UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES INTERVENTIONS DES PSYCHOTHÉRAPEUTES EN CONTEXTE DE RUPTURE D'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

ESSAI DE 3e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
JÉRÔME RAYMOND

AOÛT 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Dominick Gamache, Ph. D. — directeur de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Maheux, Ph. D. — codirectrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation :

Dominick Gamache, Ph. D. — directeur de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Lefebvre, Ph. D. — évaluatrice interne
Université du Québec à Trois-Rivières

J. Éric Dubé, Ph. D. — évaluateur externe
Université du Québec à Montréal

Sommaire

L'alliance thérapeutique (AT) est considérée comme étant un facteur commun qui influence le changement en psychothérapie (Wampold, 2019) et les ruptures d'alliance thérapeutique (RAT) sont importantes à considérer. Peu d'études permettent de comprendre la contribution des psychothérapeutes à l'AT et plus précisément dans les RAT (Baldwin & Imel, 2013; Baldwin et al., 2007). Dans le cadre de l'étude, nous nous concentrons sur les caractéristiques des psychothérapeutes et sur l'influence qu'elles peuvent avoir sur les RAT. Le premier objectif spécifique consiste à regrouper des psychothérapeutes selon la force de leurs caractéristiques. Les caractéristiques mesurées sont les traits de personnalité narcissiques (TrPN; Chused, 2012; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Goldner, 2016; Jiyoung & Gabsook, 2013; Luchner et al., 2008), l'empathie (Elliott et al., 2019) et la régulation émotionnelle (Gross & Jazaieri, 2014; Gross et al., 2011). Ces caractéristiques sont mesurées avec le *Pathological Narcissism Inventory* (PNI), l'*Index de réactivité interpersonnelle* (IRI) et le *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS). Le deuxième objectif spécifique est d'explorer si la présence de ces caractéristiques influence les interventions des psychothérapeutes en contexte de RAT. Les participants ont répondu à des vignettes cliniques (Eubanks, Burckell et al., 2018). Dans les réponses aux vignettes cliniques, les types d'intervention, l'efficacité et la réactivité des psychothérapeutes étaient analysés. Les 52 participants étaient tous des membres de l'Ordre des psychologues du Québec et pratiquaient au moins une heure de psychothérapie par semaine. Les résultats aux analyses de regroupement permettent de soutenir la présence de trois profils distincts selon les caractéristiques des

psychothérapeutes. Le Profil 1 est nommé le profil Soucieux tandis que les profils 2 et 3 sont nommés respectivement les profils Sensible et Actif. Des analyses de différences de moyennes et de khi carré de Pearson ont permis d'explorer les différences et les tendances des participants dans leurs interventions. Aucune différence significative n'est observée entre les profils quant à l'efficacité des interventions. Les psychothérapeutes du profil Sensible ont tendance à utiliser davantage l'intervention *Validate*. Les psychothérapeutes de ce profil présentent les plus faibles capacités en empathie. Les psychothérapeutes du profil Actif ont tendance à ne pas être réactifs. Les psychothérapeutes de ce profil présentaient les plus forts scores au TrPN et à la mesure de difficultés de régulation émotionnelle. Au meilleur de nos connaissances, aucune étude n'avait jusqu'à présent mesuré l'ensemble de ces variables dans une population de psychothérapeutes. D'autres études devraient poursuivre l'exploration des processus dynamiques entre les psychothérapeutes et les clients en psychothérapie. Une meilleure connaissance de soi des psychothérapeutes, acquise par le biais de données d'études ou de formation universitaire, pourrait contribuer à enrichir l'expérience des psychothérapeutes et celle des clients en psychothérapie.

Table des matières

Sommaire iii

Liste des tableaux ix

Liste des figures x

Remerciements xi

Introduction 1

Contexte théorique 7

Alliance thérapeutique 8

Définition 9

Alliance thérapeutique parmi les facteurs communs 10

Alliance thérapeutique et objet de la présente étude 14

Rupture d'alliance thérapeutique (RAT) 15

Marqueurs de ruptures d'alliance thérapeutique 18

Interventions et alliance thérapeutique 19

Efficacité des interventions lors des RAT 21

Réactivité du psychothérapeute 24

Caractéristiques influençant l'alliance thérapeutique et le changement 30

Client 30

Contribution du psychothérapeute à l'alliance thérapeutique 33

Caractéristiques interpersonnelles du psychothérapeute 35

Traits de personnalité chez le psychothérapeute 38

Traits de personnalité narcissique chez les psychothérapeutes.....40
Traits de personnalité narcissique.....43
Traits de personnalité narcissique normaux et pathologiques 44
Trait de personnalité narcissique grandiose.....45
Trait de personnalité narcissique vulnérable 46
Impacts potentiels des traits de personnalité narcissique chez les psychothérapeutes.....47
Empathie du psychothérapeute 49
Régulation émotionnelle du thérapeute.....51
Objectifs spécifiques de l'étude 54
Premier objectif.....56
Deuxième objectif.....57
Méthode.....61
Participants.....62
Déroulement.....66
Instruments.....67
Informations sociodémographiques 67
Pathological Narcissism Inventory (PNI).....68
Index de réactivité interpersonnelle (IRI) 69
Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) 70
Vignettes cliniques.....71
Types d'intervention 72

Efficacité 74
Inefficacité 74
Réactivité 75
Tendances dans les interventions 76
Résultats 79
Analyses statistiques 80
Premier objectif de recherche 81
Deuxième objectif de recherche 84
Analyses préliminaires 86
Corrélations 86
Narcissisme 89
Empathie 90
Efficacité 90
Établissement de profils selon les caractéristiques des psychothérapeutes 91
Analyse de l'algorithme hiérarchique agglomératif 91
Analyse de type *cluster two-step* 94
Choix du modèle de cluster 95
Différences de moyennes entre les profils 97
Différences selon les profils 100
Variables sociodémographiques 100
Profils et interventions 101
Différences de moyennes 103

Analyses de khi carré de Pearson 104
Analyses descriptives des profils 108
Profil 1 108
Profil 2 111
Profil 3 113
Discussion 116
Caractéristiques des psychothérapeutes 117
Limites méthodologiques 129
Implications pour la formation des psychothérapeutes 133
Alliance Focused-Training 136
Conclusion 139
Références 143
Appendice A Formulaire de consentement des participants 164
Appendice B Questionnaire sociodémographique 169
Appendice C Vignettes cliniques 172
Appendice D Description des types d'intervention 175
Appendice E Guide des analyses descriptives 180

Liste des tableaux

Tableau

1 Variables descriptives de l'échantillon 64

2 Description des variables à l'étude 87

3 Corrélations entre les variables à l'étude 88

4 Indices statistiques aux analyses de type cluster two-step 95

5 Variables dichotomiques sociodémographiques selon les profils 102

6 Moyennes et écart-types des variables sociodémographiques selon les profils et différences de moyennes (H) entre profils. 103

7 Moyennes et écart-types des variables d'interventions selon les profils et différences de moyennes entre profils. 104

8 Analyses de khi carré selon l'utilisation ou non d'un type d'intervention et l'appartenance à un profil 106

Liste des figures

Figure

1 Figure du coude de l'analyse de l'algorithme hiérarchique agglomératif selon les cinq variables endogènes à l'étude (TrPNV, TrPNG, Mise en contexte, Préoccupation empathique et DERS).....93

2 Dendrogramme de l'analyse de l'algorithme hiérarchique agglomératif selon les cinq variables endogènes à l'étude (TrPNV, TrPNG, Mise en contexte, Préoccupation empathique et DERS).....94

3 Scores z aux variables endogènes à l'étude (TrPNV, TrPNG, Mise en contexte, Préoccupation empathique et DERS) pour les trois profils créés à la suite des analyses de type cluster.....99

Remerciements

J'aimerais d'abord remercier mes parents, Chantal et Yvan, de m'avoir inculqué les valeurs reliées à la réussite académique. Je termine un programme des cycles supérieurs qui va au-delà de vos attentes et des miennes en lien avec la réussite académique, mais l'importance que vous avez attribuée à mon parcours scolaire et au travail bien fait m'a certainement influencée à en arriver là.

J'aimerais remercier ma famille, Paméla, Jonathan, Édouard et William ainsi que mes amis Alex-André, Julien, Vincent, Phillip et Olivier pour le soutien qu'ils m'ont offert tout au long de mon parcours universitaire. Les moments que j'ai partagés avec vous m'ont encouragé et m'ont fait du bien. Malgré l'abstraction que représentent des études au doctorat en psychologie, j'ai senti votre intérêt et votre soutien pour mes activités.

J'aimerais remercier mes amis et collègues, Alexandre et Denis, avec qui j'ai pu échanger lors de mes études au doctorat. Les conversations stimulantes sur la pratique de la psychologie, que ce soit en clinique ou en sport, m'ont certainement motivé et votre propre pratique a été un modèle pour la mienne.

J'aimerais remercier Amélie, avec qui je bâtis une relation remplie de projets depuis les derniers mois. Notre relation représente bien que le dépôt de ce travail ne signifie pas une fin, mais un début vers des projets stimulants et nourrissants.

J’aimerais remercier mes superviseurs cliniques qui m’ont fait cheminer et qui m’ont confirmé que j’avais choisi la bonne profession, particulièrement Victor. Ton soutien, tes rétroactions et tes suggestions m’ont certainement permis d’assumer davantage mon développement professionnel. Merci de m’avoir laissé réfléchir et d’avoir nourri mes réflexions.

J’aimerais remercier mes directeurs de recherche, Dominick et Julie. Merci de m’avoir fait confiance lors de notre première rencontre lorsque mes idées n’étaient qu’hypothétiques. Merci d’avoir répondu à mes questions et d’avoir été présents concrètement pour ce travail de recherche qui prend une place abstraite dans le parcours doctoral. Le partage de vos intérêts de recherche à connotation clinique m’a certainement permis de trouver ma place en recherche lors des quatre dernières années.

Introduction

L'alliance thérapeutique est identifiée comme étant le facteur commun aux psychothérapies qui aurait le plus grand impact sur le changement chez le client en psychothérapie. Cet impact serait d'ailleurs présent peu importe l'approche théorique utilisée, que le traitement soit manualisé ou non, ou que le changement soit mesuré par une diminution de symptômes ou par une mesure globale du fonctionnement du client (Wampold, 2015).

L'alliance thérapeutique se construit à deux, entre le client et le psychothérapeute. Selon l'étude de Baldwin et ses collègues (2007), la variabilité de l'alliance thérapeutique serait plus grande lorsque différents psychothérapeutes sont comparés entre eux, plutôt que lorsque différents clients d'un même psychothérapeute sont comparés. Dans certains cas, comme pour le trouble de personnalité limite, la contribution du client à l'alliance thérapeutique pourrait être plus importante que celle du psychothérapeute (Guimond et al., 2021; Busmann et al., 2019). Nous visons néanmoins à clarifier l'influence du psychothérapeute sur l'alliance thérapeutique.

L'alliance thérapeutique est reconnue comme étant un processus non linéaire, dans lequel des améliorations et des détériorations peuvent se produire (Raue & Goldfried, 1994; Watson & Greenberg, 1994; Safran et al., 2011). Les détériorations sont conceptualisées par les ruptures d'alliance thérapeutique (RAT). Ainsi, les RAT sont

définies comme étant une détérioration de la qualité de la relation entre le psychothérapeute et le client ou par une altération du processus de communication entre les deux (Safran & Muran, 1996, 2000, 2006; Safran et al., 2001, 2011). Les RAT représenteront précisément l'objet de notre étude. Les RAT sont considérées comme étant inévitables dans le processus de psychothérapie et elles présentent une opportunité de changement pour le client (Eubanks et al., 2015).

Les caractéristiques des psychothérapeutes qui pourraient influencer l'alliance thérapeutique, et plus précisément les RAT seront mesurées pour pallier un manque dans ce champ d'études (Baldwin & Imel, 2013). Parmi les variables des psychothérapeutes qui pourraient influencer les RAT, les traits de personnalité seront considérés. Les traits de personnalité peuvent influencer la fréquence et l'intensité des émotions négatives ressenties, la tendance à éviter certaines expériences, la tendance à se valoriser à travers la relation, la recherche de gratification immédiate ainsi que la congruence des comportements en contexte social (American Psychiatric Association [APA], 2013). Les traits de personnalité du psychothérapeute influencent par exemple la décision du client de poursuivre ou non son suivi en psychothérapie (Cho & Yun, 1998). Plus précisément, des auteurs ont exploré l'impact de la présence des traits de personnalité narcissique (TrPN) chez le psychothérapeute. Ces auteurs concluent que la présence des TrPN chez le psychothérapeute influence la perception de la qualité de la relation ainsi que la manière d'interagir avec le client (Chused, 2012; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Goldner, 2016; Jiyoung, & Gabsook, 2013; Luchner et al., 2008).

L'empathie du psychothérapeute sera également considérée comme variable à l'étude puisqu'elle est reconnue comme étant causale pour favoriser le changement du client (Elliott et al., 2019; Peabody & Gelso, 1982; Wampold, 2015). En psychothérapie, le psychothérapeute fait preuve de compassion et tente de comprendre le client. Il fournit des efforts actifs et est attentif à ce que le client communique et à ce qu'il vit. Une sensibilité est démontrée envers ce qui influence l'expérience du client à l'intérieur et à l'extérieur du suivi en psychothérapie (Elliott et al., 2019). L'empathie expliquerait d'ailleurs 9 % du changement en psychothérapie (Elliott et al., 2019).

La régulation émotionnelle sera aussi considérée comme variable à l'étude. La capacité du psychothérapeute à moduler les émotions qu'il ressent pourrait affecter ses interactions avec le client (Bordin, 1979; Jiyoung & Gabsook, 2013). La régulation émotionnelle est la variable la plus importante pour créer une relation sécurisante entre le client et le psychothérapeute (Bowlby, 1982). Des difficultés de régulation émotionnelle se traduiraient par un lien de proximité ou de détachement trop grand avec les clients (Bowlby, 1988). Un psychothérapeute ayant des difficultés de régulation émotionnelle pourrait réagir aux émotions du client et ses interventions pourraient en être teintées (Lee & Choi, 2010). Le changement pourrait ainsi être affecté (Kim, 2003; Schaverien & Case, 2007).

Au meilleur de nos connaissances, les études qui rapportent des informations sur les caractéristiques des psychothérapeutes le font essentiellement de manière dichotomique

en étudiant leur présence ou leur absence. La possibilité d'étudier des profils de thérapeutes a été testée empiriquement par Laverdière et ses collègues (2019), qui ont proposé de former des groupes distincts de psychothérapeutes selon leurs caractéristiques d'empathie. Nous viserons également à regrouper les psychothérapeutes entre eux selon les caractéristiques mesurées. Nous analyserons par la suite l'influence de ces caractéristiques sur des situations de RAT.

Deux objectifs spécifiques de recherche sont posés pour clarifier l'influence du psychothérapeute sur les RAT. D'abord, nous[1] explorerons la possibilité de regrouper les psychothérapeutes entre eux selon les caractéristiques mesurées. Pour se faire, les participants répondront à des questionnaires autorapportés. Des profils de psychothérapeutes pourraient être créés à l'aide d'analyses de regroupement et des différences statistiquement significatives entre les profils pourraient être observées pour les caractéristiques mesurées. Ensuite, nous explorerons si les variables mesurées chez les psychothérapeutes influencent les interventions faites avec les clients en situation de rupture d'alliance thérapeutique (RAT). Pour répondre à ce deuxième objectif, les participants répondront à des mises en situation représentant des RAT. Par la suite, les réponses des participants seront analysées selon les types d'interventions utilisées, l'efficacité des interventions proposées et la réactivité démontrée par les participants.

[1] Le pronom « nous » est utilisé dans le texte pour faciliter l'écriture. Il représente les idées de l'auteur principal.

Cette étude est divisée en différentes sections. Premièrement, le contexte théorique de l'étude sera introduit par la définition des variables à l'étude telles que l'alliance thérapeutique, les ruptures d'alliance thérapeutique et les caractéristiques des psychothérapeutes pouvant influencer l'alliance thérapeutique, dont les traits de personnalité, l'empathie et la régulation émotionnelle. Cette section se terminera par les objectifs spécifiques de l'étude et les hypothèses. Deuxièmement, la méthode de recherche utilisée dans l'étude sera explicitée. Cette section inclura une description de l'échantillon à l'étude, de la procédure de recrutement des participants, de la récolte de données, des considérations éthiques et des instruments utilisés. Troisièmement, les analyses statistiques choisies pour répondre aux objectifs de recherche seront présentées et les résultats des analyses statistiques effectuées seront rapportés. Quatrièmement, une discussion concernant les résultats obtenus en lien avec les objectifs de recherche sera élaborée tout en considérant les limites et les retombées de l'étude. Finalement, une section sera consacrée aux conclusions tirées de ce travail de recherche et elles seront mises en perspective dans la littérature scientifique.

Contexte théorique

Pour bien cerner l'objet d'étude, les variables seront définies dans les prochaines sections. D'abord, l'alliance thérapeutique, les ruptures d'alliance thérapeutique (RAT), les marqueurs de RAT, les interventions efficaces et la réactivité du psychothérapeute seront présentés. Ensuite, les variables du psychothérapeute pouvant influencer l'alliance thérapeutique seront énoncées. Des résultats d'études soutenant le choix de ces variables seront présentés.

Alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est une variable d'importance pour expliquer le changement chez le client en psychothérapie (Wampold & Imel, 2015) tel que défini par une diminution des symptômes liés à une problématique précise, une amélioration du bien-être subjectif ou une amélioration du fonctionnement global du client (Flückiger et al., 2018; Horvath et al., 2011).

Dans les prochaines sections, l'alliance thérapeutique sera définie. De plus, sa composante à l'étude, soit les ruptures d'alliance thérapeutique, sera présentée. Finalement, les interventions liées à l'alliance thérapeutique et aux ruptures d'alliance thérapeutique seront rapportées.

Définition

Le concept de l'alliance thérapeutique vise à expliquer et qualifier la relation et la collaboration entre le psychothérapeute et le client en relation d'aide, et plus précisément en psychothérapie. Dans le développement de sa théorie, Bordin (1979) positionne les deux protagonistes dans un engagement commun pour favoriser le changement. Le modèle élaboré par Bordin est qualifié de modèle panthéorique, c'est-à-dire qu'il peut s'appliquer à plusieurs approches théoriques en psychothérapie. Son caractère polyvalent favorise son utilisation dans de nombreuses recherches et présente un intérêt particulier pour la présente étude.

Bordin (1979) fait ressortir trois composantes permettant de juger de la qualité de la relation entre le client et le psychothérapeute. D'abord, il soutient l'importance de rendre explicites avec le client les buts de la psychothérapie. Même si les buts sont souvent inhérents à la demande de suivi en psychothérapie, la perception du client de sa propre situation devrait être explorée, sinon des efforts infructueux pourraient être menés. Ensuite, il avance qu'une entente sur les tâches à effectuer pour atteindre les buts devrait faire l'objet d'un échange concret et une convention à respecter devrait être établie. Le psychothérapeute devrait lier les tâches aux buts de la psychothérapie. Il devrait également considérer la vision du client de ses difficultés et son désir de changement. Enfin, Bordin avance qu'à la suite de ces échanges entre le client et le psychothérapeute, des sentiments positifs se développent de part et d'autre dans la relation. Cela se traduirait notamment par le développement d'une confiance et d'un attachement. Par ailleurs, la nature intime

de l'échange en psychothérapie contribuerait au développement de ces sentiments. Dans la définition de l'alliance thérapeutique, l'importance accordée à la collaboration entre le psychothérapeute et le client ainsi qu'au consensus obtenu dans la prise de décision en psychothérapie est de plus en plus soutenue empiriquement (Flückiger et al., 2018; Tryon & Winograd, 2011).

Alliance thérapeutique parmi les facteurs communs

L'alliance thérapeutique est liée au changement, peu importe le type de traitement offert (Wampold & Imel, 2015). Ce lien est conservé, peu importe qui évalue l'alliance : client, psychothérapeute ou observateur externe (Horvath et al., 2011). Ainsi, l'alliance thérapeutique est considérée comme un facteur commun aux psychothérapies.

Les facteurs communs sont définis comme étant des éléments qui peuvent être retrouvés dans plusieurs psychothérapies différentes. Par leur mise en place, le changement serait favorisé. Plusieurs auteurs se sont concentrés à relever des éléments transversaux aux psychothérapies dans lesquelles un changement était observé. Ainsi, l'idée que plusieurs traitements et différentes approches théoriques peuvent tous produire un changement est soutenue par ces études (Cuijpers et al., 2019; Rosenzweig, 2002; Wampold, 2015).

L'alliance thérapeutique est un de plusieurs autres facteurs communs aux psychothérapies (Lambert & Ogles, 2004). Par exemple, l'adaptation personnalisée du

traitement au client est un facteur commun aux psychothérapies. Le traitement devrait être personnalisé à la culture, aux attitudes, aux valeurs et aux caractéristiques du client (Beutler et al., 201; Imel & Wampold, 2008; Norcross et al., 2011). Des rétroactions de la part du client devraient être demandées régulièrement pendant la psychothérapie (Lambert & Shimokawa, 2011). Lorsque l'implication du client en début de suivi est favorisée, moins d'abandons précoces en psychothérapie seraient observés (Swift et al., 2011).

Un autre facteur commun aux psychothérapies est le psychothérapeute lui-même comme variable. Des analyses statistiques avancées permettent de comparer les changements observés chez chaque client d'un même psychothérapeute et de comparer les psychothérapeutes entre eux (Wampold, 2019). Le psychothérapeute influencerait jusqu'à 8 % les changements observables chez le client (Baldwin & Imel; 2013; Crits-Christoph et al., 1991). Dans une étude chez des psychiatres traitant leur client pour une dépression et ayant pour but de comparer un placebo à un antidépresseur, le psychiatre influençait jusqu'à 9 % le changement observé chez le client, un résultat supérieur à l'effet de l'antidépresseur dans cette étude (McKay et al., 2006). Dans leur méta-analyse, Baldwin et Imel (2013) soutiennent que certains psychothérapeutes seraient plus constant pour favoriser le changement chez leur client.

Les études sur les facteurs communs complètent les études qui visent à identifier plus spécifiquement ce qui est lié au changement. Certaines études ont tenté de cibler spécifiquement ce qui permet le changement en psychothérapie. Elles identifient des

ingrédients spécifiques aux psychothérapies dans lesquelles le changement est observé. Par exemple, des interventions manualisées à suivre pour certaines problématiques ou des médicaments agissant précisément sur un neurotransmetteur (Zilcha-Mano et al., 2019). Des études ont tenté de démontrer qu'en ajoutant une partie du traitement, le changement était favorisé chez le client (Borkovec et al., 2002). Ceci avait pour but de prouver que la présence de cette partie du traitement était nécessaire pour observer le changement. Des problématiques comme la dépression, le trouble de stress post-traumatique et l'anxiété ont été étudiées. Des changements ont été observés dans les différents groupes expérimentaux. Les résultats étaient alors mitigés. Effectivement, le changement était parfois observé malgré la présence ou l'absence d'une partie du traitement. Par exemple, le changement était observé dans un traitement pour la dépression autant lorsque la restructuration cognitive faisait partie du traitement, que lorsqu'elle n'était pas une partie du traitement (Acarturk et al., 2009; Ahn & Wampold, 2001; Bell et al., 2013; Jacobson & Hollon, 1996; Lorenzo-Luaces et al., 2015; Resick et al., 2008).

Certaines méta-analyses ont tenté de départager ce qui était associé au changement, soit des facteurs communs ou des ingrédients spécifiques, tout en considérant les limites méthodologiques des études. Kazantzis et ses collègues (2018) ont passé en revue 30 méta-analyses. Ils ont mené des analyses corrélationnelles pour identifier ce qui était relié au changement, selon les améliorations observées dans les cognitions et les comportements des clients traités pour la dépression et l'anxiété. La majorité des études rapportées par Kazantzis et ses collègues (2018) portent sur des psychothérapies

d'approche cognitivo-comportementale (TCC). Les auteurs rapportent que ce serait à la fois l'alliance thérapeutique et l'attribution de devoirs qui favoriseraient le changement chez le client. En d'autres mots, ils soutiennent qu'un facteur commun et qu'un ingrédient spécifique seraient responsables du changement.

Quant à eux, Lemmens et ses collègues (2016) ont passé en revue 35 études dans le but d'analyser 39 variables médiatrices qui pourraient être reliées au changement dans des psychothérapies TCC. Ils ont pris en considération les devis de recherche expérimentaux, les groupes contrôles, les tailles des échantillons et l'effet du temps sur les mesures des variables. Devant des résultats mitigés, ils ont conclu que des analyses statistiques plus poussées étaient nécessaires pour identifier clairement ce qui influence le changement en psychothérapie, et ce, au-delà des corrélations rapportées.

Cristea et ses collègues (2015) ont analysé 26 études et ont rapporté un fort lien entre le travail sur les pensées irrationnelles et le changement chez des clients en dépression. Le travail sur les pensées irrationnelles est un ingrédient spécifique qui devrait être associé à une approche théorique TCC. Cependant, dans cette méta-analyse, les améliorations observées sur les pensées irrationnelles étaient aussi retrouvées dans les psychothérapies d'approches théoriques différentes. De plus, ces améliorations pouvaient aussi être attribuables à la prise d'antidépresseurs. Les auteurs de cette étude concluent que malgré l'importance du travail sur les pensées irrationnelles comme ingrédient spécifique au

traitement de la dépression, son attribution à un seul type de traitement est difficilement soutenable statistiquement.

Devant de tels résultats de recherche, Cuijpers et ses collègues (2019) soulèvent la possibilité qu'il soit encore difficile de déterminer si le changement en psychothérapie est mieux expliqué par des ingrédients spécifiques, des facteurs communs ou un mélange des deux. Plusieurs questionnements demeurent lorsqu'on cherche à expliquer le changement en psychothérapie (Tschacher et al., 2014). Zilcha-Mano et ses collègues (2019) proposent de considérer à la fois les facteurs communs et les ingrédients spécifiques pour expliquer le changement. Les clients quant à eux seraient plus enclins à consulter en psychothérapie s'ils ont l'assurance que le psychothérapeute mettra davantage l'emphase sur des facteurs communs dans ses interventions. Par exemple, ils préfèreraient que les interventions soient basées sur l'écoute et l'empathie plutôt que sur les recommandations qui accompagnent le diagnostic de leur problématique (Swan & Heesacker, 2013; Swift & Callahan, 2010).

Alliance thérapeutique et objet de la présente étude

L'alliance thérapeutique se présente comme étant le facteur commun le plus corrélé ($0{,}22 \leq r \leq 0{,}28$) au changement (Flückiger et al., 2018; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Wampold, 2019). Le lien observé entre l'alliance thérapeutique et le changement demeure présent, et ce, dans différentes études au fil du temps (Del Re et al., 2012; Flückiger et al., 2012). Flückiger et ses collègues (2018)

soutiennent que l'alliance thérapeutique pourrait être considérée comme étant causale au changement. Ils avancent que la variance de l'alliance thérapeutique expliquerait 8 % des changements en psychothérapie.

À la lumière des résultats de recherche présentés jusqu'à maintenant sur l'importance des facteurs communs et du lien entre l'alliance thérapeutique et le changement en psychothérapie, nous croyons qu'il serait important d'étudier davantage l'alliance thérapeutique. L'étude de cette variable est complexe en considérant qu'il soit difficile de manipuler la relation entre le client et le psychothérapeute. Les études expérimentales sur cette variable sont ainsi strictement impossibles à mener autant d'un point de vue éthique que méthodologique (Cuijpers et al., 2019). Pour étudier l'alliance thérapeutique, nous nous concentrerons sur une dimension précise de cette variable. Effectivement, les ruptures d'alliance thérapeutique (RAT) seront priorisées. Bien que l'établissement d'une relation entre le client et le psychothérapeute semble simple au point de vue théorique, il est possible d'observer que certains évènements pendant la psychothérapie peuvent affecter la qualité de la relation entre le psychothérapeute et le client.

Rupture d'alliance thérapeutique (RAT)

À travers les différentes approches théoriques en psychothérapie, l'alliance thérapeutique est reconnue comme étant un processus non linéaire, dans lequel des améliorations et des détériorations peuvent se produire (Raue & Goldfried, 1994; Safran et al., 2011; Watson & Greenberg, 1994). Des interventions adéquates ou inadéquates,

selon les différentes approches théoriques, peuvent affecter l'alliance thérapeutique. Par exemple, un psychothérapeute d'approche psychodynamique peut offrir une interprétation du vécu du client au moment où ce dernier aurait besoin d'une marque de soutien empathique ou vice-versa. Dans une approche TCC, le psychothérapeute peut être trop directif avec un client pour qui le pouvoir décisionnel est important pour conserver son autonomie. Ces interventions sont des exemples d'interventions inadéquates qui pourraient affecter négativement l'alliance thérapeutique (Gaston et al., 1995).

Certains auteurs ont utilisé des appellations telles que des faiblesses, des menaces, des défis ou des impasses pour nommer ces changements qui pouvaient affecter l'alliance thérapeutique (Bennett et al., 2006; Hill et al., 1996; Lansford, 1986). Les travaux de Safran et Muran (1996, 2000, 2006) sont parmi les plus cités dans les études sur de tels changements affectant l'alliance thérapeutique. Ils définissent ces changements comme des ruptures d'alliance thérapeutique (RAT). Une RAT est une détérioration de la qualité de la relation entre le psychothérapeute et le client ou une altération du processus de communication entre les deux (Safran & Muran, 1996, 2000, 2006; Safran et al., 2001, 2011). Elle peut affecter la collaboration entre le psychothérapeute et le client sur les buts et les tâches de la psychothérapie, en plus d'ajouter une tension affective dans la relation (Eubanks et al., 2015). Nous retenons cette définition puisqu'elle est applicable à plusieurs approches théoriques en psychothérapie. De plus, elle se retrouve à l'intérieur d'un modèle élaboré qui explique les situations de RAT, donne des moyens pour les identifier et

suggère des interventions adéquates à faire lorsque de telles situations émergent en psychothérapie.

