction de divers critères (origine ethnique, sexe, personnalité) [12].

Peu d'études ont évalué les contributions relatives du patient, du thérapeute et de leur interaction. Elles ont donné des résultats contraires et divergents [5].

Par ailleurs, certaines techniques thérapeutiques semblent influencer sur l'alliance, notamment la reformulation, la notification des succès thérapeutiques passés, la justesse des interprétations, la facilitation de l'expression des affects et l'attention portée aux expériences du patient influent de façon favorable sur l'alliance [1]. L'effet, potentiellement néfaste, de l'interprétation du transfert, concernant spécifiquement la relation entre le patient et le thérapeute, a suscité un intérêt tout particulier, notamment concernant le traitement des troubles de la personnalité borderline [19]. Des études plus récentes proposent que le thérapeute ajuste ses interventions en fonction des mécanismes de défense des patients afin de préserver l'alliance thérapeutique [13]. Ainsi, en présence d'une alliance basse, le thérapeute devrait utiliser des interventions plus soutenantes, alors qu'une forte alliance serait propice à des interventions plus interprétatives.

Comment l'alliance peut-elle être un facteur de changement durant le travail psychothérapeutique ?

Trois grands courants de pensée semblent apporter une réponse à cette question. Le premier, considère que l'alliance améliore la prise médicamenteuse. Elle potentialise alors l'activité spécifique du traitement prescrit [16]. Une seconde conception, aborde l'alliance thérapeutique comme un ingrédient non actif en soi, mais facilitateur de la thérapie. L'alliance puise son efficacité de la perception de collaboration en vue d'un but commun en encourageant l'interaction thérapeutique [33]. Ainsi, telle un baromètre, elle permettrait au thérapeute de jauger l'impact de son intervention ou son activité [18]. Elle favoriserait alors la co-construction d'un espace interpersonnel de sécurité au sein duquel le patient sera plus à même de réaliser les tâches nécessaires à la progression de son travail psychothérapeutique [37]. La troisième voie considère l'alliance en tant que facteur actif en lui-même, notamment par les cycles de ruptures et de réparation du lien grâce auxquels, avec l'aide du thérapeute, le patient va pouvoir adopter de nouvelles stratégies relationnelles [26].

Discussion

Les données empiriques de la littérature soutiennent l'intérêt de l'alliance thérapeutique dans le cadre de la relation médicale ou psychothérapeutique, quelles que soient les techniques ou la théorie de cette dernière. En réponse aux principales questions soulevées, la littérature regroupée dans cette revue soutient que l'alliance thérapeutique précoce est faiblement, mais solidement associée au devenir clinique des patients. Cependant, elle met en avant la pénurie d'études expérimentales visant à élucider les processus sous-jacents. Ensuite, trois explications possibles sont évoquées concernant le rôle de l'alliance en tant que facteur de changement. Ces différentes hypothèses ne sont pas sans soutien expérimental, ce qui laisse entrevoir la possibilité qu'elles puissent être complémentaires. Peut-être faut-il considérer que l'alliance thérapeutique agit pour

le changement de manière différente selon les techniques psychothérapeutiques mises en œuvre? De la même façon, cette revue met en avant les divergences de résultats quant à l'évolution de l'alliance au cours de la thérapie. Enfin, ce travail résume un certain nombre de facteurs qui semblent pouvoir influencer sur la mise en place de l'alliance thérapeutique. En particulier sont relevées des caractéristiques du patient, mais aussi du thérapeute et enfin de leur interaction.

En dépit de la quantité de travaux centrés sur l'alliance thérapeutique, de nombreux points restent à éclaircir. En particulier : la manière dont l'alliance agit sur le processus de changement thérapeutique ; la part de l'alliance due au thérapeute ; et les techniques permettant développer l'alliance et en réparer les ruptures [11]. Outre ces considérations empiriques, une compréhension théorique plus solide du lien entre alliance et devenir clinique semble nécessaire [9]. Bien que le champ d'investigation de l'alliance thérapeutique s'étende, certains domaines demeurent toutefois peu explorés, en particulier, au sein de la santé mentale juvénile, en psychiatrie, ainsi que chez les patients souffrant de troubles de la personnalité.

En conclusion, l'alliance thérapeutique reste aujourd'hui l'une des variables de processus psychothérapeutiques les plus étudiées mais sont encore à explorer précisément les conditions de son installation, sa chronologie et son pouvoir prédictif sur le devenir clinique du patient.