Les RAT sont considérées comme étant inévitables dans le processus de psychothérapie et elles présentent une opportunité de changement pour le client (Eubanks et al., 2015). Lors d'une RAT, le psychothérapeute devrait explorer l'évènement vécu en compagnie du client et ajuster ses interventions. Par exemple, il ne devrait pas réagir avec hostilité devant un client confrontant. De plus, il ne devrait pas minimiser la réaction d'un client évitant. Un psychothérapeute qui réagit ainsi aux RAT contribue au succès de la psychothérapie, prévient l'abandon précoce et diminue la possibilité que des conséquences négatives surviennent chez le client (Eubanks et al., 2015; Mohr, 1995; Muran et al., 2009; Samstag et al., 2004). Lorsque les RAT sont reconnues par le psychothérapeute, le client considère l'alliance thérapeutique comme étant de meilleure qualité à la séance de psychothérapie suivante et le psychothérapeute perçoit les symptômes du client comme étant moins négatifs (Chen et al., 2018).

Pour faciliter le travail des psychothérapeutes, Safran et Muran (2006) ont proposé de départager différents types de RAT. En décrivant ainsi les RAT, ces auteurs proposent qu'il soit plus facile d'identifier les marqueurs qui mènent aux RAT.

Marqueurs de ruptures d'alliance thérapeutique

Les RAT peuvent être le résultat d'enjeux inconscients dans la relation entre le psychothérapeute et le client, d'un manque de collaboration ou du développement d'une tension affective (Safran & Muran, 2006). Des indices peuvent être repérés pour identifier une RAT.

D'une part, le client pourrait s'investir de manière plus passive et son implication pourrait être moindre en psychothérapie. En d'autres mots, un mouvement d'éloignement ou de retrait pourrait signifier qu'une RAT est présente. Par exemple, le client pourrait éviter d'aborder un thème important, contourner les questions du psychothérapeute ou nier un aspect considérable de son histoire personnelle. Ce type de marqueurs de RAT en est un d'évitement. La résolution de ce type de RAT peut se produire lorsque le client arrive à nommer au psychothérapeute, de manière claire et explicite, ce dont il a besoin en psychothérapie (Eubanks, Muran et al., 2018). L'élaboration et l'exploration de la RAT se font alors conjointement entre le client et le psychothérapeute.

D'autre part, le client peut manifester qu'un changement s'installe dans la relation en s'opposant au psychothérapeute. Dans une telle situation, le client peut manifester de l'insatisfaction et de la colère envers le thérapeute ou le processus thérapeutique, en le critiquant directement ou indirectement, ou en tentant de le contrôler (Eubanks et al., 2015). Ainsi, le client affronte le psychothérapeute. Ce type de marqueur de RAT est celui de la confrontation. Ce type de rupture peut être résolu lorsque le client identifie que sa

colère est sous-jacente à de la déception vis-à-vis le psychothérapeute. Un travail peut ensuite être fait pour identifier le besoin d'être considéré par le psychothérapeute (Eubanks, Muran et al., 2018). Cette résolution de la RAT peut être la résultante d'une exploration entre le client et le psychothérapeute de la situation du RAT.

La théorisation des RAT et de ses marqueurs permet d'identifier et de mieux comprendre ce que sont les RAT. En clinique, une étape subséquente se présente aux psychothérapeutes lorsqu'ils sont conscients qu'une RAT se produit. Effectivement, ils doivent intervenir adéquatement dans le meilleur intérêt du client. Certains auteurs ont tenté d'identifier et d'élaborer ce qui devrait être fait comme intervention pour favoriser l'alliance thérapeutique et les résolutions de RAT.

Interventions et alliance thérapeutique

Pour favoriser l'alliance thérapeutique, les psychothérapeutes devraient éviter de trop structurer la psychothérapie, d'utiliser le dévoilement de soi de manière inappropriée et de surutiliser les silences en rencontre (Ackerman & Hilensroth, 2001). Ils devraient plutôt rappeler les succès passés en psychothérapie, faire des interprétations adéquates sur ce qui est vécu par le client, faciliter l'expression des émotions et être actifs dans le processus thérapeutique (Ackerman & Hilensroth, 2003).

Eubanks, Muran et Safran (2018) rapportent dans leur méta-analyse qu'un lien modéré positif (r = 0,29) est observé entre la résolution des RAT et le changement. Dans

cette méta-analyse, les RAT sont opérationnalisées par des mesures auto-rapporté ou le jugement d'un observateur tandis que le changement est opérationnalisé par la complétion du traitement ou une amélioration des symptômes reliées à la problématique du client. Lors d'une RAT, les interventions classiques en lien avec l'approche théorique préconisée par le psychothérapeute affectent défavorablement l'alliance thérapeutique plutôt que de la favoriser (Castonguay et al., 1996; Piper et al., 1999). Des interventions hostiles devant un client confrontant et une mise à distance devant un client évitant pourraient aussi renforcer des difficultés qui pourraient être au cœur de la souffrance du client (Safran & Muran, 1996). À l'opposé, des interventions adéquates lors des RAT permettent au client de vivre une nouvelle expérience relationnelle (Eubanks, Burckell et al., 2018) et favorisent le changement (Eubanks, Muran et al., 2018).

Safran et al. (2001) ont ciblé une série d'étapes à suivre lors d'une RAT. Ils proposent de s'intéresser aux marqueurs, d'explorer l'expérience que vit le client à travers la RAT, d'explorer ce qui motive l'évitement du client à parler de ce qu'il vit et finalement, de faire émerger les besoins et les désirs du client. Dans le même ordre d'idée, Eubanks et ses collègues (2015) ont élaboré un manuel, le *Rupture Resolution Rating System* (3RS)*: Manual*. À travers ce manuel, ces auteurs présentent des interventions à mener lors des RAT selon les types de RAT rencontrés. Ils s'appuient en partie sur la définition de l'alliance thérapeutique de Bordin (1979) en se référant au but, à la tâche et aux sentiments positifs développés entre le psychothérapeute et le client. En ce sens, ils proposent de changer le but ou la tâche pour susciter la participation du client ou d'expliquer le rationnel

derrière la tâche suggérée pour diminuer les inquiétudes du client. Ils suggèrent également aux psychothérapeutes d'inviter le client à discuter de ses émotions et de ses pensées envers le psychothérapeute ou de partager sa propre expérience au contact du client dans la RAT. De plus, ils avancent que le psychothérapeute peut manifester sa part de responsabilité dans la RAT et valider la position du client.

Dans leur méta-analyse, Eubanks, Burckell et al. (2018) soutiennent l'importance des interventions du psychothérapeute dans le lien observé entre les RAT et le changement. Ils rappellent que les RAT peuvent signifier de l'insatisfaction, de l'hostilité ou de l'évitement de la part du client. Ils mettent en garde les psychothérapeutes contre les émotions qu'ils peuvent eux-mêmes vivre en situation de RAT. Ils leur proposent de développer leurs habiletés à identifier et tolérer les émotions de confusion, d'ambivalence, d'incompétence et de culpabilité qui peuvent émerger chez eux.

Efficacité des interventions lors des RAT

Eubanks, Burckell et al. (2018) ont mené une étude dans le but de cibler des interventions efficaces à mener lors des RAT. L'étude s'est déroulée en trois phases. D'abord, les chercheurs ont contacté aléatoirement 660 psychothérapeutes membres d'associations américaines de psychologues et de travailleurs sociaux. Ils leur ont demandé de réfléchir à une RAT vécue avec un client adulte et de décrire cette RAT. Ils ont demandé aux participants d'inclure les informations sociodémographiques du client, une description de la problématique du client, le contexte dans lequel est survenue la RAT

et leurs propres informations sociodémographiques. Ils ont classé les 69 situations de RAT obtenues des répondants selon les types d'évitement et de confrontation (Eubanks et al., 2015). De ce nombre de situations de RAT, ils ont retenu six d'entre elles qui représentaient bien des RAT d'évitement et de confrontation. Ensuite, les chercheurs ont contacté aléatoirement 200 psychothérapeutes différents faisant partie des mêmes associations. Ils leur ont demandé d'analyser une des six situations de RAT retenues dans la première phase de l'étude et d'indiquer comment ils conseilleraient à un collègue d'intervenir lors de la RAT. Ce travail a permis de faire ressortir des suggestions d'interventions. Enfin, la troisième phase de l'étude a consisté à déterminer lesquelles de ces interventions étaient jugées comme étant efficaces par des experts. Pour obtenir le statut d'expert lors de cette étude, les psychothérapeutes devaient avoir un minimum de cinq ans d'expérience de pratique en clinique et être sélectionnés par un directeur d'un milieu clinique. Les chercheurs ont contacté 684 directeurs de milieux cliniques pour obtenir une participation de 134 experts. Les experts ont obtenu une description du client, de la situation de RAT et des stratégies proposées. Les experts devaient noter l'efficacité des stratégies proposées. Ils ont relevé les interventions efficaces. Les chercheurs ont ensuite résumé les stratégies proposées en 16 catégories d'interventions. Selon les auteurs de l'étude, cette catégorisation a permis de rendre les réponses des participants plus accessible à une utilisation clinique.

Cette étude de Eubanks, Burckell et al. (2018) a contribué à l'avancement des connaissances sur les interventions efficaces à mener en situation de RAT. Leur recension

des RAT était élaborée et permettait d'assurer une validité écologique aux mises en situation rapportées. Ainsi, les RAT représentaient bien les situations cliniques rencontrées par les psychothérapeutes. La visée clinique de cette étude offre un guide de références aux psychothérapeutes. Les auteurs rapportent que de valider les émotions du client et d'explorer l'évènement associé à la RAT sont deux stratégies efficaces pour tous les types RAT. Ils avancent également que certaines interventions sont inefficaces. Par exemple, de mentionner les limites personnelles et professionnelles du psychothérapeute en ce qui a trait à la psychothérapie est inefficace. Ils précisent qu'avec un client évitant, les interventions suivantes sont inefficaces : partager son vécu ressenti au contact du client et suggérer au client de modifier sa manière d'être en relation avec un proche. Ils ajoutent qu'avec un client confrontant, tenter de susciter l'espoir de changement du client est inefficace. La visée clinique de l'étude de Eubanks, Burckell et al. rejoint celle de notre étude. Les mises en situation et les suggestions d'interventions efficaces seront utilisées dans la méthodologie de la présente étude. Ce choix méthodologique nous semble approprié pour étudier les RAT. D'autres méthodologies auraient aussi pu être retenues. Par exemple, des formations ciblées sur l'alliance thérapeutique ont été créées et avaient démontré une légère amélioration des changements observés chez les clients (Safran et al., 2011). Toutefois, les progrès ne se sont pas maintenus dans le temps (Eubanks, Burckell et al., 2018; Eubanks, Muran et al., 2018).

Bref, les RAT sont des situations complexes et tendues et les réactions du psychothérapeute pourraient affecter le changement (Hayes et al., 2011, 2018). Les réactions affectives du psychothérapeute pourraient aussi être analysées.

Réactivité du psychothérapeute

En psychothérapie, les réactions du psychothérapeute sont conceptualisées à travers les différentes définitions de contre-transfert. Plusieurs définitions du contre-transfert existent dans la littérature (Hayes et al., 2018).

D'abord, la conceptualisation *classique* du contre-transfert réfère aux premiers écrits de Freud (1910/1957) sur les réactions appartenant au psychothérapeute et pouvant nuire au processus thérapeutique. Ces réactions sont vues comme étant le résultat de la réactivation d'enjeux inconscients chez le psychothérapeute. Les manifestations chez le psychothérapeute peuvent alors être affectives, comportementales ou somatiques et sont considérées comme provenant de la réactivation de l'histoire personnelle du psychothérapeute au contact du client. Freud (1910/1957) voyait ces réactions comme étant problématiques et avançait qu'un psychothérapeute efficace saurait conserver une position selon laquelle ses réactions personnelles n'entraveraient pas le changement chez le client.

Quant à elle, la conceptualisation *totalitaire* présente le contre-transfert comme étant l'ensemble des réactions du psychothérapeute (Kernberg, 1965). Les auteurs de cette

conceptualisation considèrent toutes les réactions du psychothérapeute comme étant le contre-transfert. Ils expliquent que toutes les réactions devraient être considérées comme étant le contre-transfert et qu'elles devraient être prises en compte dans le processus thérapeutique comme sources d'informations. L'analyse, l'exploration et la compréhension des réactions du psychothérapeute pourraient alors permettre une compréhension plus nuancée de la problématique du client et du processus thérapeutique (Heimann, 1950).

Pour sa part, la conceptualisation *complémentaire* du contre-transfert chevauche partiellement la conceptualisation *totalitaire,* en ce sens que le contre-transfert y est défini comme étant un indice de la manière du client d'être en relation avec les autres. Cette conceptualisation relève des théories intersubjectives et de relations d'objet (Butler et al., 1993; H. Levenson, 1995). Dans cette conceptualisation, le client est considéré comme ayant certaines tendances relationnelles qu'il tente de reproduire avec le psychothérapeute. Le travail du psychothérapeute consiste alors à ne pas réagir directement aux tentatives du client de reproduire ce qu'il connait dans ses autres relations. Ainsi, en prenant une distance par rapport à ses propres réactions, le psychothérapeute peut utiliser ce qu'il vit au contact du client pour aider le client à prendre conscience de son mode relationnel.

Hayes et ses collègues (2018), quant à eux, présentent une définition *intégrative* du contre-transfert dans leur méta-analyse. Ils définissent le contre-transfert comme étant des

réactions implicites ou explicites qui peuvent être conscientes ou inconscientes et dont le psychothérapeute est lui-même responsable. De plus, ils avancent que ces réactions sont inévitables, qu'elles peuvent provenir de différentes sources et qu'elles peuvent servir à une meilleure compréhension du client. Dans cette méta-analyse, ces auteurs rapportent une relation négative entre la fréquence des réactions de contre-transfert et le changement (r = -0,16). Ils incluent dans leur méta-analyse les études qui définissent le contre-transfert selon les définitions *classique*, *complémentaire* et *intégrative* présentées ci-haut. Ces résultats répliquent ceux d'une précédente méta-analyse (Hayes et al., 2011). Hayes et ses collègues (2018) rapportent aussi un lien positif entre la capacité à gérer le contre-transfert et le changement (r = 0,39). Hayes et al. (2018) suggèrent aux psychothérapeutes de travailler à ne pas extérioriser les réactions contre-transférentielles qu'ils peuvent ressentir envers le client, à augmenter leur conscience de soi, à être attentifs à ce qui peut nuire à leur empathie envers le client, à explorer en psychothérapie leurs propres enjeux personnels, à recourir à de la supervision professionnelle et à prendre soin d'eux en dehors de leur travail.

Les liens existants entre le contre-transfert, la gestion du contre-transfert et le changement soutiennent l'importance de considérer les réactions du psychothérapeute lorsque son travail est étudié (Hayes et al., 2011, 2018). De plus, une mauvaise gestion des réactions de contre-transfert aurait plus d'influence sur l'absence de changement en psychothérapie qu'une bonne gestion sur la présence de changement (Hayes et al., 1997, 1998). Les capacités en empathie du psychothérapeute sont associées négativement aux

réactions de contre-transfert (Hayes et al., 1997). De plus, l'alliance thérapeutique pourrait jouer un rôle de variable modératrice lorsque des réactions de contre-transfert surviennent en psychothérapie. Les réactions du psychothérapeute sont également considérées comme étant présentes dans toutes les psychothérapies (Spence, 1987).

Devant de tels résultats de recherche et plus précisément lors des RAT, un psychothérapeute pourrait en venir à la conclusion qu'il doit absolument maitriser ses réactions au contact du client. Pourtant, des résultats de recherche soutiennent que des réactions naturelles de la part du psychothérapeute ont lieu d'être et que l'alliance thérapeutique peut avoir une fonction protectrice lorsque ces réactions émergent. Les réactions du psychothérapeute sont utiles dans le processus thérapeutique lorsque celui-ci les comprend et qu'il témoigne au client de son expérience (Ham et al., 2013; Myers & Hayes, 2006; Yeh & Hayes, 2011). Par ailleurs, les psychothérapeutes qui réussissent à explorer et comprendre leurs propres réactions telles que leurs émotions et leurs états mentaux, sont plus aptes à former une alliance thérapeutique avec leurs clients (Markowitz & Milrod, 2011).

Muran et Eubanks (2020a) suggèrent aux psychothérapeutes d'être conscients du fait que leurs réactions lors des RAT puissent être différentes d'un client à un autre. Ils avancent que chaque individu se bâtit des représentations, qui sont construites à partir d'expériences relationnelles passées et façonnées par différents attributs personnels tels que la culture, le genre et le tempérament. La manière d'être en relation avec les autres et

l'environnement serait teintée par ces représentations. Les psychothérapeutes et les clients ont eux aussi des représentations. Ce ne serait donc pas les mêmes représentations qui seraient activées au contact de chaque client. L'expression d'une représentation serait accompagnée de pensées, d'émotions et de comportements. En d'autres mots, chaque RAT pourrait avoir un caractère unique qui appartient à la dynamique entre le psychothérapeute et le client. D'autres auteurs ont aussi abordé ce phénomène interpersonnel. En résumé, ils soutiennent qu'un individu peut en influencer un autre par ce qu'il déclenche chez lui, et que chaque individu peut avoir un effet différent sur un autre (Greenberg et al., 1995; E. Levenson, 2005; Safran, 1998; Wachtel, 1982). De leur côté, Gelso et Hayes (2007) suggèrent d'étudier les comportements qui font réagir les psychothérapeutes, et d'analyser ces données selon les caractéristiques des psychothérapeutes.

Muran et Eubanks (2020a) expliquent que pour se protéger de leurs réactions au client, les psychothérapeutes devraient reconnaitre l'intersubjectivité qui se déploie dans la relation thérapeutique. En explorant l'évènement que vivent le client et le psychothérapeute ainsi que les réactions de chacun, le client pourrait sentir que ce qu'il vit est reconnu, et ce, tout en maintenant la relation avec le psychothérapeute. Pour ce faire, le psychothérapeute devrait être en mesure de prendre conscience de ce qui se déroule ici et maintenant avec le client. Il devrait débuter l'exploration de l'évènement avec le client en partant de sa propre expérience. En ce sens, il démontrerait qu'il reconnait sa part de responsabilité et qu'il est conscient de ses propres réactions.

Des risques sont présents si le psychothérapeute n'arrive pas à détecter ses réactions au contact du client. Quand l'expérience subjective du psychothérapeute prend trop de place en psychothérapie, la compréhension de la problématique et de la dynamique du client peut s'en voir affectée. Le psychothérapeute pourrait même en arriver à réagir de manière impulsive et intervenir d'une manière qui pourrait être nuisible pour le client (Gelso, 2014; Maheux, 2014; Normandin, 1991; Normandin & Bouchard, 1993).

L'analyse du contre-transfert du psychothérapeute permet d'avoir un portrait plus complet des interventions faites avec le client, notamment lors des RAT. Le psychothérapeute est d'abord responsable de soutenir le client dans le processus thérapeutique, et il est par la suite responsable de prendre conscience et de comprendre ses propres réactions pour qu'elles ne nuisent pas au client (Gelso, 2014). Les réactions du psychothérapeute en situation de RAT nous intéressent particulièrement. Les RAT sont inévitables dans le processus de psychothérapie et une réaction appropriée de la part du psychothérapeute dans une telle situation contribue aux changements, réduit le risque d'abandon en psychothérapie et diminue la possibilité de conséquences négatives pour le client (Eubanks et al., 2015; Muran et al., 2009; Samstag et al., 2004). Les variables que nous choisissons de mesurer ont été présentées ci-dessus. Dans les prochaines sections, les caractéristiques des psychothérapeutes qui pourraient les influencer dans leurs interventions seront explorées et définies. Des objectifs spécifiques de la présente étude seront par la suite énoncés.

Caractéristiques influençant l'alliance thérapeutique et le changement

Dans leur méta-analyse, Flückiger et ses collègues (2018) ont recensé 295 études qui traitaient de l'alliance thérapeutique et qui soutenaient son lien avec les changements en psychothérapie. Malgré ce nombre de recherches sur l'alliance thérapeutique, peu d'entre elles permettent de déterminer ce qui contribue à l'alliance thérapeutique (Castonguay et al., 2006; Flückiger et al., 2012, 2018). Dans le champ d'étude sur l'alliance thérapeutique, le processus de la psychothérapie ou les caractéristiques du client sont davantage étudiées que les caractéristiques du psychothérapeute (Beutler, 2004; Wampold & Imel, 2015). Dans les prochaines sections, nous recenseront certaines caractéristiques qui peuvent avoir un impact sur l'établissement de l'alliance thérapeutique et sur le changement en psychothérapie.

Client

Il existe à ce jour peu d'études nous permettant de comprendre la contribution du client lors des RAT (Eubanks, Muran et al., 2018). Certains clients seraient plus ouverts que d'autres à aborder les RAT (Greaves, 2006). Lorsque le client nomme lui-même la RAT et que le psychothérapeute la reconnait, il pourrait se sentir plus efficace dans la psychothérapie (Williams & Levitt, 2008).

De manière plus générale, certains éléments se rattachant à la perception du client ont été relevés comme variables qui pourraient affecter l'alliance thérapeutique. Ces éléments exercent par ailleurs une influence sur le taux d'abandon précoce et le changement (Swift

& Callahan, 2009). D'abord, les désirs du client quant aux comportements qui le rendent à l'aise lors des rencontres et les activités auxquelles il est prêt à participer devraient être pris en considération dans l'élaboration d'un traitement. Ses préférences quant aux caractéristiques du psychothérapeute ainsi que ses préférences quant au type de traitement et au style d'interventions faites par le psychothérapeute devraient aussi être prises en considération. Les préférences du client devraient être examinées en début de suivi et un ajustement pourrait être fait lorsque cela est dans le meilleur intérêt de celui-ci. Le changement serait ainsi favorisé (Swift et al., 2011).

Dans le même ordre d'idée, lorsque le client entame un traitement en psychothérapie, il entretient déjà des attentes sur les conséquences possibles du traitement (Arnkoff et al., 2002; Schulte, 2008). Le lien entre ses attentes et le changement est médié par l'alliance thérapeutique. Par exemple, lorsqu'un fort lien est observé entre les attentes optimistes du client et le changement, il existe aussi un fort lien entre ces variables et l'alliance thérapeutique (Connolly Gibbons et al., 2003; Constantino et al., 2005). Ainsi, pour favoriser le changement, le psychothérapeute pourrait tenter d'entretenir les attentes positives du client. De cette manière, l'alliance thérapeutique pourrait aussi être favorisée (Constantino et al., 2011).

Les clients considérés comme ayant un style d'attachement sécurisé ont été identifiés comme étant des clients à qui la psychothérapie est davantage profitable (Berant & Obegi, 2009; Smith et al., 2010). Ces clients sont décrits comme étant ouverts, engagés,

collaboratifs, conciliants et proactifs pendant le traitement (Riggs et al., 2002). La présence de ce style d'attachement chez le client prédit des changements en psychothérapie (Bruck et al., 2006; Levy et al., 2011) et une alliance thérapeutique de qualité (Bachelor et al., 2010). Les clients présentant un style d'attachement préoccupé, quant à eux, pourraient devenir anxieux à l'idée d'aborder leurs problèmes et leurs responsabilités avec le psychothérapeute. La présence de ce style d'attachement a été liée à des changements défavorables après la psychothérapie (Levy et al., 2011). Une méta-analyse lie le style d'attachement sécurisé à la formation de l'alliance thérapeutique (r = 0,17) et suggère que la capacité à développer une alliance positive serait favorisée par le style d'attachement du client (Diener et al., 2009).

Les troubles de personnalité ont été étudiés chez le client pour mieux comprendre le lien avec l'alliance thérapeutique (Busmann et al., 2019; Taft et al., 2004). Les personnalités du groupe A du DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994), soit les personnalités schizotypique, schizoïde et paranoïaque auraient de la difficulté à établir une alliance thérapeutique (Lingiardi et al., 2005). Les psychothérapeutes évalueraient plus négativement l'alliance avec les personnalités du groupe B, soit les personnalités limite, antisociale, histrionique et narcissique (Lingiardi et al., 2005). Au fil du traitement, les RAT augmenteraient avec les personnalités du groupe C, c'est-à-dire les personnalités dépendantes, évitantes et obsessionnelles compulsives. Lipsitz-Odess et collègues (2022) ont comparés entre eux les groupes représentés par les troubles de personnalité du DSM-IV pour les mettre en lien avec les situations de RAT. Les groupes

A et B auraient tendance à vivre plus de RAT. Les RAT de confrontation diminueraient au fil du traitement avec les personnalités du groupe A. Les RAT d'évitement diminueraient au fil du traitement avec les personnalités du groupe B.

Bref, il est possible de conclure qu'une des sources de variabilité qui permet la constitution d'une alliance thérapeutique de qualité et le changement appartient au client à travers les caractéristiques mentionnées ci-haut. Certains clients sont plus disposés que d'autres à entrer en relation avec le psychothérapeute (DeRubeis et al., 2005). Dans les prochaines sections, l'emphase sera mise sur le psychothérapeute pour tenter de comprendre ce qui pourrait l'influencer lors des RAT.

Contribution du psychothérapeute à l'alliance thérapeutique

Dans le but de déterminer si la variabilité de la relation entre l'alliance thérapeutique et le changement est attribuable au psychothérapeute ou au client, Baldwin et al. (2007) ont mené une étude qui comprenait des analyses statistiques dans lesquelles les données du psychothérapeute et celles du client étaient séparées. Les résultats de cette étude démontrent qu'en moyenne, les clients qui évaluent l'alliance thérapeutique avec leur psychothérapeute comme étant de meilleure qualité obtiennent significativement plus de changements que les clients qui évaluent leur alliance thérapeutique avec leur psychothérapeute comme étant de moins bonne qualité (Baldwin et al., 2007). Les résultats de cette étude démontrent que les dyades ayant de meilleurs scores à la mesure d'alliance thérapeutique prédisent un meilleur score à la mesure du changement. La

différence de ces résultats est observée en comparant les clients de différents psychothérapeutes, mais n'est pas observée à travers les clients d'un même psychothérapeute.

Les résultats de l'étude de Baldwin et al. (2007) permettent notamment de déduire qu'il existe des différences entre les psychothérapeutes. L'hypothèse qu'une amélioration soudaine en début de suivi expliquerait ces résultats a été testée. Les résultats infirment cette hypothèse. Ainsi, à la suite de ces résultats, la plus grande part de variance de la relation entre l'alliance thérapeutique et le changement en psychothérapie a été attribuée au psychothérapeute. En d'autres mots, selon Baldwin et ses collègues (2007), le psychothérapeute influence davantage la formation et le maintien de l'alliance thérapeutique que le client. Dans certains cas, comme pour le trouble de personnalité limite, la contribution du client à l'alliance thérapeutique pourrait être plus importante que celle du psychothérapeute (Guimond et al., 2021). Somme toute, les études qui se concentrent sur le psychothérapeute et sa contribution à l'alliance thérapeutique sont importantes pour mieux comprendre ce qui influence leur relation (Del Re et al., 2012; Wampold & Brown 2005).

La contribution du psychothérapeute pourrait se traduire notamment par sa manière d'intervenir les caractéristiques qu'il possède (Ackerman & Hilsenroth. 2003; Baldwin et al., 2007; Flückiger et al., 2018; Okiishi et al., 2006; Yonatan-Leus et al., 2017). Dans la

prochaine section, les informations connues sur les caractéristiques du psychothérapeute qui influencent l'alliance thérapeutique seront explorées.

Caractéristiques interpersonnelles du psychothérapeute

Des données d'études démontrent que certains attributs du psychothérapeute influencent l'alliance thérapeutique et favorisent le changement. Des caractéristiques chez le psychothérapeute telles que la flexibilité, l'expérience, l'honnêteté, le respect, la confiance, l'ouverture d'esprit et une attitude chaleureuse ont été associées à l'alliance thérapeutique (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Heinonen et ses collaborateurs (2012) ont mené une étude dans le but de voir si certaines caractéristiques du psychothérapeute pouvaient influencer la réduction de symptômes chez des clients présentant des troubles reliés à l'anxiété et l'humeur. Dans leur étude, les suivis à court terme et à long terme étaient différenciés. Ils rapportent qu'un thérapeute extraverti, actif et engagé favorise la réduction significative de symptômes dans un suivi à court terme. Ils soutiennent également qu'un psychothérapeute qui est chaleureux, ouvert, optimiste, qui n'est pas intensément orienté vers la tâche, qui est directif et moins intrusif dans ses relations interpersonnelles favorise une réduction de symptômes dans un suivi à long terme.

Anderson et ses collègues (2009) ont procédé à une étude dans le but d'identifier les caractéristiques interpersonnelles qui permettaient à un psychothérapeute de favoriser le

changement. Pour ce faire, ils ont présenté des vidéos de situations interpersonnelles difficiles qu'un psychothérapeute peut vivre avec un client et ils ont analysé les réponses données par ces psychothérapeutes. Dans les réponses des participants, ils ont mesuré des caractéristiques interpersonnelles telles que l'expression des émotions, la persuasion, l'ouverture d'esprit, l'enthousiasme, la fluidité verbale et la capacité à former une alliance avec le client. Ces résultats des participants ont été mis en relation avec les résultats d'une mesure autorévélées de changement global du fonctionnement de leurs propres clients. Dans l'analyse des résultats, ces auteurs rapportent que les psychothérapeutes ayant un meilleur score selon ces caractéristiques interpersonnelles favorisaient davantage le changement. Ils concluent donc que ce qui pourrait différencier les psychothérapeutes qui favorisent le changement réside dans les habiletés interpersonnelles lors de situations interpersonnelles difficiles. Une étude ultérieure soulève également que ces mêmes habiletés interpersonnelles mesurées dans les premières semaines de la formation des psychothérapeutes prédisent les changements observés deux et trois années plus tard dans des psychothérapies incluant ces mêmes psychothérapeutes (Anderson et al., 2016).

Nissen-Lie et ses collègues (2013) ont étudié la possibilité que les doutes que les psychothérapeutes ont sur leurs habiletés sociales et leurs compétences professionnelles puissent influencer le changement. Ils ont utilisé des mesures autorévélées. Ces auteurs rapportent des différences entre les psychothérapeutes selon leurs perceptions de leurs difficultés dans leurs compétences cliniques et interpersonnelles, sur les changements observés chez les clients et mesurés par une diminution de symptômes, une amélioration

des habiletés interpersonnelles ou une amélioration du fonctionnement global. Nissen-Lie et ses collègues (2013) ont rapporté un lien positif entre les doutes d'un psychothérapeute sur ses compétences et le changement. Ils soutiennent l'idée que l'étude des caractéristiques des psychothérapeutes puisse se faire en considérant la perception qu'ont les psychothérapeutes d'eux-mêmes.

Tout compte fait, certaines caractéristiques chez le psychothérapeute sont favorables à l'établissement d'une relation, au maintien de l'alliance thérapeutique et au changement (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Anderson et al., 2009, 2016; Heinonen et al., 2012; Nissen-Lie et al., 2013; Wampold, 2019). La majorité des études sur les caractéristiques des psychothérapeutes rapportent leur présence ou leur absence de manière dichotomique. Nous tournons notre regard vers la possibilité d'étudier le psychothérapeute selon de plusieurs caractéristiques. Au meilleur de nos connaissance, seulement une étude a utilisé cette approche. Laverdière et ses collègues (2019) ont démontré la possibilité de regrouper des psychothérapeutes en profils selon des caractéristiques d'empathie. Lingiardi et al. (2017) rapportent quant à eux dans leur méta-analyse que les habiletés cliniques et le fonctionnement interpersonnel des psychothérapeutes sont les variables qui auraient le plus d'effets directs sur le changement. Pour ce qui est de Schöttke et ses collègues (2017), ils suggèrent d'explorer l'impact des traits de personnalité des psychothérapeutes. En élargissant le champ des connaissances à d'autres caractéristiques qui influenceraient l'alliance thérapeutique et le changement, une compréhension plus nuancée de l'apport du psychothérapeute pourrait devenir possible. Certaines caractéristiques qui pourraient

influencer le psychothérapeute à entrer en relation avec le client et à maintenir la relation seront explorées dans la prochaine section. Les traits de personnalité du psychothérapeute seront la première caractéristique explorée.

Traits de personnalité chez le psychothérapeute

Dans les premières théories de l'alliance thérapeutique comme facteur commun aux psychothérapies, l'importance des caractéristiques du psychothérapeute et plus précisément de la structure de la personnalité du psychothérapeute avait été soulignée (Rosenzweig, 2002). Spécifiquement, les traits de personnalité sont l'une des caractéristiques pouvant influencer le développement et le maintien d'une relation interpersonnelle. Par exemple, certains traits de personnalité pourraient influencer la fréquence et l'intensité des émotions négatives ressenties chez une personne, sa tendance à éviter certaines expériences, sa tendance à se valoriser à travers la relation, sa recherche de gratification immédiate ainsi que la congruence de ses comportements en contexte social (APA, 2013; Krueger et al., 2012; Pincus et al., 2009).

Les traits de personnalité influencent ce qu'une personne ressent, perçoit, pense, comment elle se comporte, et ce, de manière relativement constante dans le temps et à travers différentes situations. Ils permettent de dégager des tendances chez une personne selon les situations dans lesquelles ils peuvent se manifester. Les traits de personnalité sont susceptibles d'évoluer selon le niveau de maturation d'une personne ainsi que selon ses expériences de vie (APA, 2013).

Les traits de personnalité du psychothérapeute peuvent influencer l'interaction avec le client (Kaplan & Garfinkel, 1999), le développement de sentiments positifs dans la relation (Taber et al., 2011) et la similarité entre les traits du psychothérapeute et ceux du client peut influencer le changement (Herman, 1998; Taber et al., 2011). Effectivement, lorsqu'une similarité est observée, le développement de sentiments positifs dans la relation serait facilité, ce qui permettrait une meilleure entente sur les tâches et les buts de la psychothérapie. En ce qui concerne Black et ses collègues (2005), ils rapportent que chez le psychothérapeute, le névrosisme (c.-à-d. la tendance à être instable affectivement) et l'extraversion (c.-à-d. la recherche constante de stimulation dans l'environnement), pourraient expliquer en partie la relation entre le style d'attachement du psychothérapeute et l'alliance thérapeutique. De plus, ils avancent que plus il y a présence de névrosisme chez le psychothérapeute, plus ce dernier a tendance à s'attribuer la responsabilité des problématiques qu'il perçoit à l'intérieur même du processus thérapeutique (Black et al., 2005).

D'autres études ont exploré le narcissisme chez le psychothérapeute. Le but de ces études était de déterminer l'impact potentiel du narcissisme et des traits de personnalité narcissique (TrPN) sur la psychothérapie. Elles ont d'ailleurs permis de préciser que le narcissisme du psychothérapeute pourrait influencer sa relation avec le client.

Traits de personnalité narcissique chez les psychothérapeutes

Certaines études ont exploré et mesuré l'impact en psychothérapie du narcissisme du psychothérapeute, représenté par la blessure narcissique et les traits de personnalité narcissique (TrPN). Les conclusions de ces recherches seront abordées dans les prochaines sections.

Halewood et Tribe (2003) ont rapporté que la présence de blessures narcissiques chez des étudiants en formation pour devenir psychothérapeute était plus grande que dans un groupe contrôle d'étudiants provenant d'autres domaines. Dans la méthodologie de cette étude, les blessures narcissiques étaient représentées par une gamme d'émotions restreintes, une difficulté à se comprendre, un besoin d'être reconnu à travers ses habiletés ainsi qu'une difficulté à établir des limites en relation. Selon ces mêmes auteurs, des psychothérapeutes avec des blessures narcissiques pourraient avoir tendance à relier leur succès à leur charme personnel et à leur habileté à lire les autres plutôt qu'à des habiletés thérapeutiques. Ils ajoutent que si cette blessure narcissique n'est pas reconnue, elle pourrait affecter le travail thérapeutique avec le client. De plus, ils soulèvent que les étudiants présentant une blessure narcissique pourraient être attirés par la profession de psychothérapeute. En ce sens, Luchner et al. (2008) ajoutent que certaines caractéristiques retrouvées chez les psychothérapeutes et qui lui servent dans son travail sont aussi retrouvées chez une personne présentant certains attributs liés au TrPN. Ils précisent que le psychothérapeute, tout comme la personne présentant un TrPN, pourrait avoir tendance

à s'effacer pour donner de la place à l'autre en relation et pourrait avoir tendance à ne pas se dévoiler par méfiance et par peur d'être blessé.

Chused (2012) a discuté de la possibilité qu'un psychothérapeute présentant une blessure narcissique et qui n'en est pas conscient puisse devenir soumis à ses élans de recherche de reconnaissance positive. En plus, elle avance qu'il pourrait surestimer l'importance qu'il peut avoir dans le processus de changement en psychothérapie. Chused ajoute que le besoin du psychothérapeute de se faire idéaliser et admirer par son client peut renforcer la vision positive démesurée que le client peut avoir envers le psychothérapeute. Dans le même ordre d'idées, le psychothérapeute pourrait minimiser les sentiments d'hostilité et de colère dirigés vers lui pour contrôler l'image que le client se fait de lui (Goldner, 2016). Le psychothérapeute pourrait avoir tendance à infantiliser le client en adoptant une position de supériorité et en lui laissant moins d'indépendance, et il pourrait se servir du client pour combler ses propres besoins, notamment celui d'être admiré. Cela biaiserait sa lecture de la relation avec le client (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995).

L'étude de Goldner (2016) est l'une des rares à avoir tenté de mesurer les conséquences du narcissisme chez le psychothérapeute sur la qualité de la relation thérapeutique. Le besoin du psychothérapeute de se faire admirer pour ses qualités et ses accomplissements est lié négativement à sa perception de l'alliance thérapeutique avec le client. En d'autres mots, plus un psychothérapeute a besoin d'être reconnu dans son

travail, moins il juge ses relations avec ses clients comme étant de qualité. De plus, cette relation entre le besoin du psychothérapeute et son jugement de l'alliance thérapeutique est influencée par la perception négative que peut avoir le psychothérapeute envers lui-même (Goldner, 2016).

Jiyoung et Gabsook (2013) ont mené une étude qui mesurait le narcissisme chez des psychothérapeutes. Ces auteurs ont démontré que plus les besoins de vivre selon ses propres désirs et de manière autosuffisante sont élevés, plus les habiletés reliées au contre-transfert sont également élevées. Les habiletés reliées au contre-transfert étaient définies comme étant la capacité à contrôler ses réactions émotionnelles inconscientes en relation avec le client. Ainsi, les psychothérapeutes considérés comme indépendants dans leurs relations interpersonnelles contrôleraient mieux leurs réactions émotives avec leurs clients. Toutefois, un lien négatif est observé entre le besoin d'être traité favorablement et les habiletés reliées au contre-transfert. Deux limites de cette étude sont notables. D'une part, les auteurs de cette étude ont utilisé seulement un versant de la définition du TrPN, soit la dimension grandiose, dans la mesure du narcissisme. D'autre part, les participants de l'étude ne représentaient qu'un type de psychothérapeutes, soit ceux exerçant l'art-thérapie.

En somme, les traits de personnalité d'une personne influencent sa manière d'interagir dans une situation interpersonnelle (APA, 2013; Krueger et al., 2012; Pincus et al., 2009; Rosenzweig, 2002). Certains auteurs ont soulevé des inquiétudes quant à la présence des TrPN chez les psychothérapeutes pour le client, le changement possible en psychothérapie et l'alliance thérapeutique (Chused, 2012; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Goldner, 2016; Halewood & Tribe, 2003; Jiyoung & Gabsook, 2013; Luchner et al., 2008). La présente étude vise à éclaircir l'influence des TrPN chez le psychothérapeute sur ses interventions en situation de RAT. Ainsi, une définition des TrPN sera présentée dans la prochaine section.

Traits de personnalité narcissique

Le narcissisme se définit par le maintien d'un sens de valeur de soi, en relation avec son environnement (Pincus et al., 2009). En bas âge, on retrouve chez un enfant une recherche de gratification et de reconnaissance en provenance d'une figure d'attachement importante à ses yeux. Cette relation donne un sentiment de valeur personnelle à l'enfant avec lequel il pourra composer plus tard dans sa vie, et ce, dans d'autres relations. Des carences peuvent se développer chez une personne n'ayant pas reçu suffisamment de marques de reconnaissance ou avec qui les interactions n'ont pas été suffisamment empathiques. À travers les expériences d'une personne, des TrPN se forment dans la structure de personnalité. Les interactions d'une personne avec son environnement lui donnent un sentiment de satisfaction si elle parvient à maintenir une image de soi positive

ou dans le cas contraire, elle est constamment à la recherche de gratifications et ses relations en sont affectées (Kohut, 1977; Pincus et al., 2009).

Traits de personnalité narcissique normaux et pathologiques

La manifestation des TrPN peut se faire normalement ou peut être pathologique selon les besoins d'une personne et la manière de satisfaire ses besoins en relation. Une personne qui réussit à maintenir une estime de soi et un bien-être, tout en considérant réalistement les rétroactions positives et négatives qu'elle reçoit de son environnement, est perçue comme ayant des TrPN normaux. Elle peut être ambitieuse, satisfaite et prospère à travers différentes sphères de sa vie (Kohut, 1977; Pincus et al., 2009). Inversement, une personne peut se sentir troublée et déçue de manière démesurée de ne pas être en mesure de maintenir une bonne image d'elle-même. À ce moment, une expression pathologique de ces traits est présente. Les stratégies pour satisfaire les besoins dans l'environnement sont alors déficientes. Devant ces échecs, la personne en vient à sentir que la valeur qu'elle s'attribue est menacée (Ronningstam, 2005).

Le narcissisme est représenté dans le DSM-5 par le diagnostic du trouble de personnalité narcissique (APA, 2013). Cette définition du narcissisme est utilisée majoritairement dans la pratique psychiatrique ou dans un modèle médical de la pratique de la psychothérapie. La définition du trouble de personnalité narcissique s'applique à des personnes ayant un besoin démesuré d'être admirées en relation, ayant tendance à exploiter les autres, ayant tendance à manquer d'empathie et s'accordant une importance

démesurée en relation. Une définition plus globale du narcissisme est mise de l'avant dans la littérature (Pincus et al., 2009). Elle intègre à la fois cette vision mentionnée dans le DSM-5, qui se rapporte à la dimension grandiose du trait de personnalité narcissique (TrPNG), en plus d'un autre versant du concept de narcissisme, le trait de personnalité narcissique vulnérable (TrPNV). En effet, le concept du narcissisme se décline en deux sous-dimensions dans les définitions dynamiques de la structure de personnalité.

Trait de personnalité narcissique grandiose

Selon Pincus et ses collègues (2009), le TrPNG se traduit par une estimation démesurée de sa propre valeur, un grand désir d'admiration et un sentiment de mériter mieux que les autres. Cette vision de soi-même peut s'entretenir par des biais dans la lecture des rétroactions rendues à cette personne en situation sociale. Cela aurait notamment pour but de maintenir cette image de soi gonflée (Pincus et al., 2009). Cette vision, entretenue par des biais de perception, peut être pathologique lorsque les relations interpersonnelles n'ont pour but que de confirmer sa supériorité, lorsque l'exigence d'un traitement favorable est indispensable au fonctionnement et lorsque l'agression et la manipulation sont fréquemment présentes dans les comportements (Pincus et al., 2009).

Le TrPNG est associé à l'externalisation de la colère (Kyranides et al., 2017), sa présence prédit l'agression physique (Krizan & Johar, 2015) et la colère pourrait être manifestée en réponse à une situation menaçante (Gore & Widiger, 2016; Hyatt et al., 2017). Effectivement, l'agression pourrait se produire en réponse à une provocation

(Rasmussen, 2016). De plus, le TrPNG prédit de faibles résultats à des mesures d'empathie, notamment lorsque le problème de l'autre est perçu comme peu sévère et que l'autre semble avoir du contrôle sur la situation (Hepper et al., 2014). Le TrPNG est également associé à l'hostilité (Kyranides et al., 2017).

Les personnes présentant un TrPNG se souviendraient plus facilement des souvenirs positifs associés à eux, et plus facilement des souvenirs négatifs associés aux autres (Jones et al., 2017). La présence du TrPNG est associée à la tendance à surestimer ses capacités intellectuelles, ses capacités émotionnelles, ses capacités de séduction et ses habiletés sociales (Lobbestael et al., 2016). Les personnes présentant un TrPNG seraient affectées par les rétroactions négatives qu'elles reçoivent lorsqu'elles effectuent une tâche (Nevicka et al., 2016). Le TrPNG prédit les jugements dégradants portés envers l'autre et soi (Park & Colvin, 2015).

Trait de personnalité narcissique vulnérable

Selon Pincus et ses collègues (2009), le TrPNV témoigne de sentiments d'impuissance, de vide et de honte. La difficulté des personnes présentant un TrPNV à maintenir une estime de soi solide les mène à exiger un statut supérieur aux autres dans leurs relations. Ce trait de personnalité peut devenir pathologique lorsqu'une méfiance et un évitement social sont démesurés par peur d'être blessé. Une faible tolérance à l'angoisse, un fort sentiment de honte et de l'agressivité sont aussi présents. La personne présentant un TrPNV aurait tendance à se retirer des relations interpersonnelles lorsqu'il

lui est impossible de présenter une image idéale d'elle-même et lorsque son besoin d'admiration n'est pas comblé (Pincus et al., 2009).

Le TrPNV est associé à l'internalisation et l'externalisation de la colère, à un mauvais contrôle de la colère et aux réponses de honte (Jaksic et al., 2017). Il serait un prédicteur de rage, d'agressivité et l'hostilité et de ruminations de méfiance, de découragement et de colère (Krizan & Johar, 2015). Les ruminations de colère et de méfiance expliqueraient notamment les réactions par l'agression (Krizan & Johar, 2015). Le TrPNV pourrait faciliter les réactions de jalousie, d'envie et le désir de voir l'autre échouer (Krizan & Johar, 2012; Neufeld & Johnson, 2016). Le TrPNV est lié positivement au déni face au stress (Fernie et al., 2016), et négativement à la tendance à nier ses fautes personnelles et à la désirabilité sociale (Barry et al., 2017; Sleep et al., 2017). Il est également lié négativement avec l'optimisme, la croissance personnelle, l'atteinte de buts personnels et les attentes de satisfaction professionnelle (Kealy et al., 2017).

Impacts potentiels des traits de personnalité narcissique chez les psychothérapeutes

Sur les bases des résultats des études sur les TrPN dans la population générale, nous élaborons quelques hypothèses sur l'impact potentiel de la présence des TrPN chez des psychothérapeutes lors des RAT. D'abord, la présence du TrPNG chez un psychothérapeute vivant une RAT pourrait faire ressortir ses difficultés en lui faisant ressentir de la honte, de l'envie, de la colère de la méfiance. Une RAT est une opportunité de changement pour le client lorsqu'elle est discutée et lorsque le client communique au

psychothérapeute son besoin, son mécontentement ou ses difficultés. Dans une telle situation, le psychothérapeute présentant un TrPNG pourrait mener des interventions qui manquent de considération pour l'autre et qui sont teintées de manipulation, de colère et d'agressivité. De plus, la présence du TrPNV chez un psychothérapeute vivant une RAT pourrait aussi faire ressortir des difficultés. L'expérience que pourrait vivre le psychothérapeute devant un client qui manifeste un mécontentement envers lui ou la psychothérapie pourrait être teintée de honte, de méfiance, de colère et de jalousie. Par conséquent, ses réactions émotionnelles et ses interventions avec les clients pourraient être préjudiciables pour la souffrance du client. L'identification des situations de RAT pourrait également être affectée par les biais de perception du psychothérapeute présentant un TrPN.

Dans une situation de RAT, le psychothérapeute doit faire appel à sa perception de la relation pour identifier le marqueur de RAT, considérer les besoins du client et se remettre en question, et ce, pour intervenir efficacement (Eubanks, Muran et al., 2018). Un psychothérapeute présentant des difficultés liées au TrPN pourrait intervenir de manière à maintenir le client dans des enjeux nocifs (Safran & Muran, 1996). Une autre caractéristique retrouvée chez le psychothérapeute, soit l'empathie, pourrait influencer l'alliance thérapeutique. Elle sera mesurée dans la présente étude et définie dans la prochaine section.

Empathie du psychothérapeute

Ayant vu sa popularité augmenter lors des dernières années en psychologie sociale et en neurosciences, le concept d'empathie est solidement ancré dans la psychologie clinique depuis longtemps. En effet, Carl Rogers (1980) parlait de la compréhension empathique comme étant un fondement de la psychologie humaniste. Dans le même ordre d'idée, les psychothérapeutes de différentes approches théoriques cliniques font depuis toujours des efforts soutenus pour comprendre comment les expériences passées d'une personne l'influencent dans ce qu'elle ressent, pense et dans comment elle se comporte. De nos jours, la neuroscience nous renseigne sur trois aspects de l'empathie. Selon les résultats de recherche, il y aurait d'abord une réaction automatique, ensuite un procédé délibéré et finalement une régulation émotionnelle, tous visibles dans le cerveau lorsque le procédé d'empathie s'enclenche chez une personne (Decety & Lamm, 2009).

En psychothérapie, l'empathie est observable sous différentes formes. Premièrement, le psychothérapeute peut faire preuve d'empathie en établissant un rapport de soutien avec le client. À travers ce soutien, le psychothérapeute adopte une attitude favorisant la compassion et tente de démontrer sa compréhension de la problématique du client. Deuxièmement, le psychothérapeute peut favoriser l'empathie en demeurant constamment en contact avec l'expérience du client. À tout moment, le psychothérapeute fait des efforts actifs et est attentif à ce que le client communique et à ce qu'il vit. Troisièmement, l'empathie peut se déployer chez le psychothérapeute lorsqu'il essaie de comprendre et de saisir les expériences passées du client, pour voir leur influence sur ses expériences

présentes. Une sensibilité est alors démontrée envers ce qui influence l'expérience du client à l'intérieur même du suivi en psychothérapie (Elliott et al., 2019).

Cette capacité à comprendre et à répondre aux états de l'autre se décline sous la forme de l'empathie affective et de l'empathie cognitive (Davis, 1983). D'une part, le fait de ressentir les émotions de l'autre, comme l'inquiétude et la détresse qui l'habitent dans ses expériences désagréables, caractérise la forme affective que peut prendre l'empathie (Batson, 2011). L'empathie affective ne signifie toutefois pas de ressentir exactement la même émotion que l'autre. Par exemple, il serait nécessaire d'être sensible au ressenti de l'autre pour saisir qu'il est en détresse, mais il serait aussi adéquat de garder une saine distance avec ce ressenti pour émettre un comportement altruiste (Batson, 2009). D'autre part, les efforts pour identifier et imaginer ce que l'autre pense et ressent à travers les différentes situations de sa vie définissent le travail cognitif de l'empathie (Batson, 2011). Il serait plus facile pour une personne d'utiliser cette forme d'empathie lorsqu'elle détient des informations sur l'autre, par exemple sur ses valeurs, ses désirs et ses caractéristiques (Batson, 2009).

Dans leur méta-analyse, Elliott et ses collègues (2019) mentionnent que l'empathie explique 9 % du changement en psychothérapie. Ils soutiennent que l'empathie pourrait être aussi importante que la relation entre l'alliance thérapeutique et le changement en psychothérapie (Flückiger et al., 2018). De plus, ils identifient les caractéristiques du psychothérapeute comme étant des variables modératrices de la relation entre l'empathie

et le changement en psychothérapie. Lorsqu'un psychothérapeute utilise les bons mots pour décrire les émotions du client et qu'il ne donne pas trop de conseils, qu'il ne parle pas trop et qu'il n'interrompt pas trop le client, l'empathie et le changement sont favorisés (Duan & Hill, 1996; Watson, 2001).

En considérant l'importance de ce concept à travers la relation thérapeutique, l'empathie chez le psychothérapeute s'inscrit comme une variable d'importance lorsque les RAT sont explorées. Les capacités empathiques chez le psychothérapeute pourraient l'influencer lorsqu'il intervient lors des RAT (Eubanks, Burckell et al., 2018; Eubanks et al., 2015; Eubanks, Muran et al., 2018; Safran et al., 2001). En effet, un psychothérapeute présentant des déficits empathiques pourrait difficilement demeurer sensible aux émotions négatives ressenties par le client. La compréhension du vécu du client pourrait aussi être plus difficile pour lui. Une autre caractéristique du psychothérapeute qui pourrait affecter l'alliance thérapeutique et les RAT est la régulation émotionnelle. Elle sera mesurée dans la présente étude et définie dans la prochaine section.

Régulation émotionnelle du thérapeute

Les psychothérapeutes vivraient de la culpabilité et un sentiment d'incompétence lors des RAT (Coutinho et al., 2011). Les RAT pourraient être difficiles à identifier lorsque les psychothérapeutes vivent intensément des émotions (Eubanks, Burckell et al., 2018). L'importance pour les psychothérapeutes d'être attentif à leurs émotions lors des RAT a

été évoquée (Eubanks, Muran et al., 2018). La régulation émotionnelle du psychothérapeute est une variable qui pourrait affecter les interventions lors des RAT.

La régulation émotionnelle est la capacité à reconnaitre et moduler les émotions chez une personne (Gross et al., 2011). Les émotions peuvent être modulées à la hausse ou à la baisse selon l'intensité ressentie et le contexte. Une personne peut agir de manière intrinsèque, par de l'autorégulation par exemple, pour réguler les émotions qu'elle ressent ou de manière extrinsèque, en nommant son ressenti notamment. Une régulation émotionnelle est adaptative si une sensibilité envers le contexte est démontrée. Elle l'est aussi si la régulation tient compte des particularités de l'émotion ressentie. De plus, l'éventail des stratégies utilisées ainsi que la flexibilité avec laquelle elles sont employées favorisent une régulation adaptative. Un autre aspect important réside dans l'adéquation entre la stratégie utilisée et le but de la mise en œuvre de la stratégie, notamment lorsqu'il s'agit de faire augmenter ou diminuer les émotions ressenties (Gross & Jazaieri, 2014).

En d'autres mots, la régulation émotionnelle est adéquate chez une personne lorsque cette dernière est en mesure de comprendre, identifier et moduler ses émotions, en plus d'adapter son comportement à diverses situations (Gratz & Roemer, 2004). Dans sa définition d'une figure d'attachement adéquate pour créer une relation sécurisante avec un proche, Bowlby (1982) situait la régulation émotionnelle au premier rang des caractéristiques importantes, suivie de l'ajustement aux besoins de l'autre, la constance, la validation et la prévisibilité. Ainsi, les psychothérapeutes n'étant pas en mesure de

monitorer leur expérience interne ainsi que leurs émotions au contact de leurs clients pourraient développer un lien de proximité ou de détachement trop grand avec ces derniers (Bowlby, 1988). Un lien de proximité trop grand pourrait amener le psychothérapeute à être trop investi dans la relation avec le client, ce qui pourrait lui faire perdre de vu le meilleur intérêt du client. Un détachement trop grand pourrait être invalidant pour le client lorsqu'il se confit au psychothérapeute. Alors, il deviendrait difficile pour les psychothérapeutes de favoriser le changement (Kim, 2003; Schaverien & Case, 2007). De plus, lorsqu'un psychothérapeute a de la difficulté à réguler la distance émotive qu'il ressent envers le client, le risque qu'il opte pour des comportements qui sont réactifs aux émotions que le client peut lui faire ressentir s'accroit (Lee & Choi, 2010). Par ailleurs, Jiyoung et Gabsook (2013) rapportent dans leur étude que lorsque les psychothérapeutes présentent un besoin d'être traité favorablement à travers leurs relations interpersonnelles, ils présentent également une difficulté à contrôler leurs réactions émotionnelles inconscientes lorsqu'ils interagissent avec leurs clients.

À la lumière de ces informations, la régulation émotionnelle du psychothérapeute pourrait l'influencer lors des RAT. Lorsque la relation entre le client et le psychothérapeute se détériore, des émotions négatives peuvent être ressenties de part et d'autre de la relation (Eubanks et al., 2015). Une difficulté à réguler ses émotions chez un psychothérapeute pourrait se traduire par une difficulté à reconnaitre sa part de responsabilité dans l'émergence d'une RAT, par une difficulté à aborder la RAT de manière non défensive, ainsi que par une difficulté à reconnaitre les émotions négatives

du client. Toutes ces interventions sont considérées comme étant adéquates en situation de RAT (Eubanks, Burckell et al., 2018; Eubanks et al., 2015; Eubanks, Muran et al., 2018; Safran et al., 2001).

Objectifs spécifiques de l'étude

En résumé, l'alliance thérapeutique est considérée comme étant le facteur commun le plus corrélé au changement (Flückiger et al., 2018; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Wampold, 2019). Les RAT signifient qu'une détérioration de l'alliance thérapeutique survient (Bennett et al., 2006; Hill et al., 1996; Lansford, 1986; Raue & Goldfried, 1994; Watson & Greenberg, 1994). Dans un tel contexte, des interventions efficaces de la part du psychothérapeute sont nécessaires pour favoriser le changement chez le client (Eubanks, Burckell et al., 2018; Eubanks et al., 2015; Gaston et al., 1995; Safran & Muran, 1996, 2000, 2006; Safran et al., 2001, 2011). Des suggestions quant aux interventions efficaces à faire, comme de valider les émotions du client et explorer l'évènement associé à la RAT, sont fournies aux psychothérapeutes à travers différentes études (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Eubanks, Burckell et al., 2018; Eubanks, Muran et al., 2018).

De plus, des différences existent entre les psychothérapeutes. Certains sont plus efficaces que d'autres pour former une alliance thérapeutique (Baldwin et al., 2007) et certains mènent des interventions efficaces dans des situations de RAT (Eubanks, Burckell et al., 2018). Certaines caractéristiques chez le psychothérapeute sont favorables à

l'établissement d'une relation, au maintien de l'alliance thérapeutique et au changement (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Anderson et al., 2009, 2016; Heinonen et al., 2012; Hill & Castonguay, 2017; Nissen-Lie et al., 2013; Wampold, 2019).