Références

- [1] Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev* 2003;23:1–33.
- [2] Alexander LB, Luborsky L. The Penn helping alliance scales. In: Greenberg LS, Pinsof WM, editors. *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford; 1986. p. 325–66.
- [3] Bachelor A, De Grace G, Pocreau J-B. Traduction française du CALPAS, version thérapeute. Unpublished manuscript 1991; école de psychologie, université Laval. Québec, Canada.
- [4] Bachelor A, Salamé R. Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *J Psychother Pract Res* 2000;9:39–53.
- [5] Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZA. Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(6):842–52.
- [6] Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, et al. Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(6):1027–32.
- [7] Barber JP, Gallop R, Crits-Christoph P, et al. The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychother Res* 2006;16(2):229–40.
- [8] Bordin ES. A psychodynamic view of counseling psychology. *The Counseling Psychologist* 1981;9(1):62–6.
- [9] Castonguay LG, Constantino MJ, Grosse Holtforth M. The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, research, practice. Training* 2006;43(3):271–9.
- [10] Charpentier A, Goudemand M, Thomas P. L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale* 2008;35(1):80–9.
- [11] Crits-Christoph P, Connolly Gibbons MB, Hearon B. Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, research, practice. Training* 2006;43(3):280–5.
- [12] DeRubeis RJ, Brotman MA, Gibbons CJ. A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clin Psychol Science Pract* 2005;12:174–83.
- [13] Despland J-N, de Roten Y, Despars J, et al. Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development for early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *J Psychother Pract Res* 2001;10:155–64.
- [14] Despland J-N, de Roten Y, Drapeau M, et al. The role of alliance in the relationship between therapist competence and outcome in brief psychodynamic psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 2009;197(5):362–7.
- [15] Ellis PM, Smith DAR. Treating depression: The beyond blue guidelines for treating depression in primary care. *Med J Aust* 2002;176:577–83.
- [16] Frank E, Kupfer DJ, Siegel LR. Alliance not compliance: A philosophy of outpatient care. *J Clin Psychiatry* 1995;56(suppl 1):11–6.
- [17] Frémont P, Gérard A, Sechter D, et al. L'alliance thérapeutique au début d'une prise en charge pour dépression par le généraliste. *L'Encéphale* 2008;34(2):205–10.
- [18] Frieswyk SH, Allan JG, Colson DB, et al. Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1986;54(1):32–8.
- [19] Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG, et al. Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: A high-risk, high-gain phenomenon. *Harv Rev Psych* 1994;2:59–69.
- [20] Gaston L, Marmar CR. Manual for the California psychotherapy alliance scales. Unpublished manuscript. Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, Québec, Canada; 1991.
- [21] Gérin P, Dazard A, Abdelmadjid S. Psychothérapies et changements. *Méthodologie de leur évaluation*. Paris: PUF; 1991.
- [22] Greenson RR. The working alliance and the transference neuroses. *Psychother Quart* 1965;34:155–81.
- [23] Guédény N, Fermanian J, Curt F, et al. Testing the working alliance inventory (WAI) in a French primary care setting: Predictive value and factor structure. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(10):844–52.
- [24] Hersoug AG, Høglend P, Monsen JT, et al. Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *J Psychother Pract Res* 2001;10:205–16.
- [25] Hilsenroth MJ, Peters EJ, Ackerman SJ. The development of the therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *J Pers Assess* 2004;83(3):332–44.
- [26] Horvath AO. The alliance. *Psychotherapy* 2000;38(4):365–72.
- [27] Horvath AO, Gaston L, Luborsky L. The therapeutic alliance and its measures. In: Miller L, Luborsky L, Barber J, Docherty P, editors. *Psychodynamic treatment and research*. New York: Basic Books; 1993. p. 247–73.
- [28] Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the working alliance inventory. *J Counsel Psychol* 1989;36:223–33.
- [29] Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Counsel Psychology* 1991;38(2):139–49.
- [30] Klee MR, Abeles N, Muller RT. Therapeutic alliance: Early indicators, course and outcome. *Psychotherapy* 1990;27(2):166–74.
- [31] Klein DN, Schwartz JE, Santiago NJ, et al. Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(6):997–1006.

- [32] Knesper DJ. A study of referral failures for potentially suicidal patients: A method of medical care evaluation. *Psychiatr Serv* 1982;33:49–52.
- [33] Kozart MF. Understanding efficacy in psychotherapy: An ethno-methodological perspective on the therapeutic alliance. *Am J Orthopsychiatry* 2002;72(2):217–31.
- [34] Le Bloc'h Y, de Roten Y, Drapeau M, et al. New, but improved? Comparison between first and revised version of the helping alliance questionnaire. *Schweizer Arch Neurol Psychiatr* 2006;157:23–8.
- [35] Luborsky L, Barber J, Siqueland L, et al. The revised helping alliance questionnaire (HAQII): Psychometric properties. *J Psychother Pract Res* 1996;5:260–71.
- [36] Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, et al. Two helping alliance methods for predicting outcomes in psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1983;171(8):480–91.
- [37] Mallinckrodt B. Change in working alliance, social support, and psychological symptoms in brief therapy. *J Counsel Psychol* 1996;43(4):448–55.
- [38] Marcolino JAM, Iacoponi E. The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2003;25(2):78–86.
- [39] Marmar CR, Gaston L. The California psychotherapy alliance scales. Patient version (French translation). Montreal, Québec, Canada: Allan Memorial Institute; 1989 (unpublished manuscript).
- [40] Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(3):438–50.
- [41] Meyer B, Pilkonis PA, Krupnick JL, et al. Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analysis from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:1051–5.
- [42] Perreira T, Lock J, Oggins J. Role of therapeutic alliance in family therapy for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39:677–84.
- [43] Piper WE, Ogrodniczuk JS, Lamarche C, et al. Level of alliance, pattern of alliance, and outcome in short-term group therapy. *Int J Group Psychother* 2005;55(4):527–50.
- [44] Strupp HH, Hadley SW. Specific vs nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1125–36.
- [45] Wampold BE. The great psychotherapy debate: Models, methods and findings. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001.
- [46] Wettersten KB, Lichtenberg JW, Mallinckrodt B. Associations between working alliance and outcome in solution-focused brief therapy and brief interpersonal therapy. *Psychother Res* 2005;15:35–43.