Les traits de personnalité sont une de ces caractéristiques. Ils influencent ce qu'une personne ressent, perçoit, pense et comment elle se comporte dans le développement et le maintien d'une relation interpersonnelle (APA, 2013; Krueger et al., 2012; Pincus et al., 2009). Les traits de personnalité narcissique du psychothérapeute peuvent entre autres l'amener à surestimer son importance en psychothérapie, minimiser les sentiments négatifs du client et influencer sa manière de réagir au client (Chused, 2012; Goldner, 2016; Jiyoung & Gabsook, 2013; Luchner et al., 2008). Quant à elle, l'empathie du psychothérapeute explique 9 % du changement. L'empathie peut être démontrée par le psychothérapeute en soutenant le client, en validant l'expérience du client et en comprenant comment les expériences passées du client influencent ce qu'il vit dans ses difficultés actuelles (Elliott et al., 2019). Également, la régulation émotionnelle du psychothérapeute est importante lors des RAT (Eubanks, Burckell et al., 2018). La régulation émotionnelle est la capacité à reconnaitre et réguler ses propres émotions en portant une attention particulière au type d'émotion et au contexte dans lequel elles surviennent (Gross & Jazaieri, 2014). Elle est importante pour créer un lien de proximité ni trop grand ni trop faible et pour ne pas être réactif au client (Bowlby, 1988; Jiyoung & Gabsook, 2013; Kim, 2003; Schaverien & Case, 2007). Les émotions désagréables de

culpabilité et d'incompétence vécues par le psychothérapeute lors de la RAT rendent la régulation émotionnelle difficile (Coutinho et al., 2011).

Premier objectif

Le premier objectif est de regrouper les psychothérapeutes en profils selon les caractéristiques définies dans le contexte théorique, soit les traits de personnalité narcissique grandiose et vulnérable, l'empathie affective et cognitive ainsi que la régulation émotionnelle. En classifiant les psychothérapeutes en profils, nous considérons que la compréhension de l'influence des caractéristiques des psychothérapeutes pourrait être bonifiée. Effectivement, nous croyons que l'agencement des caractéristiques présentes chez un psychothérapeute l'influence davantage que chacune de ses caractéristiques individuellement.

Les différents résultats présentés dans le contexte théorique nous permettent de poser l'hypothèse qu'un profil de participants sera formé de psychothérapeutes ayant des TrPNG supérieurs à la moyenne, de même que des capacités d'empathie cognitive et de régulation émotionnelle inférieures à la moyenne de l'échantillon. Effectivement, la présence du TrPNG dans la population générale prédit de faibles résultats à des mesures d'empathie lorsque le problème de l'autre est perçu comme peu sévère et que l'autre semble avoir du contrôle sur la situation (Hepper et al., 2014). De plus, la présence des TrPNG est associée à l'externalisation de la colère (Krizan & Johar, 2015), notamment en réponse à une provocation (Rasmussen, 2016) et à une situation menaçante (Gore &

Widiger, 2016; Hyatt et al., 2017). Les psychothérapeutes présentant des enjeux narcissiques présentent également une difficulté à contrôler leurs réactions émotionnelles (Jiyoung & Gabsook, 2013).

Nous posons aussi l'hypothèse qu'un profil sera formé de psychothérapeutes présentant des TrPNV supérieurs à la moyenne, de même que des scores d'empathie affective et de régulation émotionnelle inférieurs à la moyenne de l'échantillon. En effet, le TrPNV pourrait faciliter les réactions de jalousie, d'envie et le désir de voir l'autre échouer (Krizan & Johar, 2012; Neufeld & Johnson, 2016). De plus, il est associé à l'internalisation et l'externalisation de la colère, à un mauvais contrôle de la colère, aux réponses de honte (Jaksic et al., 2017) et il est un prédicteur de l'agressivité et de l'hostilité (Krizan & Johar, 2015).

À l'inverse, nous croyons également qu'un profil sera formé de psychothérapeutes présentant des capacités d'empathie et de régulation émotionnelle supérieures à la moyenne de l'échantillon, ainsi que des traits TrPN en-deçà de la moyenne de l'échantillon. Les résultats mentionnés dans les deux premières hypothèses soutiennent également celle-ci.

Deuxième objectif

Le deuxième objectif de la présente étude est de relever les différences qui se dégagent dans les interventions des psychothérapeutes, selon leurs caractéristiques. Pour

ce faire, l'efficacité des interventions, les types d'interventions et la réactivité des psychothérapeutes seront mesurés et considérés comme les variables dépendantes des analyses statistiques. En relevant des différences selon ces variables dépendantes, les caractéristiques des psychothérapeutes les plus efficaces, et celles des psychothérapeutes les plus réactifs, pourront être analysées. Les différences observées entre les différents profils de psychothérapeutes pourraient aussi être éventuellement instructives pour la pratique clinique et la formation des futurs psychothérapeutes.

En considérant les résultats de recherche présentés dans le contexte théorique, nous posons l'hypothèse qu'un profil de psychothérapeutes sera plus efficace et moins réactif. Ce profil pourrait être composé de participants présentant de faibles TrPNG et TrPNV ainsi que de bonnes capacités d'empathie et de régulation émotionnelle. Effectivement, l'empathie chez le psychothérapeute est considérée comme étant importante pour le changement (Elliott et al., 2019; Flückiger et al., 2018). Ainsi, des participants ayant de bons résultats en empathie affective et cognitive pourraient aussi avoir de bons résultats à l'efficacité des interventions. Dans le même ordre d'idées, la présence des TrPNG et TrPNV pourrait aussi affecter l'efficacité. Plusieurs tendances retrouvées chez ces psychothérapeutes pourraient miner l'efficacité de leurs interventions. En entretenant la vision positive que le client développe envers lui, en minimisant les sentiments d'hostilité et de colère dirigés vers lui et en ayant des biais de perception dans sa lecture de la qualité de la relation, le psychothérapeute pourrait ne pas être disposé à admettre qu'une RAT se

produit et ainsi négliger d'ajuster ses interventions (Chused, 2012; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Goldner, 2016).

Plusieurs résultats de recherche dans la population générale nous laissent croire que la réactivité sera moins grande pour un profil des participants présentant les plus faibles TrPNG et TrPNV. En effet, les RAT sont des situations interpersonnelles tendues dans lesquelles le psychothérapeute peut vivre de la culpabilité et un sentiment d'incompétence (Coutinho et al., 2011). L'agression en réponse à une provocation, les réponses de colère, d'hostilité et de honte, ainsi que le désir de voir l'autre échouer (retrouvé chez les personnes présentant des TrPNG et TrPNV) soutiennent l'idée que les RAT pourraient faire réagir intensément les psychothérapeutes et que l'efficacité de leurs interventions pourraient en souffrir (Gore & Widiger, 2016; Hyatt et al., 2017; Krizan & Johar, 2012, 2015; Kyranides et al., 2017; Lobbestael et al., 2016; Neufeld & Johnson, 2016).

Enfin, des informations retrouvées dans les écrits théoriques soutiennent aussi notre hypothèse au deuxième objectif, soit que certains psychothérapeutes seront plus efficaces et moins réactifs. D'une part, Pincus et ses collègues (2009) rapportent que la personne présentant un TrPNV aurait tendance à se retirer des relations interpersonnelles lorsqu'il lui est impossible de présenter une image idéale d'elle-même et lorsque son besoin d'admiration n'est pas comblé. Pourtant, dans une RAT, ce qui peut être bénéfique pour le client est de pouvoir témoigner au psychothérapeute sa colère et sa déception envers lui (Eubanks et al., 2015; Eubanks, Muran et al., 2018). La présence de TrPN chez les

psychothérapeutes pourrait rendre les RAT plus difficiles pour ces psychothérapeutes. De plus, les psychothérapeutes présentant des difficultés de régulation émotionnelle pourraient éprouver de la difficulté à conserver une proximité « adéquate », c.-à-d. ni trop près ni trop distante, avec les clients (Bowlby, 1988; Kim, 2003; Schaverien & Case, 2007). Un positionnement adéquat de la part du psychothérapeute dans sa relation avec le client est nécessaire lors des RAT. En effet, le psychothérapeute doit être suffisamment soutenant pour que le client se sente à l'aise de nommer son insatisfaction et suffisamment distant pour ne pas trop être affecté par les émotions désagréables dirigées vers lui. Si ce positionnement est impossible, l'efficacité risque d'être affectée.

La méthodologie choisie pour répondre aux objectifs de recherche sera présentée dans la prochaine section.

Méthode

Cette section comprend les informations sur les participants à l'étude, le déroulement du recrutement et la passation des outils psychométriques, les considérations éthiques, les instruments utilisés pour la collecte des données ainsi que la méthode de cotation pour les scores servant aux analyses statistiques sur les types d'intervention.

Participants

Un total de 52 personnes pratiquant la psychothérapie ont participé à l'étude. Ces participants ont été recrutés par l'entremise de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ). L'OPQ a transmis à ses membres un courriel que nous avions préparé qui expliquait l'étude et la marche à suivre pour participer. Dans ce courriel se trouvait un lien Internet permettant aux personnes de participer à l'étude. De ce nombre de participants, 41 étaient des femmes et 10 étaient des hommes (1 participant n'a pas répondu). L'âge moyen des participants était de 46,48 ans (*ÉT* = 12,83), tandis que l'âge médian était de 44 ans (2 participants n'ont pas répondu).

Pour participer à l'étude, les participants devaient être d'abord membre de l'OPQ et détenteurs d'un permis de pratique de la psychothérapie émis par l'OPQ. Ils devaient pratiquer activement la psychothérapie, soit un minimum d'une heure par semaine au moment de participer à l'étude. En ayant des suivis actifs, nous croyions qu'il serait plus facile pour les participants de répondre aux vignettes cliniques puisqu'ils pouvaient s'y

référer. Le Tableau 1 présente la répartition des participants selon différentes variables sociodémographiques.

Tableau 1

Variables descriptives de l'échantillon

Variables sociodémographiques des participants à l'étude	*n*	%
Genre		
Féminin	41	78,80
Masculin	10	19,20
Inconnu	1	2,00
Âge		
30 et moins	4	7,70
31 à 40	18	34,60
41 à 50	9	17,30
51 à 60	8	15,40
61 à 70	10	19,20
71 et plus	1	1,90
Inconnu	2	3,90
Emploi		
Fonction publique	20	38,50
Pratique privée	27	51,90
Mixte	4	7,70
Professeur universitaire	1	1,90
Niveau d'études obtenu		
Baccalauréat	2	3,80
Maitrise	25	48,10
Doctorat (D. Ps.)	13	25,00
Doctorat (Ph. D.)	10	19,20
Doctorat de 1er cycle (M. D.)	1	1,90
Permis délivré par l'OPQ	1	1,90

Tableau 1

Variables descriptives de l'échantillon (suite)

Variables sociodémographiques des participants à l'étude	*n*	%
Domaine d'études		
Psychologie	43	82,70
Neuropsychologie	1	1,90
Ergothérapie	2	3,80
Counseling	1	1,90
Art-Thérapie	1	1,90
Sexologie	2	3,80
Travail social	2	3,80
Approche théorique		
Cognitive / comportementale	15	28,80
Existentielle / humaniste	8	15,40
Psychodynamique / analytique	22	42,30
Systémique / interactionnelle	4	7,70
Neuropsychologie	1	1,90
Intégrative	2	3,80
Nombre d'heures de thérapie par semaine		
Entre 0 et 9	3	5,70
Entre 10 et 19	26	50,00
Entre 20 et 29	19	36,50
31 et plus	3	5,70
Inconnu	1	1,90
Supervision professionnelle reçue au moment de l'étude		
Oui	29	55,80
Non	23	44,20
Déjà consulté en psychothérapie personnelle		
Oui	49	94,20
Non	3	5,80

Tableau 1

Variables descriptives de l'échantillon (suite)

Variables sociodémographiques des participants à l'étude	N	%
Nombre d'années d'expérience		
Entre 0 et 5	10	19,20
Entre 6 et 10	9	17,30
Entre 11 et 15	10	19,20
Entre 16 et 20	7	13,50
Entre 21 et 25	5	9,60
Entre 26 et 30	3	5,70
Entre 31 et 35	6	11,50
36 et plus	1	1,90
Inconnu	1	1,90

N = 52

Déroulement

Les participants ont eu accès à l'étude par l'entremise de l'OPQ et par conséquent, la présente étude répondait aux critères d'admissibilité pour la diffusion par l'OPQ. Les critères étaient les suivants : contribuer au développement général de la profession; être pertinent pour les praticiens; cibler des problématiques cliniques; contribuer à l'obtention de données probantes québécoises qui concernent les activités professionnelles des psychologues; soutenir le rapprochement et renforcer la cohérence entre la recherche et la pratique; s'arrimer sur les orientations de l'Ordre, correspondre aux valeurs de la profession et répondre aux exigences éthiques et déontologiques; être approuvé et suivi par un comité d'éthique à la recherche.

Les membres de l'OPQ pratiquant la psychothérapie et désirant participer à l'étude pouvaient suivre un lien hypertexte qui figurait dans le courriel. Ce lien les amenait à une page sécurisée du site *Google Form* où ils pouvaient consulter et acquiescer au formulaire de consentement avant de répondre aux premières questions. Le formulaire de consentement est présenté en Appendice A. Les participants devaient prendre connaissance de l'information selon laquelle la participation à l'étude était d'une durée de 35 minutes et qu'elle comprenait la complétion d'un questionnaire sociodémographique, de trois vignettes cliniques et de trois questionnaires en lien avec les variables à l'étude. L'ensemble de cette étude a été approuvé par le Comité éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-19-259-08-01.39).

Instruments

Plusieurs instruments ont été utilisés pour la collecte des données. Ils sont décrits dans les prochaines sections. Des données sur leurs propriétés psychométriques sont également présentées.

Informations sociodémographiques

Un questionnaire a été créé dans le but d'obtenir des renseignements personnels, tels que d'avoir consulté en psychothérapie par le passé, l'âge et le sexe. De plus, des renseignements professionnels ont été demandés tels que le domaine de travail, le plus haut niveau d'études obtenu, le domaine d'études, l'approche théorique utilisée, le nombre d'heures hebdomadaires consacrées à la psychothérapie, le nombre d'années d'expérience

comme psychothérapeute ainsi que le fait de recevoir ou non de la supervision. Le questionnaire se retrouve en Appendice B.

***Pathological Narcissism Inventory* (PNI)**

Pincus et ses collègues (2009) conceptualisent le narcissisme comme étant la capacité à maintenir une image positive de soi à travers une régulation affective et cognitive. Cette capacité serait sous-tendue par un besoin de validation et d'affirmation et par une motivation manifeste ou cachée d'obtenir des expériences qui contribueront à la régulation de cette image de soi. La version française de la version abrégée du PNI a été utilisée (Diguer et al., 2020; Schoenleber et al., 2015). Cette version comportant 28 items demande au participant d'indiquer le degré auquel les items lui correspondent sur une échelle de type Likert allant de 1 (*Je ne suis vraiment pas comme cela*) à 6 (*Je suis vraiment comme cela*). Un score moyen (entre 1 et 6) pour chaque dimension est calculé. Le PNI mesure deux dimensions du narcissisme pathologique, soit la dimension « Grandiose » (12 items) et la dimension « Vulnérable » (16 items). Le choix de cet instrument a été basé sur la valeur de ses propriétés psychométriques, son utilisation fréquente en recherche ainsi que sur sa capacité à mesurer au même moment les deux dimensions du narcissisme. Les indices de consistance interne pour chacune des dimensions sont bons, les valeurs α étant respectivement de 0,91 et 0,79. Le temps de passation de l'instrument a été estimé à environ cinq minutes.

Index de réactivité interpersonnelle (IRI)

L'IRI (Davis, 1983) est un outil psychométrique permettant de mesurer deux dimensions de l'empathie, les dimensions « Affective » et « Cognitive ». L'IRI est constitué de 28 items cotés sur une échelle de Likert allant de 0 (*Ne me décrit pas bien*) à 4 (*Me décrit très bien*). La version française a été utilisée dans la présente étude (Gilet et al., 2013). Les deux dimensions se répartissent selon quatre sous-dimensions. Chaque sous-dimension est conçue de 7 items et les scores peuvent varier entre 0 et 28. L'échelle « Fantaisies » ($\alpha = 0,73$) décrit la tendance des répondants à s'identifier à des personnages fictifs. L'échelle « Préoccupation empathique » ($\alpha = 0,71$) évalue la capacité à ressentir de la chaleur, de la compassion et à se préoccuper des autres. L'échelle « Détresse personnelle » ($\alpha = 0,75$) examine l'aptitude à ressentir de l'anxiété et de l'inconfort devant l'expérience négative d'autrui. Finalement, l'échelle « Mise en contexte » ($\alpha = 0,67$) décrit la capacité d'adopter naturellement le point de vue des autres (Davis, 1983). L'utilisation du IRI pour opérationnaliser l'empathie nous semblait convenable dans le cadre de la présente étude. En effet, cet outil mesure à la fois deux composantes de l'empathie dont l'existence a été soutenue empiriquement (Elliott et al., 2019). Il s'agit également d'une mesure autorévélée, ce qui facilite la récolte de données dans une population de psychothérapeute. De plus, les outils autorévélés de l'empathie permettent de détecter l'influence de cette variable sur le changement (Elliott et al., 2019). L'IRI est également un outil largement utilisé dans les recherches en psychologie (Gilet et al., 2013). Le temps de passation de l'instrument a été estimé à environ cinq minutes.

***Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS)**

Le DERS est un questionnaire autorévelé qui a été construit pour aborder les difficultés de régulation émotionnelle (ou dérégulation émotionnelle; Gratz & Roemer, 2004). ». Le DERS est constitué de 36 items cotés sur une échelle de type Likert allant de 1 (*Presque jamais*) à 5 (*Presque toujours*). Les différentes échelles du DERS mesurent l'inacceptation des émotions négatives, la difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers des buts en présence d'émotions négatives, la difficulté à contrôler des comportements impulsifs en présence d'émotions négatives, l'accès restreint à des stratégies de régulation des émotions perçues comme efficaces, le manque de conscience émotionnelle, et l'incompréhension de ses émotions définie comme le manque de clarté émotionnelle. Un haut score à l'échelle totale du DERS signifie une difficulté avec la régulation émotionnelle. Les scores au DERS peuvent varier entre 36 et 180. La version francophone (Côté et al., 2013) a été utilisée pour la présente étude et le score total du DERS ($\alpha = 0{,}92$) a été utilisé. Le choix de cet outil pour mesurer les difficultés de régulation émotionnelle nous semblait convenable puisqu'il s'agit d'un outil qui est reconnu pour représenter plusieurs aspects de la régulation émotionnelle (Côté et al., 2013). De plus, la nature autorévelée de cet outil nous semblait facilitante pour recueillir des données dans un échantillon de psychothérapeute. Le temps de passation de l'instrument a été estimé à environ cinq minutes.

Vignettes cliniques

Les trois vignettes cliniques utilisées dans la présente étude pour mesurer les interventions faites par les psychothérapeutes en contexte de RAT sont tirées de l'étude de Eubanks, Burckell et al. (2018). Ces auteurs ont contacté 660 psychologues et travailleurs sociaux et leur ont demandé de décrire une situation dans laquelle ils avaient vécu une RAT avec un client. Les répondants devaient décrire la problématique ainsi que le contexte (p. ex., quelle était la phase de la thérapie dans laquelle ils se situaient lorsque la RAT s'est déroulée). Par la suite, les auteurs ont distingué les RAT selon qu'elles étaient de nature de confrontation ou d'évitement. Dans le cadre de la présente étude, trois vignettes ont été sélectionnées, incluant au moins une vignette de confrontation et une vignette d'évitement. À notre avis, les vignettes choisies semblaient fournir suffisamment d'informations pour que les participants de l'étude puissent se prononcer sur les interventions à faire lors de la RAT. Les vignettes ont été traduites librement en français après avoir obtenu le consentement de l'auteure principale de l'étude originale (C. Eubanks). Les informations relatives aux caractéristiques sociodémographiques, à la problématique du client et au contexte de RAT ont toutes été respectées fidèlement dans la traduction. Nous avions d'ailleurs complété les trois vignettes et nous avions fixé une durée approximative à 10 minutes pour réaliser cette tâche. Après chaque vignette, la question suivante était posée aux participants : « Comment répondriez-vous à cette situation? Selon vous, quelle(s) serait(ent) la ou les interventions à mener avec le/la client(e)? ». Les vignettes cliniques sont présentées en Appendice C.

Types d'intervention

Les réponses obtenues aux trois vignettes cliniques ont été analysées à l'aide des 16 catégories d'intervention créées par Eubanks, Burckell et al. (2018). Cette catégorisation permettait d'illustrer les interventions faites par les participants dans des termes cliniques. Le but de la présente étude était de recréer le plus fidèlement possible la méthodologie de l'étude de Eubanks, Burckell et al. Pour classer les réponses des participants, un tableau regroupant les 16 stratégies d'intervention ainsi qu'une définition et des exemples pour chaque stratégie ont été utilisés (Eubanks, Burckell et al., 2018). Des notes personnelles ont été ajoutées au tableau de Eubanks, Burckell et al., pour nous permettre de mieux classer certains types d'intervention. La description des stratégies d'intervention ainsi que les notes personnelles se retrouvent en Appendice D. Chaque participant s'est vu attribué un score catégoriel (Oui/Non) selon l'utilisation de chaque type d'intervention retrouvé dans le tableau de Eubanks, Burckell et al.

Notre équipe de classification était formée de quatre membres. Elle était composée de deux professeurs-chercheurs et psychothérapeutes d'expérience, d'un étudiant au doctorat en psychologie clinique ayant terminé l'ensemble de ses heures de stage clinique et de l'auteur de la présente étude, qui était un étudiant au doctorat en psychologie clinique ayant complété les deux tiers de ses heures de stage clinique.

Dans un premier temps, les réponses des cinq premiers participants ont été classées individuellement. Chaque réponse ou une partie de la réponse était classée dans l'une des

16 catégories d'intervention. Par la suite, une rencontre ayant pour but de nous entendre sur un processus de classification a eu lieu. Lors de cette première rencontre, chaque intervention était discutée et lorsqu'il y avait désaccord sur le type d'intervention, une discussion s'ensuivait et un consensus était obtenu. Les réponses des participants 6, 7 et 8 ont ensuite été classées par chaque membre de l'équipe individuellement. Une deuxième rencontre a eu lieu dans laquelle les réponses ont été discutées. Tous s'entendaient pour dire que les discussions de la première rencontre avaient facilité la classification par la suite. Lors de cette deuxième rencontre, les divergences de classification étaient discutées jusqu'à ce qu'un consensus soit obtenu. Moins de divergences de classification individuelles ont été observées lors de cette deuxième rencontre.

Ensuite, les deux étudiants au doctorant en psychologie clinique ont classé chacun de leur côté les réponses des participants 9, 10, 11 et 12. Une rencontre s'est par la suite déroulée avec les quatre membres du groupe de chercheurs pour discuter de la classification et pour obtenir un consensus. Les deux chercheurs et psychothérapeutes expérimentés ont favorisé la discussion dans le but d'assurer l'obtention d'un consensus. Une dernière rencontre a eu lieu entre les deux étudiants au doctorat en psychologie clinique dans laquelle ils ont partagé la classification qu'ils avaient obtenue pour les participants 13, 14 et 15. Un consensus a été obtenu pour l'ensemble des réponses. Finalement, les deux étudiants au doctorat en psychologie clinique se sont partagé la classification des autres réponses des participants.

Efficacité

Un score total d'efficacité a été calculé en additionnant le score des participants à chaque vignette. Pour une réponse efficace, un participant a reçu un point. Les types d'interventions jugées efficaces étaient tirés de l'étude de Eubanks, Burckell et al. (2018). Les réponses efficaces pour la vignette 1 étaient *Rupture-bond* et *Validate*. La réponse efficace pour la vignette 2 était *Rupture-bond*. La réponse efficace pour la vignette 3 était *Rupture-bond*. Les types d'intervention sont décrits en Appendice D. Au total, un participant pouvait recevoir un score entre 0 et 4, selon les interventions qu'il fournissait aux vignettes cliniques.

Inefficacité

Un score total d'inefficacité a été calculé en additionnant le score des participants à chaque vignette. Pour une réponse inefficace, un participant recevait un point. Les interventions jugées inefficaces étaient tirées de l'étude de Eubanks, Burckell et al. (2018). Les réponses inefficaces pour la vignette 1 étaient *Fostering hope*, *Assessment*, *Rupture goals and tasks*. La réponse inefficace pour la vignette 2 était *Patterns*. Les réponses inefficaces pour la vignette 3 étaient *Perspective insight, Patterns, Assessment, Fostering hope, Coping, Change interaction*. Les types d'intervention sont décrits en Appendice D. Au total, un participant pouvait recevoir un score entre 0 et 10, selon les interventions qu'il fournissait aux vignettes cliniques.

Réactivité

La cotation de la réactivité dans les réponses des participants s'est faite selon la définition de la dimension *réactive* du concept d'Activité mentale du thérapeute (Normandin, 1991). Ce concept a été élaboré pour mesurer les réactions contre-transférentielles du psychothérapeute lorsque ce dernier est envahi par ses réactions affectives, défensives ou inconscientes (Maheux, 2014). L'Activité mentale du thérapeute (AM-T) est un concept qui représente les processus en action chez le psychothérapeute lorsqu'il interagit avec le client (Normandin, 1991). L'AM-T permet de saisir les processus en action chez le psychothérapeute qui l'amènent à acquérir une représentation juste, élaborée et diversifiée du client ou plutôt une représentation déformée et biaisée (Maheux, 2014).

L'AM-T est conçue comme étant un processus actif chez le psychothérapeute qui se déploie lorsqu'il écoute le client, qu'il le comprend et lorsqu'il demeure sensible à ce qu'il ressent au contact de ce dernier (Dubé & Normandin, 2007; Maheux, 2014; Normandin, 1991). L'AMT est définie selon trois dimensions. La dimension *rationnelle* représente une position cognitive et détachée affectivement. En ce sens, le psychothérapeute émet des hypothèses qui sont basées sur ses observations et qui se rattachent à des théories qu'il connait. La dimension *réactive* représente les réactions de contre-transfert du psychothérapeute par lesquelles il peut se sentir envahi. Ces réactions peuvent être inconscientes, défensives et affectives. Elles pourraient influencer le psychothérapeute à faire des interventions inadéquates pour le client. La perception du psychothérapeute est

alors affectée par ses réactions affectives et ses défenses contre celles-ci. La dimension *réflexive* représente l'intégration que le psychothérapeute fait de ses connaissances sur le client et de ses réactions au contact du client. En d'autres mots, cette dimension est la résultante d'une intégration subjective de l'expérience du psychothérapeute (Dubé & Normandin, 2007; Maheux, 2014; Normandin 1991).

La dimension *réactive* représentait un intérêt particulier pour la présente étude pour mesurer la réactivité dans les réponses des participants. Ainsi, lorsque la réactivité était détectée dans les réponses des participants aux vignettes cliniques, elle était notée. Chaque participant s'est vu attribué un score catégoriel (Oui/Non) selon la présence ou non de réactivité dans une de leurs réponses aux vignettes cliniques.

Tendances dans les interventions

En considérant la richesse que pouvaient représenter les données récoltées dans un échantillon de psychothérapeutes, une analyse descriptive a été effectuée pour les réponses des participants aux vignettes cliniques. Cette analyse descriptive était basée sur les définitions de l'analyse de contenu en recherche psychosociale et avait pour but de dégager les tendances communes des interventions des participants (Clapier-Valladon, 1980; Giorgi, 1975; L'Écuyer, 1990; Mucchielli, 1977). Pour diriger et objectiver l'analyse descriptive, un guide des analyses descriptives a été créé et se retrouve en Appendice E. Ce guide est formé des informations retrouvées dans la littérature sur les bonnes pratiques à avoir lors des RAT. Les informations quant aux possibles

répercussions des caractéristiques des psychothérapeutes sont aussi considérées. En basant l'analyse descriptive sur la littérature scientifique, les résultats respectent les exigences d'inférences et de signification nécessaires à cette analyse (L'Écuyer, 1990). De plus, systématiser l'analyse permettait de répondre aux critères de l'analyse descriptive (Clapier-Valladon, 1980; Giorgi, 1975; L'Écuyer, 1990; Mucchielli, 1977).

Pour systématiser l'analyse descriptive, une série d'étapes ont été respectées. D'abord, une première lecture des réponses de chaque participant a été faite et des impressions générales ont été tirées. Ensuite, toutes les réponses ont été analysées, mais une vignette à la fois, et ce, sur les bases du guide de l'analyse descriptive. Par exemple, toutes les réponses à la vignette #1 ont été analysées pour chaque participant et ainsi de suite pour les vignettes suivantes. Enfin, une analyse de toutes les réponses d'un seul participant à la fois a été faite, toujours selon le guide des analyses descriptives. Ces trois lectures ont été faites par deux membres de notre équipe. Les deux membres ayant participé à l'analyse descriptive sont un professeur-chercheur et psychothérapeute d'expérience ainsi que l'auteur de la présente étude, qui était un étudiant au doctorat en psychologie clinique ayant complété les deux tiers de ses heures de stage clinique.

Les tendances des participants ont par la suite été regroupées selon la classification obtenue en réponse au premier objectif de l'étude. Donc, l'analyse descriptive a été faite à l'aveugle. Aucun des deux membres de l'équipe ne pouvait savoir si le participant

appartenait un à groupe en particulier. Les tendances spécifiques des participants sont rapportées dans la section Résultats.

Résultats

Les résultats présentés dans cette section proviennent d'analyses faites à l'aide du logiciel SPSS version 27. Les analyses statistiques sont décrites dans la première section. Les résultats des analyses préliminaires sont présentés dans la deuxième section. Les résultats des analyses de corrélation sont rapportés dans la section suivante. Les résultats des analyses de regroupement, permettant de classifier les participants en profils selon leurs caractéristiques, sont présentés dans la quatrième section. La section suivante traite des résultats des analyses permettant de lier l'appartenance à un profil aux interventions des participants. Enfin, la dernière section est composée des résultats des analyses descriptives des réponses aux RAT.

Analyses statistiques

Des analyses de corrélation ont été effectuées entre toutes les variables à l'étude, autant les variables mesurant les interventions que celles mesurant les caractéristiques des psychothérapeutes. L'échantillon de l'étude étant petit, la normalité des distributions des variables pouvait affecter la validité des analyses de corrélation (Field, 2013). La normalité des distributions des variables a été vérifiée pour sélectionner le type de corrélations à mener. Comme les distributions des variables, « Mise en contexte » (IRI), « Préoccupation empathique » (IRI) et « Régulation émotionnelle » (DERS) n'étaient pas normales, des analyses de corrélation de Spearman ont été

effectuées (Field, 2013). Les résultats des analyses de corrélation sont présentés dans le Tableau 3 de la prochaine section.

Les analyses de corrélation étaient un préalable aux analyses de regroupement utilisées pour classer les participants en profil, et ainsi répondre au premier objectif de recherche. En effet, l'absence de multicolinéarité des variables doit être validée lorsque des variables sont choisies pour établir des profils. Lorsqu'un chevauchement entre deux variables est trop grand, l'analyse subséquente des profils est affectée (Mooi & Sarstedt, 2011; Tabachnick & Fidell, 2001).

Premier objectif de recherche

Plusieurs données sur les caractéristiques des psychothérapeutes ont été récoltés dans la présente étude. Dans un premier temps, le tri des données était nécessaire pour regrouper les participants de l'étude selon leurs caractéristiques. À notre avis, des regroupements en profils permettraient une compréhension plus complète de l'influence des caractéristiques des psychothérapeutes lors des RAT. De plus, nous croyons qu'il serait plus facile d'interpréter l'influence de ces caractéristiques si plusieurs psychothérapeutes les partagent. L'analyse de regroupement a été sélectionnée pour répondre au premier objectif de recherche. Elle désigne une série de techniques statistiques qui organisent les données en profil, pour que de grandes similarités ressortent des membres d'un même profil et que des différences soient observables entre les profils.

Chaque profil de l'analyse de type *cluster* se caractérise par des scores qui lui sont propres selon les variables choisies pour l'analyse (Han et al., 2011).

Les variables servant à l'établissement de profils dans l'analyse de type *cluster* sont nommées les variables endogènes de ces analyses (Mooi & Sarstedt, 2011). Le choix de ces variables est appuyé sur la recension des écrits. Ainsi, les TrPNG, les TrPNV, les dimensions d'empathie (Mise en contexte, Préoccupation empathique), ainsi que les difficultés de régulation émotionnelle sont les variables endogènes choisies. Les dimensions de l'empathie « Fantasmes » et « Détresse personnelle » n'ont pas été retenues pour cette analyse, considérant que des doutes ont été soulevés quant à la validité conceptuelle de ces variables en lien avec les définitions courantes de l'empathie (Vachon & Lynam, 2016). Tel que présenté dans le Contexte théorique, les variables endogènes pourraient permettre de distinguer les profils par rapport aux interventions faites en situation de RAT. En considérant la taille de l'échantillon ($N = 52$), le nombre de variables choisies pour l'analyse hiérarchique apparait satisfaisant. En effet, la taille de l'échantillon doit demeurer plus grande que 2^m, où m est le nombre de variables endogènes choisies (Mooi & Sarstedt, 2011). Dans la présente étude, la taille de l'échantillon ($N = 52$) demeure plus élevée ($2^5 = 32$).

Deux analyses de regroupement de type *cluster* ont été utilisées en deux étapes subséquentes. Les scores standardisés des participants aux variables endogènes ont été utilisés pour les analyses. Dans un premier temps, l'algorithme hiérarchique agglomératif

a été utilisée à titre exploratoire. Cette analyse crée un profil par participant au départ, et elle regroupe les profils similaires à chaque étape. Ainsi, elle présente des indices visuels qui permettent de déterminer à quelle étape un regroupement de trop a été effectué. À cette étape, le nombre de profils peut être déterminé puisque les données sont suffisamment distinctes entre les groupes. L'inconvénient de ce procédé réside dans le fait qu'une fois qu'un participant a été regroupé dans un profil, il ne peut être attribué à un autre profil au regroupement suivant. Cette analyse permet d'obtenir des indices visuels (analyse de la figure du coude et du dendrogramme) pour connaitre le nombre de profils à retenir dans l'échantillon à l'étude (Mooi & Sarstedt, 2011).

Dans un deuxième temps, l'analyse de type *cluster two-step* a été utilisée à titre confirmatoire. Cette analyse utilise une formule modifiée de l'algorithme hiérarchique agglomératif pour former des profils homogènes. Elle offre également la possibilité de spécifier préalablement le nombre maximal de profils désirés ou de laisser l'analyse déterminer automatiquement le nombre de profils sur des bases statistiques. Dans le cas de la présente étude, le nombre de profils a été sélectionné d'avance selon les indices observés lors de l'analyse exploratoire. L'analyse de type *cluster two-step* indique l'importance de chaque variable dans le modèle de profil obtenu (Mooi & Sarstedt, 2011) et permet de juger de la qualité du nombre de profils choisis (Kaufman & Rousseeuw, 1990). Le nombre de profils choisis serait de qualité s'il est possible d'observer des différences de moyennes significatives sur les variables endogènes, et ce, entre les profils (Mooi & Sarstedt, 2011).

Pour effectuer l'analyse des différences de moyennes entre les profils, la normalité des distributions a été validée. En considérant la petite taille de l'échantillon de la présente étude, si la normalité des distributions n'est pas respectée, la validité des différences de moyennes pourrait être affectée. Advenant cette possibilité, il faut opter pour une analyse non paramétrique qui pallie les faiblesses de l'analyse de différences de moyennes avec des distributions non normales (Field, 2013). Comme les distributions des variables endogènes ne respectaient pas la normalité, les analyses de différences de moyennes ont été faites avec le test Kruskall-Wallis (Field, 2013). Par la suite, les analyses de contrastes ont été faites avec la correction de Bonferroni entre chaque groupe pour déterminer lesquels précisément étaient différents.

Deuxième objectif de recherche

Avant de vérifier si les interventions faites lors des RAT sont différentes d'un profil à l'autre, les différences selon les variables sociodémographiques ont été vérifiées. Les différences pour les variables continues telles que l'âge, le nombre d'années d'expérience, le nombre d'heures de supervision et le nombre d'heures de thérapie ont été explorées à l'aide d'analyses de différences de moyennes. Comme les distributions pour ces variables continues n'étaient pas normales et considérant le petit échantillon, le test Kruskall-Wallis a été utilisé (Field, 2013).

Ensuite, les différences selon les variables sociodémographiques catégorielles telles que le genre, l'emploi, le niveau d'études obtenu, le domaine d'études, l'approche

thérapeutique utilisée et le fait de recevoir ou non de la supervision professionnelle ont été explorées. Pour ce faire, des tests de khi carré ont été utilisés.

La méthode d'analyse des interventions en situation de RAT a produit plusieurs données. D'une part, chaque participant s'est vu attribuer un score total d'Efficacité et d'Inefficacité. Comme ces résultats sont des scores de variables continues, des différences de moyennes ont été calculées entre les profils. Comme les distributions n'étaient pas normales, le test Kruskall-Wallis a été utilisé (Field, 2013). D'autre part, chaque participant s'est vu attribuer un score catégoriel (Oui/Non) pour l'utilisation des types d'interventions mesurées et pour la réactivité. Des tests de khi carré de Pearson ont alors été menés avec ces variables catégorielles. Le test de khi carré de Pearson permet de déterminer si la distribution des participants dans chaque catégorie de variables est différente de ce qui serait attendu par hasard. En d'autres mots, elle permet d'identifier si la distribution des participants dans une variable catégorielle (Oui/Non) est influencée par une autre variable catégorielle. Un résultat significatif à cette analyse signifierait que la distribution d'un groupe pour une variable catégorielle ne serait pas le résultat du hasard. Dans la présente étude, nous voulions déterminer si l'appartenance à l'un des profils pouvait expliquer l'utilisation des types d'intervention ou la présence de réactivité dans les réponses des participants. Les résultats aux analyses statistiques sont présentés dans les prochaines sections.

Analyses préliminaires

Le Tableau 2 présente les moyennes et les écarts-types des instruments utilisées pour les analyses de l'étude.

Corrélations

Les résultats des analyses de corrélation sont présentés dans le Tableau 3.

Tableau 2

Description des variables à l'étude

Échelles	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
PNI				
Vulnérable	2,18	0,81	1,06	4,44
Grandiose	2,61	0,75	1,42	4,22
IRI				
Mise en contexte	21,60	11,94	11,00	28,00
Préoccupation empathique	21,44	3,88	10,00	28,00
DERS	64,30	15,39	42,00	113,00
Efficacité	1,19	0,93	0,00	4,00
Inefficacité	0,90	0,98	0,00	3,00
Neutre	5,40	1,95	1,00	10,00
Réactivité	0,62	1,11	0,00	4,00

Tableau 3

Corrélations entre les variables à l'étude

Variables	PNI Grandiose	PNI Vulnérable	IRI Mise en contexte	IRI Préoccupation empathique	DERS	Efficacité	Non-Efficacité	Neutre
PNI Vulnérable	0,704**							
IRI Mise en contexte	0,119	-0,031						
IRI Préoccupation empathique	0,037	0,035	0,488**					
DERS	0,399**	0,614**	-0,228	-0,067				
Efficacité	0,058	0,154	-0,196	-0,277*	0,056			
Non-Efficacité	0,020	0,044	0,053	0,068	-0,158	0,162		
Neutre	-0,104	0,020	0,159	0,176	-0,145	0,143	0,205	
Réactivité	-0,274*	-0,389**	0,122	-0,017	-0,073	-0,362**	-0,232	0,035

Note. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Narcissisme

Une forte association positive significative a été obtenue entre les deux dimensions du PNI, soit la dimension « Vulnérable » et « Grandiose » [$r_s(52) = 0{,}704$; $p < 0{,}01$]. Une forte association positive significative [$r_s(52) = 0{,}497$; $p < 0{,}01$] a été obtenue entre la dimension « Grandiose » et la dimension « Fantaisies » de l'empathie, soit la tendance à s'identifier à des personnages fictifs. Une moyenne association positive significative a été obtenue entre la dimension « Vulnérable » et la dimension « Détresse personnelle » de l'empathie [$r_s(52) = 0{,}421$; $p < 0{,}01$]. Plus une personne présente un score élevé au TrPNV, plus elle vit de l'anxiété et de l'inconfort devant la détresse d'autrui. Une moyenne association positive significative a été obtenue entre la dimension « Grandiose » et la « Dérégulation émotionnelle » [$r_s(52) = 0{,}399$; $p < 0{,}01$]. Plus une personne présente un score élevé au TrPNG, plus elle a de la difficulté à réguler ses émotions. Une forte association positive significative a été obtenue entre la dimension « Vulnérable » et la « Dérégulation émotionnelle » [$r_s(52) = 0{,}614$; $p < 0{,}01$]. Une faible association négative significative a été obtenue entre la dimension « Grandiose » et la Réactivité [$r_s(52) = -0{,}274$; $p < 0{,}05$]. Plus la personne présente un score élevé au TrPNG, moins elle présente une réaction émotive, subjective ou inconsciente qui est observable dans ses réponses aux vignettes cliniques. Une moyenne association négative significative a été obtenue entre la dimension « Vulnérable » et la Réactivité [$r_s(52) = -0{,}389$; $p < 0{,}01$].

Empathie

Une moyenne association positive signification a été obtenue entre les dimensions « Fantaisies » et « Préoccupation empathique » de l'empathie [$r_s(52) = 0{,}369$; $p < 0{,}01$]. Plus un participant a tendance à s'identifier à des personnages fictifs, plus il a la capacité à ressentir de la chaleur, de la compassion et à se préoccuper des autres. Une forte association positive significative a été obtenue entre les dimensions « Mise en contexte » et « Préoccupation empathique » [$r_s(52) = 0{,}488$; $p < 0{,}01$] de l'empathie. Plus un participant adopte naturellement le point de vue de l'autre, plus il a la capacité à ressentir de la chaleur, de la compassion et à se préoccuper des autres.

Une forte association positive significative a été obtenue entre la dimension « Détresse personnelle » et la « Dérégulation émotionnelle » chez les participants de l'étude [$r_s(52) = 0{,}640$; $p < 0{,}01$]. Une faible association négative significative a été obtenue entre la dimension « Préoccupation empathique » et l'Efficacité des réponses aux situations de RAT [$r_s(52) = -0{,}277$; $p < 0{,}01$].

Efficacité

Une moyenne association négative significative a été obtenue entre l'Efficacité et la Réactivité [$r_s(52) = -0{,}362$; $p < 0{,}01$]. Plus un participant présente des interventions en situation de RAT qui sont jugées efficaces, moins il présente une réaction émotive, subjective ou inconsciente dans ses réponses aux vignettes cliniques.

Établissement de profils selon les caractéristiques des psychothérapeutes

Les cinq variables endogènes sélectionnées pour mener des analyses de type *cluster* sont les dimensions « Grandiose » et « Vulnérable » des TrPN, les dimensions d'empathie « Mise en contexte » et de « Préoccupation empathique » ainsi que la « Dérégulation émotionnelle ». Aucune de ces variables ne présentait des corrélations trop élevées entre elles. Des variables endogènes présentant une relation supérieure à 0,90 causeraient des problèmes de multicolinéarité dans des analyses de type *cluster* puisqu'un chevauchement théorique pourrait expliquer cette relation (Mooi & Sarstedt, 2011).

Analyse de l'algorithme hiérarchique agglomératif

L'analyse s'est faite à l'aide des scores standardisés. La méthode suggérée pour les variables continues a été utilisée, soit celle de Ward, et la distance euclidienne au carré a été choisie comme mesure de similarité (Mooi & Sarstedt, 2011). L'analyse du coude (voir Figure 1) indique l'endroit où la formation de deux profils prend place à une très grande distance. L'indice visuel est un bris sur la courbe. Cet endroit est significatif, puisque l'étape précédente représente une solution adéquate pour un choix de nombre de profils (Mooi & Sarstedt, 2011). La Figure 1 permet d'observer un léger bris de la courbe au 4e point de l'axe des *x*, représenté par une flèche rouge. Ainsi, une solution à trois profils pourrait être envisagée. Le dendrogramme (voir Figure 2) permet également de statuer qu'une solution à deux ou quatre profils serait plausible. La solution à deux profils regroupe les participants sous les lignes rouges sur la Figure 2. La solution à quatre profils regroupe quant à elle les participants sous les lignes bleues sur la Figure 2. Après avoir

identifié les indices visuels, les solutions à deux, trois et quatre profils ont été explorées dans l'analyse suivante.

Figure 1

Figure du coude de l'analyse de l'algorithme hiérarchique agglomératif selon les cinq variables endogènes à l'étude (TrPNV, TrPNG, Mise en contexte, Préoccupation empathique et DERS)

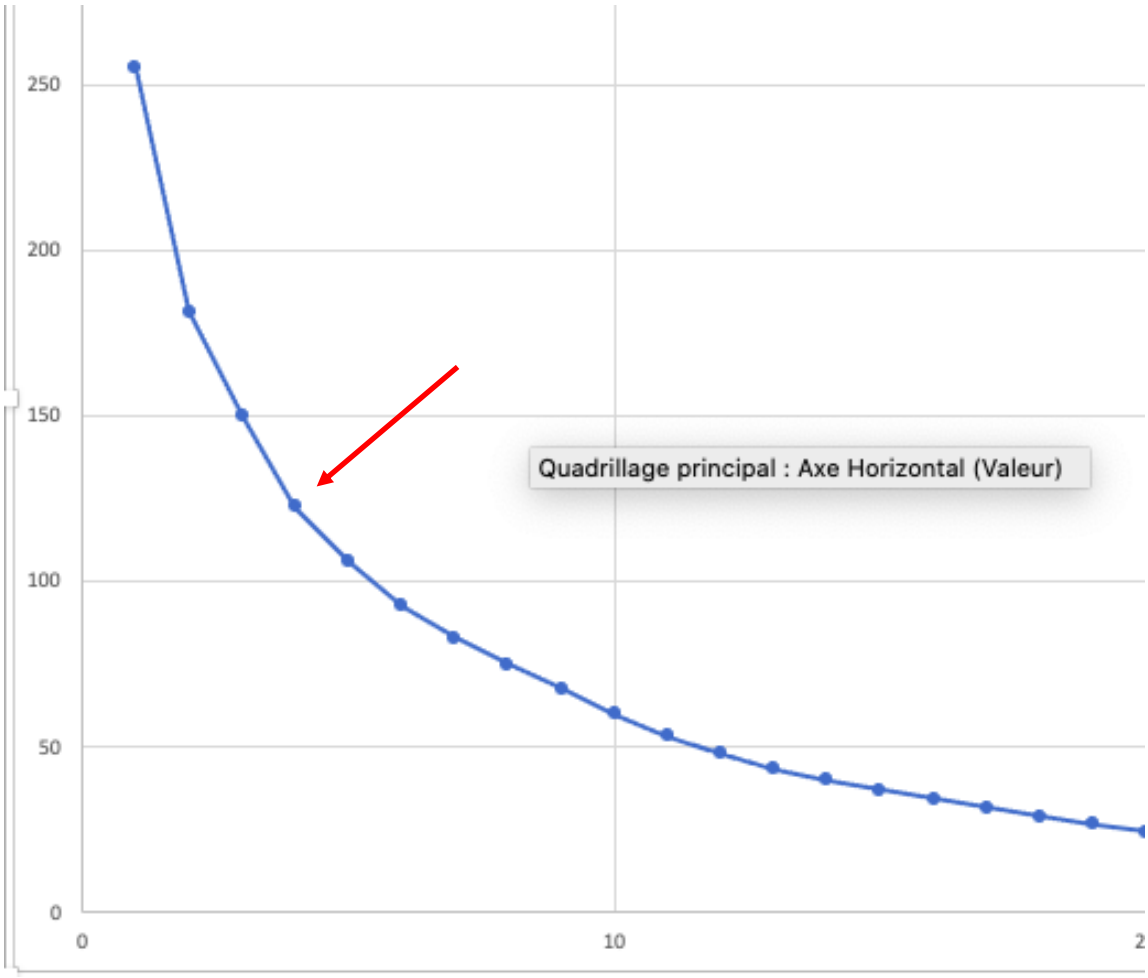
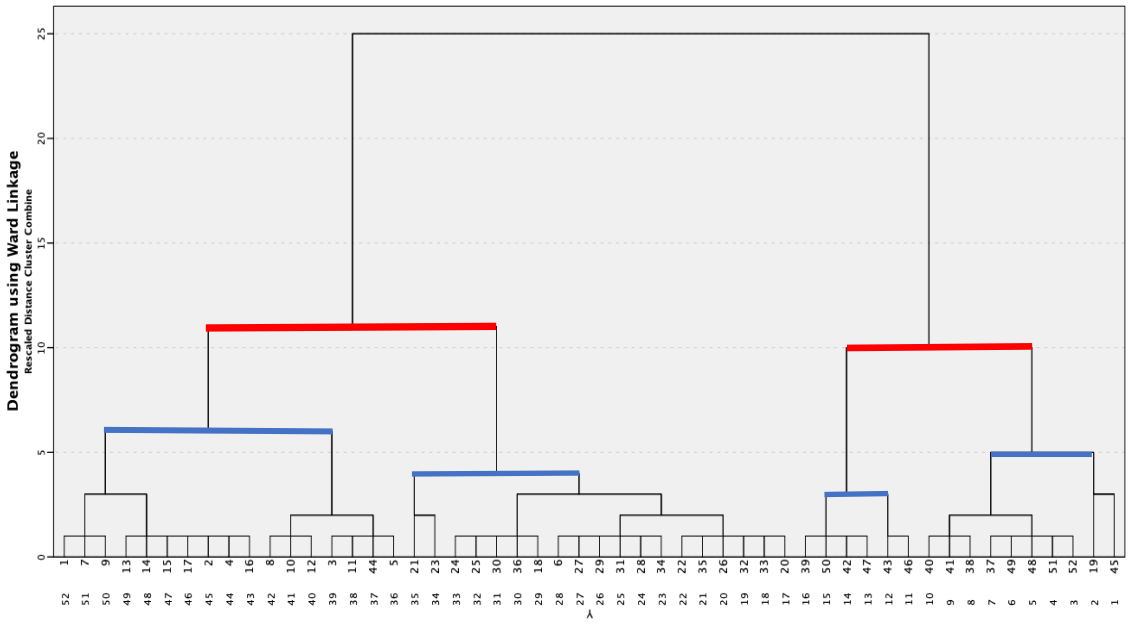


Figure 2

Dendrogramme de l'analyse de l'algorithme hiérarchique agglomératif selon les cinq variables endogènes à l'étude (TrPNV, TrPNG, Mise en contexte, Préoccupation empathique et DERS)



Analyse de type *cluster two-step*

Dans un deuxième temps, l'analyse de type *cluster two-step* a été utilisée à titre confirmatoire. La mesure de distance basée sur la vraisemblance logarithmique (*log-likelihood*) a été utilisée pour cette analyse. Trois solutions ont été testées, soit les solutions à deux, trois et quatre profils. Les indices de silhouette ainsi que le classement des variables les plus discriminantes ont été utilisés pour confirmer le choix du modèle de cluster et sont rapportés dans le tableau suivant.

Tableau 4

Indices statistiques aux analyses de type cluster two-step

Solution	Indice de silhouette	Classement des variables discriminantes
2 profils	0,5	1. Vulnérable (1,00) 2. Grandiose (1,00) 3. DERS (0,43) 4. Mise en contexte (0,01) 5. Préoccupation empathique (0,01)
3 profils	0,4	1. Vulnérable (1,00) 2. Grandiose (0,46) 3. Préoccupation empathique (0,40) 4. DERS (0,36) 5. Mise en contexte (0,34)
4 profils	0,4	1. Vulnérable (1,00) 2. DERS (0,68) 3. Mise en contexte (0,65) 4. Grandiose (0,45) 5. Préoccupation empathique (0,44)

Choix du modèle de cluster

Le choix final du modèle de profils s'est fait selon les indices visuels, les coefficients statistiques rapportés ci-dessus et selon l'approche conceptuelle choisie pour la présente étude. En ce sens, le modèle à trois profils a été retenu.

La plausibilité du modèle à trois profils est soutenue premièrement par l'identification d'un indice visuel dans la Figure 1. Deuxièmement, l'indice de silhouette est acceptable à 0,4 (Kaufman & Rousseeuw, 1990). Troisièmement, l'importance de l'ordre des variables discriminantes est intéressante conceptuellement. En effet, la place que prennent les

variables Vulnérable et Grandiose dans la formation des profils nous laisse croire que ce choix de profil fournit de nouvelles informations pour la littérature scientifique, puisque peu d'études nous renseignent sur l'impact de la présence de ces caractéristiques chez les psychothérapeutes. À la lumière de ce qui a été rapporté dans le Contexte théorique, nous croyons que l'élaboration sur l'influence des traits de personnalité narcissique sera plus riche que sur les autres variables à l'étude pour expliquer la possible influence sur les interventions en situation de RAT. En effet, la variable de l'empathie a déjà permis la formation de profils dans une population de psychothérapeute (Laverdière et al., 2019). L'apport du modèle à trois profils pourrait donc être plus grand, à notre avis, lorsque les conclusions seront tirées de la présente étude. Davantage de données existent dans la littérature sur la régulation émotionnelle et l'empathie des psychothérapeutes plutôt que sur la présence de traits de personnalité narcissique. L'ordre d'importance des variables discriminantes a donc permis de prioriser la solution à trois profils devant celle à quatre profils. En amont, l'importance des cinq variables discriminantes dans la solution à trois profils est relativement plus équilibrée que celle de la solution à deux profils. Ceci nous a donc permis de prioriser la solution à trois profils devant celle à deux profils. La solution à deux profils semblait répartir les profils selon seulement trois des cinq variables endogènes et permettrait des analyses moins fines avec moins de différences qualitatives entre les profils. Finalement, la taille des profils de la solution à trois profils était presque équivalente. Nous croyons donc que cela pourrait faciliter les analyses statistiques pour répondre au deuxième objectif de recherche.

Différences de moyennes entre les profils

Le choix d'une solution de regroupement de participants est aussi soutenu lorsque plusieurs différences de moyennes significatives sont rapportées entre les différentes variables endogènes (Mooi & Sarstedt, 2011). La figure 3 représente les moyennes des scores standardisés des participants de chaque profil selon les variables endogènes.

Le Profil 1 présente les moyennes les plus basses aux dimensions « Grandiose » (M = -0,57) et « Vulnérable » (M = -0,65), les moyennes les plus fortes aux dimensions « Mise en contexte » (M = 0,67) et « Préoccupation empathique » (M = 0,70), ainsi que la moyenne la plus faible à la dimension « Dérégulation émotionnelle » (M = -0,41). Le Profil 2 présente quant à lui des moyennes aux dimensions « Grandiose » (M = -0,31) et « Vulnérable » (M = -0,47) qui se situent entre celles des deux autres profils, les moyennes les plus faibles aux dimensions « Mise en contexte » (M = -0,71) et « Préoccupation empathique » (M = -0,77), ainsi qu'une moyenne à la dimension « Dérégulation émotionnelle » (M = -0,39) qui est basse, mais qui se situe entre les deux autres profils. Le Profil 3 présente les plus fortes moyennes aux dimensions « Grandiose » (M = 0,97) et « Vulnérable » (M = 1,26), des moyennes qui se situent entre les autres profils aux dimensions « Mise en contexte » (M = 0,13) et « Préoccupation empathique » (M = 0,18), ainsi que la plus forte moyenne à la dimension « Dérégulation émotionnelle » (M = 0,89).

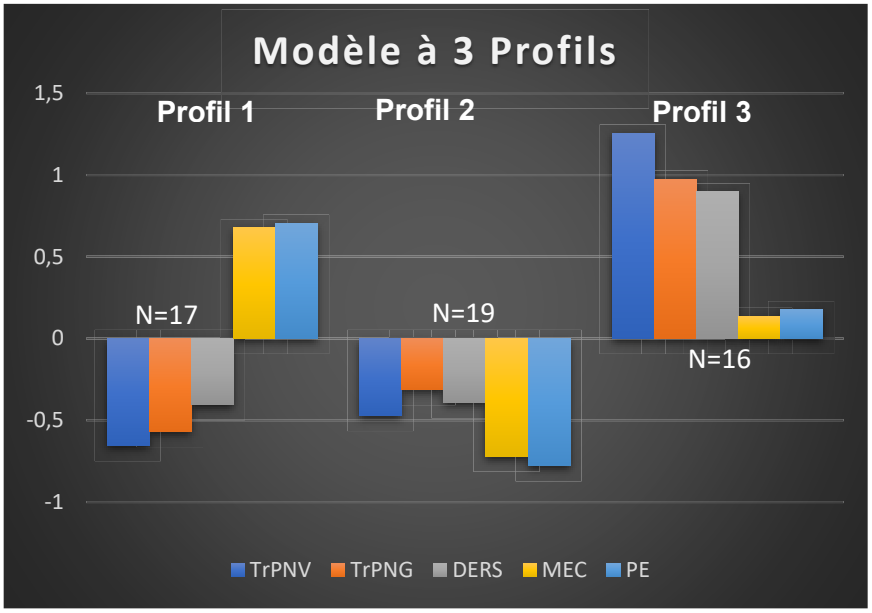
Pour la dimension « Grandiose », la différence entre ces trois profils est significative $H(2) = 21{,}906$, $p < 0{,}001$. Les analyses de contraste avec la correction de Bonferroni

révèlent que les scores à la dimension « Grandiose » du Profil 3 sont plus élevés que les scores du Profil 1 (comparaison de moyennes = 23,061; $p < 0{,}001$) et que les scores du Profil 2 (comparaison de moyennes = 19,137; $p = 0{,}001$).

En ce qui a trait à la dimension « Vulnérable », la différence entre ces trois profils est aussi significative $H(2) = 32{,}892$, $p < 0{,}001$. Les analyses de contraste avec la correction de Bonferroni révèlent que les scores à la dimension « Vulnérable » du Profil 3 sont plus élevés que les scores du Profil 1 (comparaison de moyennes = 27,847; $p < 0{,}001$) et que les scores du Profil 2 (comparaison de moyennes = 24,090; $p < 0{,}001$).

Figure 3

Scores z aux variables endogènes à l'étude (TrPNV, TrPNG, Mise en contexte, Préoccupation empathique et DERS) pour les trois profils créés à la suite des analyses de type cluster



Note. TrPNV : Trait de personnalité narcissique vulnérable; TrPNG: Trait de personnalité narcissique grandiose; DERS : Difficulté de régulation émotionnelle; MEC : Dimension « Mise en contexte »; PE : Dimension « Préoccupation empathique »

Pour la dimension « Mise en contexte », la différence entre ces trois profils est significative $H(2) = 18{,}522$, $p < 0{,}001$. Les analyses de contraste avec la correction de Bonferroni révèlent que les scores de « Mise en contexte » du Profil 2 sont plus bas que ceux du Profil 3 (comparaison de moyennes = 12,410; $p = 0{,}044$). De plus, les scores du Profil 2 sont aussi plus bas que les scores du Profil 1 (comparaison de moyennes = 21,404; $p < 0{,}001$).

En ce qui a trait à la dimension « Préoccupation empathique », la différence entre ces trois profils est significative $H(2) = 21{,}816$, $p < 0{,}001$. Les analyses de contraste avec la correction de Bonferroni révèlent que les scores à la dimension « Préoccupation empathique » du Profil 2 sont plus bas que ceux du Profil 3 (comparaison de moyennes = 15,033; $p = 0{,}010$) et que ceux du Profil 1 (comparaison de moyennes = 23,040; $p < 0{,}001$).

Pour la dimension « Dérégulation émotionnelle », la différence entre ces trois profils est significative $H(2) = 16{,}630$, $p < 0{,}001$. Les analyses de contraste avec la correction de Bonferroni révèlent que les scores à la dimension « Régulation émotionnelle » du Profil 3 sont plus élevés que les scores du Profil 1 (comparaison de moyennes = 18,844; $p = 0{,}001$) et que ceux du Profil 2 (comparaison de moyennes = 18,291; $p = 0{,}001$).

Différences selon les profils

Afin de vérifier si des tendances se dégagent chez les participants selon leur appartenance à un profil, des analyses de différences de moyennes et de khi carré de Pearson ont été effectuées. Les résultats sont présentés dans les sections suivantes.

Variables sociodémographiques

Des analyses ont été faites pour déterminer si des différences entre les profils étaient observées selon les variables continues des caractéristiques sociodémographiques des participants. Les distributions pour les variables âge, nombre d'années d'expérience et

nombre d'heures de supervision étaient non normales, tandis que la distribution de la variable nombre d'heures de thérapie était normale. Aucune différence significative n'a été observée entre les profils. Les statistiques descriptives des variables sociodémographiques selon les profils ainsi que les résultats aux analyses de différences de moyenne sont présentées dans le Tableau 6.

Des analyses de khi carré de Pearson ont été menées pour déterminer s'il existait une relation entre les variables sociodémographiques catégorielles telles que le genre, l'emploi, le niveau d'études obtenu, le domaine d'études, l'approche thérapeutique utilisée, le fait de recevoir de la supervision professionnelle, ainsi que l'appartenance à un profil. Aucun résultat significatif n'a été obtenu.

Profils et interventions

Le deuxième objectif de l'étude était de déterminer s'il y avait des différences entre les différents profils de psychothérapeutes selon les réponses données aux RAT.

Tableau 5

Variables dichotomiques sociodémographiques selon les profils

	Genre		Emploi				Supervision reçue		Déjà consulté	
Profil	Femme	Homme	Public	Privé	Mixte	Professeur	Non	Oui	Non	Oui
1	15,00	1,00	6,00	11,00	0,00	0,00	6,00	11,00	1,00	16,00
2	12,00	7,00	7,00	10,00	2,00	0,00	10,00	9,00	2,00	17,00
3	14,00	2,00	7,00	6,00	2,00	1,00	7,00	9,00	0,00	16,00

	Niveau d'études obtenu					
Profil	Bac	D. Ps.	Ph. D.	Maitrise	M. D.	Permis délivré par l'OPQ
1	2,00	2,00	5,00	7,00	0,00	1,00
2	0,00	6,00	2,00	10,00	1,00	0,00
3	0,00	5,00	3,00	8,00	0,00	0,00

	Domaine d'études					
Profil	Art-thérapie	Ergothérapie	Psychologie	Sexologie	Travail social	Neuropsychologie
1	1,00	2,00	14,00	0,00	0,00	0,00
2	0,00	0,00	17,00	0,00	1,00	1,00
3	0,00	0,00	13,00	2,00	1,00	0,00

	Approche théorique					
Profil	TCC	Humaniste	Systémique	Intégrative	Psychodynamique	Neuropsychologique
1	5,00	1,00	2,00	0,00	9,00	0,00
2	6,00	3,00	1,00	1,00	6,00	1,00
3	4,00	4,00	0,00	1,00	7,00	0,00

Tableau 6

Moyennes et écart-types des variables sociodémographiques selon les profils et différences de moyennes (H) entre profils.

	Profil 1		Profil 2		Profil 3			
Variable	*M*	*É.-T.*	*M*	*É.-T.*	*M*	*É.-T.*	*H*	*p*
Âge	48,5	13,5	46,6	11,4	44,4	14,3	0,70	0,70
Heures de thérapie	17,1	5,6	18,4	6,5	17,5	8,7	0,41	0,81
Années d'expérience	16,7	10,7	17,1	10,0	13,4	10,6	1,61	0,45
Heures de supervision	0,5	0,6	0,2	0,4	0,2	0,2	2,06	0,36

N = 52.

Différences de moyennes

Des différences de moyennes ont été calculées pour les variables référant aux interventions des participants (Efficacité et Inefficacité) en fonction de chacun des profils. Les scores totaux des variables ont été utilisés. Les scores totaux des variables « Efficacité » et « Inefficacité » ne se distribuaient pas normalement. Les tests de Kruskall-Wallis effectués n'ont montré aucunes différences significatives entre les profils quant à ces variables. Les statistiques descriptives de ces variables selon les profils ainsi que les résultats aux analyses de différences de moyennes sont présentées dans le Tableau 7.

Tableau 7

Moyennes et écart-types des variables d'interventions selon les profils et différences de moyennes entre profils.

	Profil 1		Profil 2		Profil 3			
Variable	*M*	*É.-T.*	*M*	*É.-T.*	*M*	*É.-T.*	*H*	*p*
Efficacité	0,82	0,73	1,37	0,95	1,37	1,02	3,68	0,16
Inefficacité	0,94	0,89	0,94	1,13	0,91	0,91	0,22	0,22

N = 52.

Analyses de khi carré de Pearson

Des analyses de khi carré de Pearson ont été menées dans le but d'analyser la distribution des participants selon les profils et les interventions.

Dans un premier temps, des analyses de khi carré de Pearson ont été faites entre l'utilisation ou non des différents types d'intervention et l'appartenance aux profils (voir Tableau 10 pour les résultats). Pour les analyses incluant les variables des interventions *Rupture bond*, *Emotion*, *Pattern therapist*, *Articulate need*, *Rupture goal and task*, *Self-disclosure of therapist reaction* et *Perspective insight*, le postulat de base du minimum des fréquences attendues a été respecté. Donc, le coefficient du khi carré de Pearson a été utilisé (Field, 2013). Aucun résultat significatif n'a été obtenu. Pour les analyses incluant les variables des interventions *Validate*, *Communicate limits*, *Gather informations*, *Assessment*, *Pattern*, *Fostering hope* et *Coping*, le postulat de base du minimum des fréquences attendues n'a pas été respecté. Donc, le coefficient *Likelihood ratio* a été utilisé

(Field, 2013). Pour les interventions *Communicate limits*, *Gather informations*, *Assessment*, *Pattern*, *Fostering hope* et *Coping,* aucun résultat significatif n'a été obtenu. Une association significative a été observée entre l'appartenance à un profil et l'utilisation de l'intervention *Validate* ($\mathcal{X}^2[2,\ 52] = 6{,}871$, $p = 0{,}03$). La taille d'effet de cette association, selon le *V* de Cramer, est de 0,32 et est considérée comme étant modérée (Cohen, 1988).

Tableau 8

Analyses de khi carré selon l'utilisation ou non d'un type d'intervention et l'appartenance à un profil

Intervention	Coefficient	*p*
Validate	6,87[a]	0,03*
Rupture bond	1,23	0,54
Emotion	0,78	0,67
Patterns-therapist	2,55	0,28
Communicate limits	3,93[a]	0,18
Articulate need	0,70	0,70
Rupture goal and task	0,48	0,78
Self-disclosure	1,89	0,38
Gather informations	5,05[a]	0,08
Perspective insight	0,73	0,69
Assessment	1,36[a]	0,50
Pattern	0,35[a]	0,84
Foster hope	2,79[a]	0,25
Coping	4,78[a]	0,09

Note. L'anglais est conservé pour la classification des types d'interventions pour respecter le plus fidèlement possible la classification utilisée dans l'article de Eubanks, Burckell et al. (2018), qui ont créé les classifications.

L'analyse permet de déterminer que l'appartenance au Profil 2 est associée à l'utilisation de l'intervention *Validate*. Lorsque les participants appartiennent au Profil 2, ils ont davantage tendance à utiliser ce type d'intervention que de ne pas l'utiliser. Le résidu ajusté obtenu sous forme de score *z* permet de déterminer que cette association est significative ($p < 0,05$). En effet, un score *z* absolu plus grand que 1,96 est significatif (Field, 2013), et le Profil 2 présente un score *z* absolu de 2,06. Parmi les participants du Profil 2, 73,7 % ont utilisé l'intervention *Validate* contre 26,3 % qui ne l'ont pas utilisée.

Dans un deuxième temps, des analyses de khi carré de Pearson ont été menées dans le but de déterminer s'il existait une relation entre l'appartenance à un profil et la réactivité (voir Tableau 11). Un résultat significatif a été observée entre l'appartenance à un profil et la réactivité ($\mathcal{X}^2[2,\ 52] = 6{,}364$, $p = 0{,}04$). Le postulat de base du minimum des fréquences attendues n'a pas été respecté. Donc, le coefficient *Likelihood Ratio* a été utilisé (Field, 2013). La taille d'effet de cette association, selon le *V* de Cramer, est de 0,32 et est considérée comme étant modérée (Cohen, 1988). L'analyse permet de déterminer que l'appartenance au Profil 3 est associée (négativement) à la réactivité. Les participants du Profil 3 auraient davantage tendance à ne pas être réactifs. Le résidu ajusté obtenu sous forme de score *z* permet de déterminer que cette association est significative ($p < 0{,}05$). En effet, un score *z* absolu plus grand que 1,96 est significatif (Field, 2013), et le profil 3 présente un score *z* absolu de 2,24. Parmi les participants du Profil 3, 6,3 % des participants ont été réactifs contre 93,8 % qui ne l'ont pas été.

Analyses descriptives des profils

Les analyses descriptives ont été menées dans le but de faire ressortir des tendances dans les réponses des participants, et ce, selon chaque profil. Les résultats sont présentés dans la prochaine section.

Profil 1

L'une des tendances retrouvées dans les réponses des participants de ce profil est que les psychothérapeutes de ce groupe semblaient très soucieux de la situation de RAT et sentaient le besoin de discuter de la situation vécue. En ce sens, ils pouvaient aller jusqu'à s'excuser auprès du client et à partager leurs propres inquiétudes, leur ressenti ainsi que leurs limites en tant que psychothérapeutes. Parfois, ils pouvaient manifester de l'impuissance et ils proposaient une rencontre supplémentaire par exemple pour s'ajuster au besoin du client. Ils démontraient explicitement qu'ils se souciaient de l'impact de leurs interventions sur le client. Voici des réponses qui illustrent ces tendances :

> « *Je tenterais d'explorer avec elle son désir**, la faire élaborer sur ce qui serait pour elle un temps acceptable. Je questionnerais les modalités, les frais et tout ce qui va avec**... Et puis, je tenterais de voir comment elle a besoin de preuve que l'on se soucie d'elle... Finalement, **avec beaucoup de délicatesse et de souci, j'établirais ce que je peux et ne peux pas faire dans le cadre de mon travail.*** »
> Participant #37

> « *Clarifier comment il est fâché contre moi, se sent incompris par moi et comment il souhaite que je valide le sentiment vécu à l'endroit de son ex-épouse. **M'excuser de l'avoir fait se sentir fâché et incompris tout en ajoutant que cela n'était pas mon intention**. Clarifier comment il est fâché contre son ex-épouse. Clarifier comment il a de la peine de sentir ses enfants s'éloigner de lui. Interpréter l'intensité importante de cette peine et comment il emploie sa colère contre son ex-épouse et contre moi pour la dissocier. **Toute clarification ou interprétation est basée sur mon contre-transfert pour pouvoir ressentir ce qu'il ressent.*** »
> Participant #24

« *Je serais curieuse de savoir ce qui lui fait dire que je dis "toujours ça".* ***Comment ça le fait sentir quand je dis cela? Je serais très délicate pour tenter d'explorer ce qui le heurte dans mon discours.*** *Et puis, je serais aussi curieuse de savoir ce qu'il aimerait que je dise: "Ce qu'il veut entendre".* ***Je pourrais aussi m'excuser pour ma maladresse*** *et tenter de voir s'il sent que je le rejette...* »
Participant #37

« *Clarifier les émotions qu'elle vit et ce qu'elle souhaite,* ***m'excuser de ne pas pouvoir lui accorder plus de temps le jour même****, clarifier comment ça ne fait pas de sens pour elle que je puisse lui refuser une séance d'une plus longue durée tout en ayant un réel souci pour elle.* ***Lui offrir une deuxième séance dans la même semaine*** *si mon horaire le permet.* »
Participant #24

« *Reflet de son besoin d'être prise en charge* ***et des limites du cadre****. Mise en lien des autres comme rejetant ou insatisfaisant, accueil de la frustration. Vérification si la demande de la cliente est liée à un état d'urgence et la* ***pertinence d'une 2e rencontre durant la semaine****.* »
Participant #22

Les psychothérapeutes de ce profil ont aussi tendance à clarifier la réaction du client par une compréhension cognitive de l'évènement qui vient de se passer dans la relation thérapeutique. Ils sont curieux de comprendre ce que le client vit. Cette tendance sert les psychothérapeutes à réorienter leurs interventions au besoin. Elle peut aussi avoir une visée de développement de la mentalisation, soit que le client en vienne par lui-même à comprendre ce qu'il vit. En voici des exemples :

« ***Je tenterais d'explorer*** *ce qu'il aurait besoin d'entendre, selon lui.* ***Je chercherais à l'aider à élaborer davantage*** *ce que lui voit comme ressemblance et comme différence entre les deux situations (enfant puis adulte).* ***Je chercherais à explorer avec lui comment il se sent en entendant cette hypothèse que je formule et qui ne lui convient pas.*** *J'essaierais alors de travailler sur les affects et représentations présentes dans le transfert à ce moment-ci.* »
Participant #25

« ***Que se passe-t-il pour vous en ce moment****?* ***Que ressentez-vous*** *lorsque l'on parle de cette situation? Est-ce difficile d'entendre que vous pourriez avoir des attentes*

*élevées? **Qu'est-ce que cela vous fait vivre**? Comment souhaiteriez-vous que cela se passe avec votre mari? **Que veut-dire** sensibilité appropriée pour vous?* »
Participant #34

Le Profil 1 a été étiqueté comme étant le profil « Soucieux ». Selon le Dictionnaire Larousse (2010) une personne soucieuse est une personne qui s'inquiète, qui est pensive et qui se préoccupe de quelque chose. Cette étiquette nous semble bien représenter la tendance à explorer davantage la situation de RAT mais aussi le caractère inquiet qui transparaissait dans les réponses analysées. Effectivement, il semble important pour les participants de comprendre l'autre et de manifester au client leur remise en question sur leur propre intervention. En analysant les réponses des participants de ce profil, nous voyions des bénéfices à l'ouverture que démontraient les participants à revenir avec le client sur la situation de RAT. En effet, ceci pourrait permettre en clinique de mettre des mots sur le ressenti affectif du client, de mieux comprendre les intentions de chacun, de favoriser la mentalisation et de rendre le client plus autonome dans la régulation de ses émotions. Toutefois, la culpabilité qui semblait être ressentie par les participants nous laissait sceptiques sur l'impact que cela pourrait avoir sur le client en psychothérapie. Avec certains clients, par exemple des clients ayant une organisation de personnalité limite, les manifestations de remise en question de la part du psychothérapeute pourraient être mal reçues et semer des doutes sur ses compétences chez le client. Cet aspect plus affectif retrouvé dans les réponses des participants nous incite à privilégier l'élément de souci plutôt que, par exemple, l'élément de curiosité.

Profil 2

Les psychothérapeutes de ce profil accordent une importance à mettre des mots sur la réaction affective du client. Cela est utilisé comme vecteur thérapeutique, comme si le fait de mieux comprendre les émotions allait servir à permettre le changement chez le client. D'ailleurs, les psychothérapeutes démontrent qu'il est important de co-construire une solution à la RAT. Ils interpellent le client pour qu'il partage sa propre vision de la situation. Même si l'emphase est mise sur la participation du client, les psychothérapeutes de ce profil démontrent qu'ils peuvent avoir une idée de l'explication de la réaction du client avant d'aborder le thème avec celui-ci. Ils mettent de l'avant leur compréhension. Certains proposent même des pistes concrètes pour résoudre la RAT. Voici des exemples de réponses :

> « *Je constate que vous êtes très blessé par ma décision. Peut-être que* ***nous pourrions réfléchir ensemble*** *à ce qui vous porte à* ***penser que cette décision est en lien avec l'intérêt que j'ai pour vous*** *alors que je vous ai expliqué que j'offre la même durée de séance à tous mes clients*. »
> Participant #13

> « *Je lui dirais de* ***mettre des mots sur ses pleurs si elle en est capable****. Je lui expliquerais que nous ne pouvons pas changer son conjoint, mais que la thérapie pourrait* ***s'attarder sur ce qu'elle vit face à lui et ce qu'elle peut faire pour améliorer son état personnel. Je lui parlerais du bien-fondé de mon intervention, que c'est en parlant d'elle qu'elle atteindra son objectif*** *d'aller mieux.* »
> Participant #51

> « *Refléter le fait qu'il s'agit* ***d'une discussion qui semble bouleverser Madame****.* ***Soutenir Madame dans sa capacité à réguler ses émotions*** *avant d'évaluer où se situe sa réflexion et refaire le chemin, autant de fois que nécessaire, de la critique d'autrui à l'introspection,* ***en mettant des mots sur*** *ledit chemin au besoin, afin d'ouvrir un espace réflexif à propos de la situation.* »
> Participant #11

« ***Reflet de l'émotion et validation. "Je ressens votre colère*** *lorsque j'aborde cette idée que votre histoire puisse se rejouer****. C'est douloureux de penser que vous puissiez porter les mêmes blessures des années plus tard****...* »
Participant #21

« ***C'est difficile pour vous****!* ***Vous serez d'accord avec moi que nous ne pouvons pas le changer****. Est-ce que vous accepteriez qu'on regarde* ***ensemble*** *ce qui vous aiderait vous, à faire face aux frustrations que cela vous fait ressentir?* »
Participant #15

« *Je me demande si je vous ai blessée par mon intervention, peut-être en supposant qu'on vous ai déjà mentionné que vous avez des attentes élevées.* ***Peut-être qu'il y a d'autres raisons aussi pour lesquelles vous ne voulez pas discuter de ce qui vient de se passer****.* »
Participant #13

Le profil 2 a été étiqueté en tant que profil « Sensible ». Selon le Dictionnaire Larousse (2010), une personne sensible présente une aptitude à réagir à des excitations externes ou internes. Elle est susceptible d'éprouver davantage de perceptions et de sensations. D'une part, elle porte une attention particulière à ses réactions physiques (stimulation, douleur, agitation) et psychologiques (peur, angoisse, excitation), et d'autre part elle porte une attention particulière à celles des autres. L'importance que prennent les émotions du client et l'importance accordée à la participation du client pourraient être des exemples de cette sensibilité retrouvée chez les participants de ce profil. À notre avis, ces participants pourraient être mieux en mesure de détecter ce qui se passe en eux et chez les autres. Cette aptitude pourrait aussi amener une confiance qui leur permettrait de partager ce qu'ils perçoivent à l'autre. En contexte de psychothérapie, la justesse de ce partage pourrait être bénéfique pour le client. Il pourrait se sentir compris et soutenu.

Profil 3

La première tendance à noter dans les réponses des participants de ce profil est le besoin de rattacher concrètement l'intervention à un élément de la psychothérapie. En effet, le cadre thérapeutique, le but et les objectifs de la psychothérapie et les attentes du client sont souvent rapportés. En ce sens, les aspects tangibles sont ce qui est le plus valorisé par les psychothérapeutes de ce profil. De plus, lorsque les psychothérapeutes de ce profil essaient d'aller plus loin pour aborder la RAT, ils s'imposent dans l'interaction en utilisant davantage le pronom *je* que ceux des autres profils. Ils basent également leurs interventions sur leur propre compréhension de la RAT. Voici des exemples de réponses :

> « *Je valide l'affect sous-jacent à cette réaction* ***et je considère s'il y a des éléments de cette réaction transférentielle qui peuvent être repris en lien avec le motif de consultation et autres aspects de sa dynamique psychique (réactualisation d'une blessure).*** *Au besoin****, je resitue les limites du cadre*** *comme étant quelque chose établi ensemble au départ.* »
> Participant #42

> « ***Je lui demanderais alors quels sont ses objectifs*** *avec notre suivi,* ***puisque je ne peux pas travailler avec son conjoint*** *et* ***je reviendrais sur la présente séance éventuellement*** *quand les défenses seront abaissées.* »
> Participant #33

> « ***J'explorerais*** *avec la cliente ce qu'elle a vécu à l'intérieur d'elle qui l'a amené à se mettre à pleurer et à ne pas vouloir discuter davantage.* ***J'explorerais*** *également qu'est-ce que cela impliquerait si elle aussi pouvait avoir une contribution aux difficultés conjugales.* ***Je lui demanderais également quelles sont ses attentes par rapport à la thérapie, puisque c'est elle qui consulte****, mais soutient qu'elle n'a pas de problème alors que nous ne pouvons travailler sans son mari absent****. Je vérifierais avec elle son ouverture à explorer certaines pistes impliquant qu'elle puisse avoir une certaine contribution aux difficultés dans son couple*** *et à comprendre ce qui fait que ça se passe ainsi avec son conjoint.* »
> Participant #52

> « ***Je*** *tenterai de valider l'observation que ma question a provoquée, de la fermeture et des pleurs chez la cliente. S'il y a ouverture, je tenterai de comprendre ce qu'elle vit ou ressens suite à mon intervention. Il est possible que* ***je regarde en disant que***

je n'avais pas dit qu'elle était le problème, *mais bien que* ***je voulais la connaitre davantage et vérifier comment ça se passe dans ses autres relations***. »
Participant #30

« *Validation et exploration avec le client de ce qui se passe dans la relation thérapeutique qu'il avait ce sentiment,* ***continuer d'explorer jusqu'au moment où on est capable de déterminer s'il s'agit d'une erreur de la thérapeute ou de son schéma***. »
Participant #5

« *Je comprends que ce n'est pas facile à entendre et que cela ne vous tente pas,* ***mais des blessures de ce genre laissent des marques et l'éloignement de vos enfants ravive celles-ci***. ***Vous avez quand même l'opportunité de vous y arrêter et de vous en libérer même si c'est déplaisant***. *Toute blessure est déplaisante à regarder, mais c'est la condition pour en guérir*. »
Participant #23

Le profil 3 a été étiqueté comme étant « Actif ». Selon le Dictionnaire Larousse (2010), une personne active est une personne qui manifeste de l'énergie, qui s'implique et qui joue un rôle effectif. Nous voyions dans les réponses de ces participants une tendance à faire référence au cadre et aux objectifs de la psychothérapie. Cette tendance semble parler d'un désir de faire avancer le processus thérapeutique. Bien que cela puisse parfois être encourageant pour le client, nous croyions que le rythme du client pourrait être négligé par moment. Aussi, les participants de ce profil semblaient s'attribuer une place plus importante dans les réponses fournies. Ceci nous laissait d'ailleurs sceptique quant à l'impact que cela pourrait avoir sur le client. Une personne active n'est pas une personne *ré-active*. En ce sens, elle pourrait se fier davantage à ce qui est important pour elle plutôt que de considérer ce qui émerge chez le client.

Les implications de la formation des profils seront discutées dans la prochaine section.

Discussion

À notre avis, les résultats de l'étude contribuent à la compréhension de l'influence des caractéristiques des psychothérapeutes et leur impact sur les ruptures d'alliance thérapeutique. Les résultats, les objectifs et les hypothèses sont discutés dans les sections suivantes.

Caractéristiques des psychothérapeutes

Le premier objectif de l'étude était de classer les participants de l'étude dans des profils distincts selon leurs caractéristiques. Les résultats soutiennent la présence de trois profils distincts. Ces profils sont déterminés par cinq caractéristiques. Les études antérieures avaient déterminé que la présence ou l'absence de certaines caractéristiques chez un psychothérapeute pouvait avoir un impact sur la formation de l'alliance thérapeutique (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Anderson et al., 2016; Heinonen et al., 2012). Au meilleur de nos connaissances, la présente étude contribue à la littérature en allant un pas plus loin. Effectivement, nos résultats soutiennent l'idée que l'analyse des caractéristiques des psychothérapeutes peut se faire en analysant à la fois plusieurs caractéristiques. Ceci étant dit, l'interprétation de l'influence de l'ensemble de ces caractéristiques demeure un défi. Certains auteurs avaient d'ailleurs soulevé des interrogations quant à la possibilité d'interpréter l'influence des caractéristiques chez les psychothérapeutes lorsqu'elles ne sont pas mesurées de manière isolée (Wampold et al.,

2017). Nous analyserons néanmoins les profils formés dans la présente étude en les décrivant et en soumettant des pistes explicatives aux résultats obtenus.

La répartition des psychothérapeutes s'est faite à l'aide de scores standardisés, ce qui signifie que les psychothérapeutes sont comparés aux autres participants de l'étude pour déterminer ceux ayant les scores les plus élevés et les plus faibles aux différentes variables mesurées. Ainsi, les profils qui regroupent les psychothérapeutes qui obtiennent les scores les plus faibles en empathie ou les plus forts aux TrPN ne représentent pas nécessairement un regroupement de psychothérapeutes qui ont des déficits majeurs en comparaison avec la population générale. Cela signifie plutôt qu'ils sont les psychothérapeutes de l'échantillon qui ont les plus forts ou les plus faibles scores selon ces variables.

En ce sens, le profil Soucieux ne se démarque pas significativement des autres profils sur les variables endogènes. De son côté, le profil Actif présente les scores les plus hauts aux variables Grandiose, Vulnérable et Régulation émotionnelle. Quant à lui, le profil Sensible présente les scores les plus faibles aux variables Mise en contexte et Préoccupation empathique.

Profil Soucieux

Les scores des psychothérapeutes de ce profil représentent ce qui était attendu. Effectivement, nous avions posé l'hypothèse que les participants qui allaient obtenir de plus faibles TrPN allaient aussi montrer de meilleures capacités d'empathie, en

considérant les difficultés des personnes présentant des TrPN en empathie dans la population générale. Lorsque les caractéristiques des psychothérapeutes de ce profil sont observées (par exemple dans la Figure 3), elles semblent traduire un équilibre adéquat entre de bonnes capacités empathiques, de faibles traits de personnalité narcissique et une bonne régulation émotionnelle. Nous nous serions donc attendus à ce que ce profil se démarque dans les analyses quantitatives des interventions. Lorsque les réponses des participants aux types d'intervention sont analysées statistiquement, aucun résultat significatif n'est observé. Nous notons par contre que la variable Préoccupation empathique est associée modérément négativement avec la variable Efficacité. Cette association explique peut-être partiellement la raison pour laquelle ce profil ne s'est pas démarqué des autres profils pour l'Efficacité des interventions. Ce sont plutôt les résultats descriptifs des réponses des participants de ce profil qui nous informent sur les tendances de leurs interventions. Par exemple, les psychothérapeutes semblaient s'intéresser et faire preuve de curiosité afin de comprendre les situations de RAT, et paraissaient vivre de la culpabilité face à l'inconfort et la détresse vécus par les clients. Pour des psychothérapeutes pour qui les enjeux liés aux TrPN sont relativement bas, nous croyons effectivement qu'ils peuvent se sentir suffisamment solides pour explorer les RAT avec les clients. La manifestation d'impuissance et de culpabilité s'explique cependant plus difficilement avec les caractéristiques mesurées chez les psychothérapeutes de ce profil.

Profil Sensible

Les psychothérapeutes de ce profil se démarquent des autres profils en obtenant les scores les plus faibles aux variables d'empathie de Mise en contexte et de Préoccupation empathique. Nous nous serions attendus à ce que les psychothérapeutes de ce profil présentent aussi de plus forts TrPN, ce qui n'est pas le cas. En ce qui a trait aux résultats des analyses quantitatives aux interventions, les thérapeutes de ce profil présentent une tendance à utiliser l'intervention *Validate* en situation de RAT. L'intervention *Validate* était décrite comme une intervention dans laquelle le psychothérapeute légitimait la position du client lors de la RAT en explorant avec empathie les émotions qu'il vivait vis-à-vis le psychothérapeute. L'utilisation de l'intervention *Validate* était considérée comme efficace dans la première vignette clinique de l'étude. À première vue, nous nous serions attendus à voir une tendance à utiliser cette intervention pour un profil présentant de fortes capacités en empathie. Toutefois, le profil Sensible est celui pour lequel les scores aux mesures d'empathie sont les plus faibles.

Nous proposons qu'une autre variable, non mesurée dans la présente étude, pourrait avoir modéré l'interaction des caractéristiques mesurées chez les participants de ce profil et leurs interventions. Par exemple, le concept de *Présence thérapeutique* se définit comme étant une grande curiosité pour ce qui se passe à chaque instant en présence du client ici et maintenant. Ce concept est lié positivement à l'alliance thérapeutique et au changement (Geller et al., 2011). De plus, nous rappelons que les situations de RAT peuvent être difficiles pour les psychothérapeutes, puisque des affects négatifs et de

l'hostilité peuvent être dirigés envers eux. Dans ces situations tendues, il peut être difficile de faire preuve d'empathie. Muran et Eubanks (2020b) suggèrent de miser sur la curiosité dans des situations où les capacités d'empathie du psychothérapeute peuvent être plus difficiles à utiliser. Dans les analyses descriptives de la présente étude, les réponses des participants de ce profil suggéraient la présence d'une fonction régulatrice et exploratoire ainsi qu'une curiosité pour l'expérience du client, et ce, pour nourrir la compréhension des psychothérapeutes. Ceci est cohérent avec l'observation selon laquelle les psychothérapeutes semblaient présents et attentifs à ce qui se passait avec le client. À notre avis, d'autres caractéristiques comme la *Présence thérapeutique* devraient être explorées pour expliquer le lien entre les psychothérapeutes de ce profil, présentant les plus faibles capacités en empathie, et la tendance à utiliser l'intervention *Validate*.

Profil Actif

Ce profil est représenté par les participants ayant les plus hauts scores aux mesures de narcissisme Grandiose et Vulnérable ainsi qu'au score de difficultés de régulation émotionnelle. Les résultats aux analyses quantitatives font ressortir la tendance à ne pas être réactifs en situation de RAT pour les psychothérapeutes de ce profil.

La tendance de ces psychothérapeutes à ne pas être réactifs pourrait être expliquée partiellement par la relation négative significative entre les TrPNG et TrPNV et la réactivité. La réactivité est définie dans la présente étude comme étant des réactions contre-transférentielles du psychothérapeute lorsque ce dernier est envahi par ses réactions

affectives, défensives ou inconscientes (Maheux, 2014). Le contre-transfert est une réaction affective, comportementale ou somatique vécue au contact du client et qui peut provenir de sa propre expérience personnelle ou de la manière qu'a le client d'entrer en relation (Hayes et al., 2018; Kernberg, 1965). Quant à eux, les TrPN pathologiques amènent des biais de perception dans les rétroactions reçues de l'environnement pour confirmer un sens de valeur de soi comme étant grand, ou pour maintenir l'idée d'une position privilégiée dans une relation (Pincus et al., 2009). La corrélation négative entre les TrPN et la réactivité est intrigante, puisque les personnes présentant de forts TrPN pourraient être présumées comme étant réactives. Nous avons élaboré quelques pistes de réflexion à partir de ces résultats de recherche.

Premièrement, les biais d'interprétation des psychothérapeutes de ce profil pourraient expliquer ces résultats. Effectivement, les TrPN des psychothérapeutes de ce profil pourraient influencer le degré auquel ils se laissent atteindre par l'hostilité ou les affects négatifs qui sont dirigés vers eux en situation de RAT. Les personnes présentant de forts TrPN tendent à interpréter leurs interactions sociales de manière à ne pas affecter leur estime de soi (Pincus et al., 2009). Ainsi, les biais de perception existant chez les psychothérapeutes de ce profil pourraient en quelque sorte leur permettre de ne pas être réactifs. Hill (2010) a proposé une recension des études qualitatives qui traitent des mauvaises expériences vécues en psychothérapie. Cette auteure relève que des psychothérapeutes qui réagissent aux émotions négatives du client par de la frustration ou de l'ennui ont plus tendance à résoudre les RAT. En contrepartie, les psychothérapeutes

qui se laissent atteindre par les émotions négatives du client, en se sentant anxieux ou incompétents, ont moins tendance à résoudre les RAT. Ainsi, les psychothérapeutes qui présentent de forts TrPN pourraient attribuer plus facilement la faute au client en vivant de la frustration et de l'ennui devant les émotions négatives ressenties lors des RAT. Ceci pourrait atténuer l'effet de leur vulnérabilité à ressentir de la honte, à se sentir confrontés ou même humiliés par le client qui dirige de l'hostilité envers eux. Ils sembleraient donc ainsi moins réactifs en situation de RAT.

Deuxièmement, les psychothérapeutes présentant des TrPN pourraient avoir de la difficulté à laisser émerger et à reconnaitre leurs réactions au contact des clients. En d'autres mots, ces psychothérapeutes pourraient se sentir menacés s'ils prennent contact avec des réactions qu'ils ne comprennent pas, ou qui sont déclenchées par une autre personne. Pourtant, les réactions de contre-transfert sont universelles aux psychothérapies et elles sont présentes même lorsque le changement est observé (Hayes et al., 1998; Spence, 1987). Ainsi, les psychothérapeutes de ce profil pourraient se priver, et priver le client, d'informations pertinentes puisque les psychothérapeutes qui réussissent à explorer et comprendre leurs propres réactions, telles que leurs émotions et leurs états mentaux, sont plus aptes à former une alliance thérapeutique avec leurs clients (Markowitz & Milrod, 2011). Inversement, l'alliance thérapeutique est une protection contre les réactions de contre-transfert qui pourraient nuire au client (Ham et al., 2013; Myers & Hayes, 2006; Yeh & Hayes, 2011). Bref, les psychothérapeutes présentant des TrPN

pourraient sembler par conséquent moins réactifs lors des RAT, mais si tel est le cas, l'alliance thérapeutique et le changement pourraient malgré tout être affectés.

Troisièmement, les liens mentionnés plus haut pourraient être expliqués par les limites à la validité écologique des vignettes cliniques utilisées dans la présente étude. Effectivement, la lecture d'une mise en situation écrite vécue par un autre psychothérapeute pourrait ne pas être suffisamment menaçante pour faire émerger les vulnérabilités des psychothérapeutes présentant des TrPN. Une situation plus réelle dans laquelle l'enjeu est la réputation ou la valeur du psychothérapeute par exemple, et dans laquelle le psychothérapeute doit intervenir sur-le-champ, pourrait produire un résultat différent aux scores de réactivité de ces participants. D'autres études pourraient mesurer les TrPN et la réactivité chez des psychothérapeutes en utilisant une méthodologie différente. Par exemple, les participants pourraient visionner des enregistrements d'acteurs jouant le rôle de client et qui s'adressent directement à la caméra. Par la suite, l'intervention faite par les participants pourrait être filmée et analysée, tel que le font Anderson et ses collègues (2009, 2016) dans leurs études. Les chercheurs d'une prochaine étude pourraient aussi demander aux participants d'intervenir directement avec des acteurs et analyser le verbatim de ces mises en situation. Somme toute, d'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre le lien entre les TrPN des psychothérapeutes, la réactivité et l'efficacité.

Pistes de réflexions en vue de futures études

Nous croyons que la méthodologie utilisée dans la présente étude est innovante. Tel que mentionné plus haut et toujours au meilleur de nos connaissances, aucune autre étude ne mesure les caractéristiques des psychothérapeutes tout en observant leurs réponses à des vignettes cliniques. Ainsi, nous croyons que cette méthodologie devrait être répliquée dans de futures recherches.

Il convient toutefois de garder en tête que cette approche multiméthodes présente à la fois des défis et des opportunités, et qu'elle est susceptible d'expliquer en partie certaines contradictions apparentes dans les résultats obtenus. Lorsque les participants répondaient aux questionnaires autorévélés, ils connaissaient déjà le titre de l'étude et savaient par conséquent que l'étude portait sur les interventions des psychothérapeutes en contexte de RAT. Il n'est donc pas exclu que des biais puissent avoir influencé certaines réponses des participants. La discussion des résultats en lien avec l'empathie pourrait illustrer ce propos, puisque nous obtenons des réponses *Validate*, une réponse considérée efficace, de la part de psychothérapeutes présentant les plus faibles capacités en empathie dans l'échantillon. Par ailleurs, dans les études portant sur l'empathie des psychothérapeutes et les changements observés en psychothérapie, le lien entre ces variables est moins fort lorsqu'il est mesuré de manière autorévélée, comparativement aux études où l'empathie est jugée par des observateurs (Barrett-Lennard, 1981; Gurman, 1977; Elliott et al., 2011). L'autorévélation de l'empathie pourrait donc mener à des résultats différents que lorsqu'elle est mesurée par observation. Plus d'études seront nécessaires afin de

déterminer avec davantage de précision les contributions relatives de ces deux sources de mesure de l'empathie à la résolution des RAT; les présents résultats nous indiquent toutefois qu'il pourrait être hasardeux de ne focaliser que sur une seule de ces sources dans une étude considérant les disparités entre les informations fournies quant aux capacités empathiques.

Études des variables influençant le processus thérapeutique

Nous croyons également que la présente étude soutient l'importance de s'intéresser, en recherche, à des processus qui sont liés à l'efficacité de la psychothérapie, mais qui peuvent aussi informer les psychothérapeutes sur leur pratique.

En ce sens, l'exploration de la régulation émotionnelle des psychothérapeutes devrait être poursuivie pour mieux comprendre l'impact qu'elle peut avoir en psychothérapie. Lorsqu'un psychothérapeute est capable de bien réguler ses émotions, il arrive à bien les identifier, à départager ce qui est déclenché par lui-même ou par le client et à conserver sa capacité à réfléchir en ressentant ses émotions. Puisque ce qu'il vit est plus clair pour lui, le psychothérapeute peut être plus disposé à reconnaitre comme étant légitimes les émotions hostiles qui sont dirigées vers lui par le client. Ce qu'il vit au contact du client serait plus facilement différencié du vécu du client. Cette capacité de la part du psychothérapeute à se réguler devant le client pourrait favoriser l'autorégulation émotionnelle du client lui-même. De plus, la régulation émotionnelle pourrait permettre au psychothérapeute d'utiliser plus facilement la *métacommunication* pour discuter de

l'évènement avec le client. Effectivement, il pourrait témoigner de ce qu'il ressent lorsqu'il est impliqué dans une RAT avec ce client précisément. La *métacommunication* est le procédé que les psychothérapeutes utilisent lorsqu'ils prennent un pas de recul et parlent de ce qui se passe ici et maintenant avec le client. Elle sert à mettre en mots ce qui est ressenti de part et d'autre dans une relation en explicitant les processus implicites qui surviennent dans une relation (Muran & Eubanks, 2020b). La métacommunication pourrait être mesurée dans de futures recherches portant sur la régulation émotionnelle, et le lien entre ces deux variables pourrait être exploré.

Ensuite, l'étude de l'empathie chez les psychothérapeutes devrait être également poursuivie. L'empathie se traduit par le fait de bien comprendre le client selon ses perceptions à lui, de demeurer constamment en contact avec l'expérience du client et de comprendre comment les expériences du passé du client expliquent ce qu'il vit actuellement (Elliott et al., 2019). Nous résultats nous amènent à proposer que l'empathie représente une caractéristique nécessaire, mais non suffisante pour poser des interventions efficaces en situation de RAT, et que c'est sa combinaison, ou son interaction, avec d'autres variables qui pourrait être déterminante. Cette hypothèse gagnerait à être explorée dans le cadre d'études à venir. Dans leurs recommandations, Eubanks et al. (2015) proposent aux psychothérapeutes de préciser leur position thérapeutique envers le client, de reconnaitre leur part de responsabilité dans la RAT et d'aborder ce qui se passe entre le client et le psychothérapeute dans leur propre relation. Ce dernier élément est d'ailleurs l'intervention qui était jugée comme étant efficace pour toutes les situations de RAT dans

la présente étude. L'intervention *Rupture-Bond* signifie d'explorer l'évènement actuel qui est vécu entre le client et le psychothérapeute et qui mène à une RAT.

Nous pourrions croire que le psychothérapeute en situation de RAT devrait non seulement être empathique envers le client, mais il devrait lui aussi considérer son apport, son ressenti et ses perceptions dans la RAT. Lorsqu'ils expliquent ce qui pourrait se passer entre le client et le psychothérapeute lors d'une RAT, Muran et Eubanks (2020b) font valoir l'importance de l'intersubjectivité. Ces auteurs soutiennent aussi l'idée que dans une RAT, ce qui cause la tension entre le client et le psychothérapeute est ce qui est réactivé de part et d'autre dans leur interaction. En d'autres mots, un psychothérapeute qui vit le même évènement avec deux clients différents ne vivrait pas nécessairement une RAT avec les deux. C'est la subjectivité de chacun qui contribue à la RAT. Alors, la résolution de la RAT passerait également par la subjectivité de chacun. Le psychothérapeute ne devrait pas nécessairement partager directement au client comment il se sent par rapport à lui, mais il devrait considérer son ressenti comme une source d'informations et rapporter au client l'expérience qu'il vit à son contact dans la situation de RAT.

Dans le même ordre d'idées, dans une relation interpersonnelle, le comportement d'un protagoniste suscite nécessairement une réaction chez l'autre. C'est d'ailleurs par une réaction appropriée et réparatrice que le psychothérapeute peut faire vivre une nouvelle expérience au client en situation de RAT (Eubanks et al., 2015). Par leurs

comportements, leurs actions ou leurs paroles qui rendent légitime la position du client dans une RAT, les psychothérapeutes devraient inclure une part de leur expérience subjective. En réagissant ainsi, le besoin que le client communique envers le psychothérapeute pourrait être mieux comblé. Effectivement, en psychothérapie, le client bénéficie d'une interaction avec un sujet qui existe dans le lien, qui a des limites, des préoccupations, des affects, qui se montre imparfait, mais qui reconnait l'expérience du client et qui est prêt à se repositionner à ses côtés pour travailler avec lui vers l'objectif de la psychothérapie. Ainsi, une reconnaissance mutuelle dans la relation est possible (Muran & Eubanks, 2020b).

Limites méthodologiques

Cette section présente les limites scientifiques de la présente étude. Elle permet de dresser le bilan du processus de recherche de l'étude.

D'abord, le nombre de participants était suffisant pour obtenir des regroupements de participants et pour obtenir des différences significatives quant aux variables de classification des profils. Toutefois, un nombre plus élevé de participants aurait pu permettre de saisir davantage les nuances entre les profils quant aux scores aux interventions, notamment pour les scores d'efficacité. Une faible puissance statistique pourrait être en partie en cause ici, avec des comparaisons menées entre des groupes de tailles relativement faibles. Nous convenons qu'une seule approche pour recruter des participants, et ce, par courriel n'a probablement pas été suffisante pour faire connaitre

l'étude et recruter un plus grand nombre de participants. Bien que nous voulions nous assurer que les participants soient membres en règle de l'Ordre des psychologues du Québec, nous aurions pu utiliser un autre canal de communication en amont, par exemple les réseaux sociaux, pour favoriser le recrutement. Des prochaines études pourraient répliquer la méthodologie de la présente étude avec un plus grand nombre de participants et poser l'hypothèse que des différences statistiquement significatives seront observables entre les profils.

L'une des forces de l'utilisation de vignettes cliniques pour opérationnaliser les RAT est que le stimulus présenté aux participants est constant d'un participant à l'autre (Wampold et al., 2017). Cela est un défi dans les recherches mesurant les situations cliniques (Castonguay et al., 2006). Néanmoins, l'utilisation d'extraits vidéo pourrait par exemple favoriser la validité écologique. Des résultats différents pourraient alors être observés, notamment avec des participants présentant des TrPN. Anderson et ses collègues (2009, 2016) utilisent d'ailleurs cette méthodologie dans leurs études sur les caractéristiques interpersonnelles des psychothérapeutes. Bien que les vignettes cliniques utilisées dans la présente étude représentaient un stimulus constant d'un participant à un autre, de légères différences peuvent s'être glissées dans la traduction libre des vignettes par rapport aux vignettes originales. Les chercheurs d'une étude ultérieure pourraient s'attarder à rapporter les étapes d'une traduction valide scientifiquement pour appuyer l'utilisation de ces vignettes dans de futures recherches francophones. Par exemple,

l'accord entre les versions de deux experts en anglais et en français pourrait être rapporté afin d'assurer la validité des vignettes francophones.

Quant aux types d'intervention considérés comme étant efficaces, ils ont été déterminés par un comité d'experts dans l'étude de Eubanks, Burckell et al. (2018). Ce comité d'experts avait été sélectionné par les pairs, et c'est en se basant sur cette réputation qu'ils avaient été choisis pour donner leur opinion sur les interventions les plus efficaces en situation de RAT. La validité de la méthodologie qui sert à déterminer ce qui constitue une intervention efficace pourrait être améliorée. Effectivement, l'observation en temps réel de psychothérapeutes qui obtiennent des scores positifs à des mesures de changement (amélioration des symptômes, fonctionnement global, bien-être subjectif) pourrait permettre de mieux comprendre les interventions efficaces (Evans et al., 2002; Lambert et al., 1996; Wampold, 2019; Wampold et al., 2017; Wampold & Imel, 2015). En d'autres mots, juger directement le travail clinique des psychothérapeutes qui obtiennent de bons scores à des mesures objectives sur le changement en psychothérapie pourrait être davantage valide et informatif.

Deux modifications à la méthodologie de la présente étude pourraient être mises à l'épreuve. D'abord, la mesure de la réactivité pourrait se faire de manière plus systématisée en utilisant la Grille d'activité mentale du thérapeute qui a été élaborée pour mesurer ce concept (Maheux, 2014). Dans la présente étude, le score de réactivité a été attribué selon l'intensité de la réaction du participant à la RAT perçue par les chercheurs,

sans nécessairement être cotés sur une grille d'analyse. Ensuite, l'analyse descriptive de la présente étude servait à répondre au deuxième objectif de recherche et voulait témoigner des tendances des interventions des psychothérapeutes selon leur appartenance à un profil. De futures études pourraient s'attarder à cet objectif de recherche en adoptant un devis de recherche qualitatif. Les tendances observées dans les réponses des participants pourraient ainsi être décrites plus en profondeur et de manière plus systématique, facilitant la description et la dénomination de chaque profil.

De plus, l'analyse des interventions a été faite par quatre chercheurs différents. Ceci pourrait compromettre la fidélité lors de l'analyse. Bien qu'aucun indice de fidélité interjuge n'ait été calculé, nous croyons que la procédure mise en place a permis d'assurer suffisamment la calibration entre les analyses des différents chercheurs. Effectivement, pour les premiers participants de l'étude, chaque résultat d'intervention a fait l'objet d'un consensus obtenu dans une discussion clinique entre les quatre chercheurs. Nous croyions également à ce stade de la recherche que la discussion clinique pouvait enrichir le processus d'analyse. D'ailleurs des ajouts ont été fait à la Description des types d'intervention (voir Appendice D). Lors de l'analyse des interventions, les chercheurs ne connaissaient pas les résultats des participants aux mesures de caractéristiques. Dans les futures études, un indice de fidélité interjuge pourrait être calculé afin de déterminer si des différences sont observées avec les résultats de la présente étude.

Les chercheurs de la présente étude ayant procédé à l'analyse des réponses des participants avaient tous une orientation clinique psychodynamique, ce qui pourrait avoir teinté leur analyse des types d'intervention dans les réponses des participants. Par leur expérience clinique, les chercheurs pourraient avoir eu plus de faciliter à identifier des interventions à connotation psychodynamique telles que de lier le contenu de la RAT à d'autres relations significatives ou d'utiliser le cadre de la psychothérapie pour explorer la RAT. Des chercheurs ayant une expérience clinique dans une approche TCC auraient pu détecter plus facilement des interventions telles que d'élaborer concrètement une résolution à un problème lors de la RAT ou de mettre l'emphase sur les stratégies d'adaptation utilisées par le client lors des RAT. Certaines catégories d'interventions en psychothérapie sont considérées comme plus typiques à certaines approches (Gaston et al., 1995).

Implications pour la formation des psychothérapeutes

Cette étude a aussi été élaborée avec le souci de comprendre comment la formation des psychothérapeutes actuelle pourrait être bonifiée par une meilleure compréhension des caractéristiques des psychothérapeutes et de leurs influences sur les RAT. À notre avis, l'étude des caractéristiques des psychothérapeutes permet à ces mêmes psychothérapeutes de mieux se connaitre tandis que l'étude des RAT permet aux psychothérapeutes de mieux comprendre ce qui est en jeu dans le processus thérapeutique. Nous remarquons que la profession qu'exercent les psychothérapeutes est unique en son genre, puisque le travail est mené à huis clos, seul avec les clients et les opportunités pour

obtenir des rétroactions sur la pratique clinique sont limitées. De plus, certains résultats de recherches sur l'efficacité des psychothérapeutes suggèrent que les psychothérapeutes pourraient ne pas avoir tendance à devenir plus efficaces avec l'expérience. À l'inverse, ils auraient même tendance à perdre de l'efficacité (Goldberg et al., 2016).

Notre réflexion est d'ailleurs alimentée par les écrits de Lecomte et ses collaborateurs (2004). Ils suggéraient dans leur élaboration sur l'efficacité des psychothérapeutes que ces derniers tendent à atteindre un niveau dans leur développement professionnel où ils prennent davantage conscience de l'importance de leurs propres caractéristiques et de l'alliance thérapeutique. Ceci nous mène par conséquent à poser la question : Comment la formation universitaire actuelle pourrait être bonifiée par les résultats d'études sur les variables qui sont traitées dans la présente étude ?

Cette question demeure bien évidemment complexe, mais nous croyons qu'une partie de la réponse réside dans la possibilité d'exposer les étudiants, dès leurs cours théoriques et pratiques, à des résultats d'études qui traitent des processus dynamiques en action dans la psychothérapie et qui influencent le changement. D'ailleurs, certains auteurs ont suggéré que des concepts tels que la *réflexion en action*, la *mentalisation* et la *pleine conscience* pourraient aider les psychothérapeutes lors des situations difficiles comme celles des RAT (Bateman & Fonagy, 2004; DePlus et al., 2014; Galvani, 2008). Le développement de ces aptitudes pourrait permettre une meilleure connaissance de soi et

une plus grande conscience de soi pour les psychothérapeutes dans l'intervention avec le client.

La *réflexion en action* se définit comme étant la capacité à prendre en considération ses propres pensées, émotions et sensations dans une interaction avec l'autre tout en considérant celles de l'autre également (Galvani, 2008; Lecomte, 1999). De son côté, le concept de *mentalisation* est défini comme étant la capacité à interpréter implicitement et explicitement ses actions et celles des autres, en leur donnant une signification selon ce qui est perçu comme étant les intentions, les désirs, les besoins, les émotions, les croyances et les motivations de chacun (Bateman & Fonagy, 2004). Quant à elle, la *pleine conscience* est un concept qui se définit par la capacité à porter son attention intentionnellement et sans jugement à l'expérience qui est vécue ici et maintenant (DePlus et al., 2014; Kabat-Zinn, 2003). La *pleine conscience* peut être utilisée par les psychothérapeutes avant les séances pour s'ancrer dans un ressenti ou avant les périodes de formations (Muran & Eubanks, 2020c). Bref, il existe une similarité entre ces concepts qui misent sur le développement des capacités du psychothérapeute à prendre conscience de ce qui se passe avec le client à tout moment.

Au meilleur de nos connaissances, ces thèmes ne font pas partie intégrante de la description des cours des programmes de psychologie clinique au Québec. Par conséquent, leur intégration résulte plutôt du désir de certains professeurs à intégrer ces thèmes à leur enseignement. De plus, certains superviseurs cliniques explorent parfois

l'importance de ces thèmes avec les étudiants en stage clinique. Nous croyons par exemple que le milieu universitaire pourrait se tourner vers des programmes déjà établis pour soutenir la mise en place de formations sur les situations de RAT. Effectivement, Muran et Eubanks (2020c) ont élaboré un modèle de formation qui met l'emphase sur les situations interpersonnelles difficiles comme les RAT. Ils soutiennent que les psychothérapeutes devraient porter une plus grande attention aux RAT et pourraient se former davantage à bien intervenir lors de ces moments. Un tel programme de formation permet aux psychothérapeutes de faire des apprentissages sur les RAT, mais aussi de développer les aptitudes nommées ci-haut.

Alliance Focused-Training

L'*Alliance Focused-Training* (AFT) est un programme de formation permettant aux psychothérapeutes d'être plus à l'aise en situation de RAT et de pratiquer leurs interventions. L'AFT est basée sur trois principes cliniques. Premièrement, les psychothérapeutes devraient reconnaitre l'importance du caractère relationnel de la RAT selon les désirs, les peurs et les souhaits de chacun. En ce sens, le processus de résolution de la RAT serait plus important que le contenu des RAT. Deuxièmement, les psychothérapeutes devraient explorer leur propre vécu pour être capables de s'en servir en situation de RAT. Troisièmement, les psychothérapeutes devraient mettre l'emphase sur l'expérience vécue ici et maintenant (Muran & Eubanks, 2020c).

Les auteurs de ce programme de formation suggèrent d'utiliser l'enseignement didactique pour exposer les psychothérapeutes à la théorie qui entoure les RAT et leur résolution. Par exemple, ils suggèrent d'explorer les différentes natures de RAT, soit de confrontation et d'évitement, ainsi que les types d'intervention qui s'y rattachent. En comprenant mieux ce qui se déroule lors des RAT, la régulation émotionnelle des psychothérapeutes serait favorisée et l'anxiété que peuvent générer les RAT serait minimisée. De plus, l'entrainement à la cotation de différentes mesures de RAT favoriserait la capacité des psychothérapeutes à identifier les variations dans la qualité de l'alliance thérapeutique. Par ailleurs, le modèle *Rupture Resolution Rating System* (Eubanks et al., 2015) est un outil de cotation et présente des définitions intéressantes des différentes situations de RAT (Muran & Eubanks, 2020c).

D'autre part, la formation expérientielle serait aussi à favoriser selon ces mêmes auteurs. Lorsque c'est possible pour les psychothérapeutes d'enregistrer leurs rencontres de psychothérapie, le visionnement avec des collègues dans des groupes de supervision serait recommandé. En obtenant des rétroactions sur ce que les collègues vivent devant la RAT, les psychothérapeutes pourraient développer leur compréhension de la complexité des situations de RAT et poser leur regard sur différents éléments à considérer (Muran & Eubanks, 2020b). En outre, les jeux de rôles lors des formations et des supervisions seraient importants. Ils pourraient par exemple permettre aux psychothérapeutes de vivre l'expérience de recevoir de la colère et de l'hostilité de la part du client en psychothérapie. Cette situation serait particulièrement difficile à tolérer pour les psychothérapeutes et

serait susceptible de créer de l'anxiété chez eux. Les auteurs suggèrent que les psychothérapeutes peuvent avoir tendance à intellectualiser ce qui se déroule dans une RAT. Selon les auteurs, c'est plutôt leur ressenti, parfois physique, qui pourrait les guider lors de ces situations. En pratiquant leurs habiletés interpersonnelles dans des situations tendues, les psychothérapeutes pourraient favoriser leur efficacité en psychothérapie.

Enfin, la relation qui se développe en supervision clinique devrait intégrer les principes vus sur l'alliance thérapeutique et les RAT (Muran & Eubanks, 2020b). Les superviseurs gagneraient ainsi à prôner et à intégrer les concepts liés aux RAT, lorsqu'une dégradation de la relation est observable entre le superviseur et le supervisé (Muran & Eubanks, 2020b). Une relation entre un superviseur et un supervisé dans laquelle les principes liés à l'alliance thérapeutique et à ses ruptures ne seraient pas reconnus ne favoriserait ni la connaissance de soi pour le supervisé ni la compréhension des processus en jeu dans une relation.

Conclusion

En conclusion, les profils de psychothérapeutes de la présente étude ne permettent pas de déterminer qu'un profil est plus efficace qu'un autre en situation de RAT. Le choix des variables pour mesurer les caractéristiques des psychothérapeutes et former les profils est peut-être en cause ici. Une plus grande puissance statistique pourrait aussi permettre de dégager des différences plus subtiles entre des groupes de psychothérapeutes. Plusieurs études antérieures avaient soutenu l'importance de clarifier ce qui permet au psychothérapeute de créer et de maintenir une bonne alliance thérapeutique avec le client (Baldwin et al., 2007; Baldwin & Imel, 2013; Flückiger et al., 2018; Wampold, 2015, 2019). À notre connaissance, notre étude est la première qui analysait au même moment les TrPN, les capacités en empathie et la régulation émotionnelle dans une population de psychothérapeute. Trois profils ont été formés; Le profil Soucieux, le profil Sensible et le profil Actif. Les psychothérapeutes du profil Soucieux sont curieux d'explorer la RAT et semble vivre de la culpabilité devant la détresse du client. Les psychothérapeutes du profil Sensible avaient tendance à utiliser l'intervention *Validate*, qui implique de légitimer la position du client dans le conflit. Les psychothérapeutes de ce profil présentaient toutefois les moins bonnes capacités en empathie dans notre échantillon. Quant à eux, les psychothérapeutes du profil Actif avaient tendance à ne pas être réactifs. Un psychothérapeute réactif était défini comme ayant des réactions affectives, défensives ou

inconscientes insuffisamment régulées et qui semblaient être imposées au client. Les psychothérapeutes de ce profil avaient les plus forts TrPN et les plus grandes difficultés en régulation émotionnelle. L'un des buts de cette étude était de contribuer à l'analyse des processus dynamiques qui sont en jeu en psychothérapie entre le client et le psychothérapeute. Malgré les résultats mitigés obtenus ici, nous croyons que l'étude de ces variables devrait être poursuivie et approfondie, en tenant compte de certaines limites relevées dans la présente méthodologie. D'une part, chaque psychothérapeute possède certaines caractéristiques et la combinaison de plusieurs d'entre elles peut se manifester différemment d'une personne à une autre. Certaines combinaisons semblent plus probables, notamment celles qui forment les profils de la présente étude. À notre avis, les études qui portent sur les variables que nous avons traitées permettent aux psychothérapeutes de mieux se connaitre et de mieux comprendre les enjeux de la psychothérapie. Ces études pourraient également permettre aux psychothérapeutes d'enclencher une réflexion sur eux-mêmes et sur leur propre pratique, et pourraient soutenir l'implantation d'activités de formation favorisant la connaissance de soi et l'analyse des processus dynamiques de la psychothérapie au sein des programmes universitaires.

Bref, la formation des futurs psychothérapeutes et la pratique de la psychothérapie pourraient être améliorées si nous disposions de davantage de données pour expliquer comment les caractéristiques des psychothérapeutes les influencent dans des situations importantes et affectivement chargées comme celles des RAT. Ainsi, les clients pourraient

vivre une expérience interpersonnelle plus enrichissante avec des psychothérapeutes qui seraient plus conscients de leurs limites et de leur apport dans les relations.

Références

Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 39*(1), 241-254. https://doi.org/10.1017/S0033291708003590

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(1), 171-186. https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00146-0

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, *23*(1), 1-33. https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00146-0

Ahn, H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(1), 251-257. https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* DSM-IV (4e éd.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* DSM-5 (5e éd.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *84*(1), 57-66. https://doi.org/10.1037/ccp0000060

Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755-768. https://doi.org/10.1002/jclp.20583

Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients (*p. 335-356). Oxford University Press.

Bachelor, A., Meunier, G., Laverdière, O., & Gamache, D. (2010). Client attachment to therapist: Relation to client personality and symptomatology, and their contributions to the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 454-468. https://doi.org/10.1037/a0022079

Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6e éd., p. 258-297). Wiley.

Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(1), 842-852. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842

Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 91-100.

Barry, C. T., Lui, J. H. L., & Anderson, A. C. (2017). Adolescent narcissism, aggression, and prosocial behavior: The relevance of socially desirable responding. *Journal of Personality Assessment, 99*(1), 46-55. https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1193812

Bateman A., & Fonagy P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford University Press.

Batson, C. D. (2009). These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. Dans J. Decety & W. Ickes (Éds), *The social neuroscience of empathy* (p. 3-15). MIT Press.

Batson, C. D. (2011). *Altruism in humans*. Oxford University Press.

Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodland, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 722-736. https://doi.org/10.1037/a0033004

Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 79*(1), 395-418. https://doi.org/10.1348/147608305X58355

Berant, E., & Obegi, J. H. (2009). Attachment-informed psychotherapy research with adults. Dans J. H. Obegi & E. Berant (Éds), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (p. 461-489). Guilford Press.

Beutler, L. E. (2004). The empirically-supported treatments movement: A scientist-practitioner's response. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(1), 225-229. https://doi.org/10.1093/clipsy.bph076

Beutler, L. E., Harwood, M. T., Kimpara, S., Verdirame, D., & Blau, K. (2011). Coping style. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2e éd., p. 336-353). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0017

Black, S., Hardy, G., Turpin, G., & Parry, G. (2005). Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *78*(3), 363-377. https://doi.org/10.1348/147608305X43784

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, *52*(1), 664-678. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x

Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, *145*(1), 1-10. https://doi.org/10.1176/ajp.145.1.1

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *16*(1), 252-260. https://doi.org/10.1037/h0085885

Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(1), 288-298. https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.2.288

Bruck, E., Winston, A., Aderholt, S., & Muran, J. C. (2006). Predictive validity of patient and therapist attachment and introject styles. *American Journal of Psychotherapy*, *60*(1), 393-406. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.4.393

Busmann, M., Wrege, J., Meyer, A. H., Ritzler, F., Schmidlin, M., Lang, U. E., Gaab, J., Walter, M., & Euler, S. (2019) Alternative Model of Personality Disorders (DSM-5) predicts dropout in inpatient psychotherapy for patients with personality disorder. *Frontiers in Psychology, 10*, article 952. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00952

Butler, S. F., Flasher, L. V., & Strupp, H. H. (1993). Countertransference and qualities of the psychotherapist. Dans N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Éds), *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice* (p. 342-360). Basic Books.

Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(1), 271-279. https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.271

Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1)*,* 497-504. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.497

Chen, R., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Hasson-Ohayon, I., & Refaeli, E. (2018). Therapists' recognition of alliance ruptures as a moderator of change in alliance and symptoms. *Psychotherapy Research*, *28*(4), 560-570. https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1227104

Cho, D. H., & Yun, H. K. (1998). The characteristics of counselor affecting the stay in counseling. *Catholic Journal of Social Science*, *14*(1), 29-55.

Chused, J. F. (2012). The analyst's narcissism. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 60*(5), 899-915. https://doi.org/10.1177/0003065112456290

Clapier-Valladon, S. (1980). The psycho-social inquest and its content analysis. *Psychologie française, 25*(2), 149-160.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2e éd.). Erlbaum.

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

Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., & Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(1), 203-211. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.203

Constantino, M. J., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2e éd., p. 354-376). Oxford University Press.

Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 23*(1)*,* 63-72. https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2013.01.005

Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research, 21*(1)*,* 525-540. https://doi.org/10.1080/10503307.2011.587469

Cristea, I. A., Kok, R. N., & Cuijpers, P. (2015). Efficacy of cognitive bias modification interventions in anxiety and depression: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 206*(1), 7-16. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.146761

Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A., Woody, G., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, *1*(1), 81-91. https://doi.org/10.1080/10503309112331335511

Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*(1), 207-231. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 113-126. https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113

Decety, J., & Lamm, C. (2009). Empathy versus personal distress: Recent evidence from social neuroscience. Dans J. Decety & W. Ickes (Éds), *The social neuroscience of empathy* (p. 199-213). MIT Press.

Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *32*(1), 642-649. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002

Deplus, S., Lahaye, M., & Philippot, P. (2014). Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience avec l'enfant et l'adolescent : les processus de changement. *Revue québécoise de psychologie, 35*(1), 71-99.

DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(1)*,* 174-183. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi022

Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2009). A primer on meta-analysis of correlation coefficients: The relationship between patient-reported therapeutic alliance and adult attachment style as an illustration. *Psychotherapy Research*, *19*(1), 519-526. https://doi.org/10.1080/10503300802491410

Diguer, L., Turmel, V., Brin, J., Lapointe, T., Chrétien, S., Marcoux, L.-A., Mathieu, V., & Da Silva Luis, R. (2020). Traduction et validation en français du Pathological Narcissism Inventory. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 52*(2), 115-120. https://doi.org/10.1037/cbs0000140

Duan, C., & Hill, C. E. (1996). A critical review of empathy research. *Journal of Counseling Psychology, 43*(1), 261-274. https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.3.261

Dubé, J. É., & Normandin, L. (1999). The mental activities of trainee therapist of children and adolescents: The impact of personal psychotherapy on the listening process. *Psychotherapy: Theory, Research, Training, 36*(1), 216-228. https://doi.org/10.1037/H0087803

Dubé, J. É., & Normandin, L. (2007). Mental activity and referential activity of beginning therapists: A construct validity study of the Countertransference Rating System (CRS). *American Journal of Psychotherapy, 61*(1), 351-374. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.4.351

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2019). Empathy. Dans J. C. Norcross & M. J. Lambert (Éds), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contribution* (3e éd., vol. 1, p. 245-287). Oxford University Press.

Eubanks, C. F., Burckell, L. A., & Goldfried, M. R. (2018). Clinical consensus strategies to repair ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, *28*(1), 60-76. https://doi.org/10.1037/int0000097

Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual* [Document inédit]. Mount Sinai-Beth Israel Medical Center, New York.

Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, *55*(1), 508-519. https://doi.org/10.1037/pst0000185

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry, 180*(1), 51-60. https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51

Fernie, B. A., Fung, A., & Nikčević, A. V. (2016). Different coping strategies amongst individuals with grandiose and vulnerable narcissistic traits. *Journal of Affective Disorders*, *205*(1), 301-305. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.009

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS* statistics (4e éd.). Sage.

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, *55*(1), 316-340. https://doi.org/10.1037/pst0000172

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *59*(1), 10-17. https://doi.org/10.1037/a0025749

Freud, S. (1957). The future prospect of psychoanalytic therapy. Dans *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (traduit sous la direction de J. Strachey; vol. 11, p. 139-151). Hogarth. (Article original publié en 1910.)

Galvani, P. (2008). Étudier sa pratique : une autoformation existentielle par la recherche. *Présences*, *1*(1), 1-11.

Gaston, L., Goldfried, M. R., Greenberg, L. S., Horvath, A. O., Raue, P. J., & Watson, J. (1995). The therapeutic alliance in psychodynamic, cognitive-behavioral and experiential therapies. *Journal of Psychotherapy Integration, 15*(1), 1-26. https://doi.org/10.1037/h0101170

Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2011). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, *20*(1), 599-610. https://doi.org/10.1080/10503307.2010.495957

Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, *24*(1), 117-131. https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920

Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities.* Erlbaum.

Gilet, A., Mella, N., Studer, J., Grühn, D., & Labouvie-Vief, G. (2013). Assessing dispositional empathy in adults: A French validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Canadian Journal of Behavioural Science, 45*(1), 42-48. https://doi.org/10.1037/A0030425

Giorgi, A. (1975). An application of phenomenological method in psychology. Dans A. Giorgi, C. Fischer, & E. Murray (Éds), *Duquesne studies in phenomenological psychology* (2e éd., p. 82-103). Duquesne University Press.

Glickauf-Hughes, C., & Mehlman, E. (1995). Narcissistic issues in therapists: Diagnostic and treatment considerations. *Psychotherapy*, *32*(1), 213-221. https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.2.213

Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology, 63*(1), 1-11. https://doi.org/10.1037/cou0000131

Goldner, L. (2016). Therapists' self-perception, attachment, and relationship: The role of selfobject needs. *Psychoanalytic Psychology*, *33*(1), 535-553. https://doi.org/10.1037/pap0000049

Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2016). Fluctuation between grandiose and vulnerable narcissism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 7*(4), 363-371. https://doi.org/10.1037/per0000181

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41-54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Greaves, A. L. (2006). *The active client: A qualitative analysis of thirteen clients' contribution to the psychotherapeutic process* (publication nº 3237179) [Thèse de doctorat, University of Southern California]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1995). *Process-experiential therapy: Facilitating emotional change.* Guilford Press.

Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science, 2*(4), 387-401. https://doi.org/10.1177/2167702614536164

Gross, J. J., Sheppes, G., & Urry, H. L. (2011). Taking one's lumps while doing the splits: A big tent perspective on emotion generation and emotion regulation. *Cognition and Emotion, 25*(1)*,* 789-793. https://doi.org/10.1080/02699931.2011.586590

Guimond, T. H., Varma, S., Wnuk, S. M., & McMain, S. F. (2021). A longitudinal approach to evaluating therapist and client contributions to alliance on outcomes in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatmen*t. Advance online publication. https://doi-org/10.1037/per0000526

Gurman, A. S. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. Dans A. S. Gurman & A.M. Razin (Éds.), *Effective Psychotherapy: A handbook of research* (p. 503-543). New York: Pergamon.

Halewood, A., & Tribe, R. (2003). What is the prevalence of narcissistic injury among trainee counselling psychologists? *Psychology and Psychotherapy, 76*(1), 87-102. https://doi.org/10.1348/14760830260569274

Ham, C. C., LeMasson, K. D. S., & Hayes, J. A. (2013). The use of self-disclosure: Lived experiences of recovering substance abuse counselors. *Alcoholism Treatment Quarterly, 31*(3), 348-374. https://doi.org/10.1080/07347324.2013.800399

Han, J., Pei, J., & Kamber, M. (2011). *Data mining: Concepts and techniques.* Elsevier.

Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, *55*(4), 496-507. https://doi.org/10.1037/pst0000189

Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work* (2e éd., p. 239-258). Oxford University Press. http://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0012

Hayes, J. A., McCracken, J. E., McClanahan, M. K., Hill, C. E., Harp, J. S., & Carozzoni, P. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology, 45*(1)*,* 468-482. http://doi.org/10.1037/0022-0167.45.4.468

Hayes, J. A., Riker, J. B., & Ingram, K. M. (1997). Countertransference behavior and management in brief counseling: A field study. *Psychotherapy Research, 7*(1), 145-153. http://doi.org/10.1080/10503309712331331933

Heimann, P. (1950). Counter-transference. *British Journal of Medical Psychology, 33*(1), 9-15. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1960.tb01219.x

Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists professional and personal characteristics as predictors of outcome in short and long term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, *138*(1), 301-312. https://doi.org/10.1016/j.ad.2012.01.023

Hepper, E. G., Hart, C. M., & Sedikides, C. (2014). Moving narcissus: Can narcissists be empathic? *Personality and Social Psychology Bulletin, 40*(1), 1079-1091. https://doi.org/10.1177/0146167214535812

Herman, S. M. (1998). The relationship between therapist-client modality similarity and psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, *7*(1), 56-64.

Hill, C. E. (2010). Qualitative studies of negative experiences in psychotherapy. Dans J. C. Muran & J. P. Barber (Éds), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (p. 63-73). Guilford Press.

Hill, C. E., & Castonguay, L. G. (2017). Therapist effects: Integration and conclusions. Dans L. G. Castonguay & C. E. Hill (Éds), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (p. 325-341). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000034-018

Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J., & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 43*(1), 207-217. https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.2.207

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (p. 37-69). Oxford University Press.

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

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*(1), 139-149. https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139

Hyatt, C. S., Sleep, C. E., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Campbell, W. K., & Miller, J. D. (2017). Ratings of affective and interpersonal tendencies differ for grandiose and vulnerable narcissism: A replication and extension of Gore and Widiger. *Journal of Personality, 86*(3), 422-434. https://doi.org/10.1111/jopy.12325

Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy. Dans S. D. Brown & R. W. Lent (Éds), *Handbook of counseling psychology* (4e éd., p. 249-266). Wiley.

Jacobson, N. S., & Hollon, S. D. (1996). Prospects for future comparisons between psychotropic drugs and psychotherapy: Lessons from the CBT vs. pharmacotherapy exchange. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 104-108. https://doi.org/10.1037//0022-006X.64.1.104

Jaksic, N., Marcinko, D., Skocic Hanzek, M., Rebernjak, B., & Ogrodniczuk, J. S. (2017). Experience of shame mediates the relationship between pathological narcissism and suicidal ideation in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology, 73*(12), 1670-1681. https://doi.org/10.1002/jclp.22472

Jiyoung, L., & Gabsook, K. (2013). Effects of narcissistic personality traits and interpersonal relationship tendencies of art therapists on their countertransference management ability. *The Arts in Psychotherapy*, *40*(1), 298-305. https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.05.008

Jones, L. L., Norville, G. A., & Wright, A. M. (2017). Narcissism, self-esteem, and the phenomenology of autobiographical memories. *Memory, 25*(6), 800-815. https://doi.org/10.1080/09658211.2016.1223848

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144-156. https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016

Kaplan, A. S., & Garfinkel, P. E. (1999). Difficulties in treating patients with eating disorders: A review of patient and clinician variables. *Canadian Journal of Psychiatry*, *44*(7), 665-670. https://doi.org/10.1177/070674379904400703

Kaufman, L., & Rousseeuw, P. J. (1990). *Finding groups in data: An introduction to cluster analysis*. Wiley.

Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 42*(4), 349-357. https://doi.org/10.1007/s10608-018-9920-y

Kealy, D., Sandhu, S., & Ogrodniczuk, J. S. (2017). Looking ahead through a fragile lens: Vulnerable narcissism and the future self. *Personality and Mental Health, 11*(4), 290-298. https://doi.org/10.1002/pmh.1384

Kernberg, O. F. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 13*(1), 38-56. https://doi.org/10.1177/000306516501300102

Kim, D. M. (2003). *Therapist effects and treatment effects in psychotherapy: Analysis on the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (NIMH TDCRP).* ProQuest Information & Learning, Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. International Universities Press.

Krizan, Z., & Johar, O. (2012). Envy divides the two faces of narcissism. *Journal of Personality, 80*(1), 1415-1451. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00767.x

Krizan, Z., & Johar, O. (2015). Narcissistic rage revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 108*(1), 784-801. https://doi.org/10.1037/pspp0000013

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine, 42*(1), 1879-1890. https://doi.org/10.1017/S0033291711002674

Kyranides, M. N., Fanti, K. A., Sikki, M., & Patrick, C. J. (2017). Triarchic dimensions of psychopathy in young adulthood: Associations with clinical and physiological measures after accounting for adolescent psychopathic traits. *Personality Disorders, 8*(1), 140-149. https://doi.org/10.1037/per0000193

Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 3*(1), 249-258. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S

Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5e éd., p. 139-193). Wiley.

Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy, 48*(1), 72-79. https://doi.org/10.1037/a0022238

Lansford, E. (1986). Weakenings and repairs of the working alliance in short-term psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 17*(1), 364-366. https://doi.org/10.1037/0735-7028.17.4.364

Larousse. (2010). Soucieux. Dans *Dictionnaire*.

Larousse. (2010). Sensible. Dans *Dictionnaire*.

Larousse. (2010). Actif. Dans *Dictionnaire*.

Laverdière, O., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., & Descôteaux, J. (2019). Got empathy? A latent profile analysis of psychotherapists' empathic abilities. Psychotherapy and Psychosomatics, 88(1), 41–42. https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1159/000494141

Lecomte, C. (1999). Face à l'incertitude et à la complexité humaine : l'impossibilité de se défaire de soi. *Revue québécoise de psychologie*, *20*(1), 37-63.

Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implication pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie, 25*(1), 73-102.

Lee, H. S., & Choi, S. N. (2010). The influence of the art therapist's therapeutic experience & the countertransference management ability on the therapeutic outcome. *Korean Journal of Art Therapy*, *17*(1), 149-164.

L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale du contenu : méthode GPS et concept de soi*. Presses de l'Université du Québec.

Lemmens, L. H., Müller, V. N., Arntz, A., & Huibers, M. J. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review, 50*(1), 95-107. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.004

Levenson, H. (1995). *Time-limited dynamic psychotherapy*. Basic Books.

Levenson, E. A. (2005). *The fallacy of understanding and the ambiguity of change*. Routledge.

Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 193-203. https://doi.org/10.1002/jclp.20756

Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research, 15*(1), 45-53. https://doi.org/10.1080/10503300512331327047

Lingiardi, V., Muzi, L., Tanzilli, A., & Carone, N. (2017). Do therapist's subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(1), 85-101. https://doi.org/10.1002/cpp.2131

Lipsitz-Odess, I., Benisty, H., Dolev-Amit, T., & Zilcha-Mano, S. (2022). Alliance rupture profiles by personality disorder pathology in psychotherapy for depression: Tendencies, development, and timing. *Clinical Psychology & Psychotherapy 29*(3), 1125-1134.

Lobbestael, J., de Bruin, A., Kok, E., & Voncken, M. (2016). Through rose-coloured glasses: An empirical test of narcissistic overestimation. *Personality and Mental Health, 10*(4), 305-316. https://doi.org/10.1002/pmh.1347

Lorenzo-Luaces, L., German, R. E., & DeRubeis, R. J. (2015). It's complicated: The relation between cognitive change procedures, cognitive change, and symptom change in cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Review, 41*(1), 3-15. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.12.003

Luchner, A. F., Mirsalimi, H., Moser, C. J., & Jones, R. A. (2008). Maintaining boundaries in psychotherapy: Covert narcissistic personality characteristics and psychotherapists. *Psychotherapy, 45*(1), 1-14. https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.1

Maheux, J. (2014). *Les processus mentaux lors de l'écoute thérapeutique et leurs liens avec les caractéristiques du thérapeute* [Thèse de doctorat, Université Laval]. Corpus. https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/24872/1/30554.pdf

Markowitz, J. C., & Milrod, B. L. (2011). The importance of responding to negative affect in psychotherapies. *American Journal of Psychiatry, 168*(1), 124-128. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040636

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 438-450. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438

McKay, K. M., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2006). Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, *92*(1), 287-290. https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.020

Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy. A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*(1), 1-27. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x

Mooi, E. A., & Sarstedt, M. (2011). *A concise guide to market research: The process, data, and methods using IBM SPSS Statistics.* Heidelberg Springer.

Mucchielli, R. (1977). *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Les Librairies Techniques.

Muran, J. C., & Eubanks, C. F. (Éds) (2020a). From emotion to rupture. Dans *Therapist performance under pressure: Negotiating emotion, difference, and rupture* (p. 51-71). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000182-004

Muran, J. C., & Eubanks, C. F. (Éds) (2020b). From emotion to repair. Dans *Therapist performance under pressure: Negotiating emotion, difference, and rupture* (p. 73-101). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000182-005

Muran, J. C., & Eubanks, C. F. (Éds) (2020c). A way of therapist training. Dans *Therapist performance under pressure: Negotiating emotion, difference, and rupture* (p. 103-127). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000182-006

Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *46*(2), 233-248. https://doi.org/10.1037/a0016085

Myers, D., & Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(2), 173-185. https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.173

Neufeld, D. C., & Johnson, E. A. (2016). Burning with envy? Dispositional and situational influences on envy in grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality, 84*(1), 685-696. https://doi.org/10.1111/jopy.12192

Nevicka, B., Baas, M., & Ten Velden, F. S. (2016). The bright side of threatened narcissism: Improved performance following ego threat. *Journal of Personality, 84*(6), 809-823. https://doi.org/10.1111/jopy.12223

Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their difficulties and interpersonal functioning in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research, 23*(1), 86-104. https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735775

Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(1), 143-154. https://doi.org/10.1002/jclp.20758

Normandin, L. (1991). *La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutique* [Thèse de doctorat inédite]. Université de Montréal.

Normandin, L., & Bouchard, M.-A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive, and reflective countertransference. *Psychotherapy Research, 3*(2), 77-94. https://doi.org/10.1080/10503309312331333689

Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their client's psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(9), 1157-1172. https://doi.org/10.1002/jclp.20272

Park, S. W., & Colvin, C. R. (2015). Narcissism and other-derogation in the absence of ego threat. *Journal of Personality, 83*(3), 334-345. https://doi.org/10.1111/jopy.12107

Peabody, S. A., & Gelso, C. J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *29*(3), 240-245. https://doi.org/10.1037/0022-0167.29.3.240

Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, *21*(1), 365-379. https://doi.org/10.1037/a0016530

Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G., & Steinberg, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 36*(1)*,* 114-122. https://doi.org/10.1037/ h0087787

Rasmussen, K. (2016). Entitled vengeance: A meta-analysis relating narcissism to provoked aggression. *Aggressive Behavior, 42*(4), 362-379. https://doi.org/10.1002/ab.21632

Raue, P., & Goldfried, M. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. Dans A. Horvath & L. Greenberg (Éds), *The working alliance: Theory, research and practice* (p.131-152). Wiley.

Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 243-258. https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.243

Riggs, S. A., Jacobovitz, D., & Hazen, N. (2002). Adult attachment and history of psychotherapy in a normative sample. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, *39*(1), 344-353. https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.4.344

Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Houghton Mifflin.

Ronningstam, E. (2005). Narcissistic personality disorder: A review. Dans M. Maj, H. S. Akiskal, J. E. Mezzich, & A. Okasha (Éds), *Evidence and experience in psychiatry: Personality disorders* (vol. 8, p. 277-327). Wiley.

Rosenzweig, S. (2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *12*(1), 5-9. https://doi.org/10.1037/1053-0479.12.1.5

Safran, J. D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy: The therapeutic relationship, emotion, and the process of change*. Aronson.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(1), 447-458. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(1), 286-291. https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286

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

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 406-412. https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.406

Samstag, L. W., Muran, J. C, & Safran, J. D. (2004). Defining and identifying alliance ruptures. Dans D. Charma (Éd.), *Core processes in brief dynamic psychotherapy* (p. 187-214). Routledge.

Schaverien, J., & Case, C. (Éds). (2007). *Supervision of art psychotherapy: A theoretical and practical handbook.* Routledge.

Schoenleber, M., Roche, M. J., Wetzel, E., Pincus, A. L., & Roberts, B. W. (2015). Development of a brief version of the Pathological Narcissism Inventory *Psychological Assessment, 27*(1), 1520-1526. https://doi.org/10.1037/pas0000158

Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research, 27*(1), 642-652. https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546

Schulte, D. (2008). Patients' outcome expectancies and their impression of suitability as predictors of treatment outcome. *Psychotherapy Research*, *18*(1), 481-494. https://doi.org/10.1080/10503300801932505

Sleep, C. E., Sellbom, M., Campbell, W. K., & Miller, J. D. (2017). Narcissism and response validity: Do individuals with narcissistic features underreport psychopathology? *Psychological Assessment, 29*(8), 1059-1064. https://doi.org/10.1037/pas0000413

Smith, A. M., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self-rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(1), 326-337. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.007

Spence, D. (1987). *The Freudian metaphor*. Norton.

Swan, L. K., & Heesacker, M. (2013). Evidence of a pronounced preference for therapy guided by common factors. *Journal of Clinical Psychology, 69*(1), 869-879. https://doi.org/10.1002/jclp.21967

Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(1), 368-381. https://doi.org/10.1002/jclp.20553

Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2010). A comparison of client preferences for intervention empirical support versus therapy common factors. *Journal of Clinical Psychology, 66*(1), 1217-1231. https://doi.org/10.1002/jclp.20720

Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (p. 301-315). Oxford University Press.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001) *Using multivariate statistics* (4e éd.). Allyn & Bacon.

Taber, B. J., Leibert, T. W., & Agaskar, V. R. (2011). Relationships among client-therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. *Psychotherapy, 48*(1), 376-380. https://doi.org/10.1037/a0022066

Taft, C. T., Murphy, C. M., Musser, P. H., & Remington, N. A. (2004). Personality, interpersonal, and motivational predictors of the working alliance in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 349-354. https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.349

Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy, 48*(1), 50-57. https://doi.org/10.1037/a0022061

Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy-results of an expert survey. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*(1), 82-96. https://doi.org/10.1002/cpp.1822

Vachon, D. D., & Lynam, D. R. (2016). Fixing the problem with empathy: Development and validation of the affective and cognitive measure of empathy. Assessment, 23(2), 135–149. https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/1073191114567941

Wachtel, P. L. (1982). Vicious circles: The self and the rhetoric of emerging and unfolding. *Contemporary Psychoanalysis, 18*(1), 259-273. http://doi.org/10.1080/00107530.1982.10746582

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(1), 270-277. https://doi.org/10.1002/wps.20238

Wampold, B. E. (Éd.) (2019). How does psychotherapy work? Dans *Theories of psychotherapy series. The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice* (p. 91-117). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000117-005

Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G., & Imel, Z. (2017). What characterizes effective therapists? Dans L. Castonguay & C. Hill (Éds), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (p. 37-53). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000034-003

Wampold, B. E., & Brown, G. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(1), 914-923. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914

Wampold, B. E., & Imel Z. E., (2015). *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy* (2e éd.). Routledge.

Watson, J. C., (2001). Re-visioning empathy. Dans D. Cain & J. Seeman (Éds), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (p. 445-471). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10439-014

Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (1994). The working alliance in experiential therapy: Enacting the relationship conditions. Dans A. Horvath & L. Greenberg (Éds), *The working alliance: Theory, research and practice* (p. 153-172). Wiley.

Williams, D., & Levitt, H. M. (2008). Clients' experiences of difference with therapists: Sustaining faith in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 18*(1), 256-270. https://doi.org/10.1080/10503300701561545

Yeh, Y. J., & Hayes, J. A. (2011). How does disclosing countertransference affect perceptions of the therapist and the session? *Psychotherapy*, *48*(4), 322-329. https://doi.org/10.1037/a0023134

Yonatan-Leus, R., Tishby, O., Shefler, G., & Wiseman, H. (2017). Therapists honesty, humor styles, playfulness, and creativity as outcome predictors: A retrospective study of the therapist effect. *Psychotherapy Research, 28*(5), 793-802. https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1292067

Zilcha-Mano, S., Dinger, U., McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2014). Does alliance predict symptomatic change, or is it the other way around? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1)*,* 931-935. https://doi.org/10.1037/a0035141

Zilcha-Mano, S., Roose, S. P., Brown, P. J., & Bret, R. R. (2019). Not just nonspecific factors: The roles of alliance and expectancy in treatment, and their neurobiological underpinnings. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 29*(12), 293. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00293

Appendice A

Formulaire de consentement des participants

Université du Québec
à Trois-Rivières
Décanat des études

CONSENTEMENT IMPLICITE ET ANONYME

TITRE DE LA RECHERCHE :	*Les interventions des psychothérapeutes en contexte de rupture d'alliance thérapeutique*
CHERCHEUR PRINCIPAL :	*Jérôme Raymond, candidat au doctorat continuum d'étude en psychologie clinique, Université du Québec à Trois-Rivières*
CONTEXTE DU PROJET :	*Projet d'essai doctoral sous la direction de Dominick Gamache, Professeur-chercheur Université du Québec à Trois-Rivières et psychologue et Julie Maheux, Professeure-chercheure Université Québec à Trois-Rivières et psychologue*

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROJET :
Notre projet de recherche vise à déterminer si la présence de certaines caractéristiques individuelles chez les psychothérapeutes influence le choix d'interventions en contexte de rupture d'alliance thérapeutique.
Les résultats de cette recherche permettront de dégager des profils de psychothérapeutes selon les caractéristiques individuelles de ces derniers, ainsi que de mieux décrire les interventions qu'ils mènent en contexte de rupture d'alliance thérapeutique.

POPULATION VISÉE :
Les participants visés pour cette étude sont des détenteurs du permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec, de différentes professions (psychologie, ergothérapie, travail social, sciences infirmières, médecine, psychiatrie, psychoéducation, orientation ou autres). Ces participants doivent actuellement être détenteurs d'un permis de pratique de la psychothérapie et pratiquer activement la psychothérapie, soit un minimum d'une heure par semaine.

Les participants visés par l'étude sont aussi des étudiants aux cycles supérieurs dans un programme menant à l'obtention du titre de psychothérapeute et ayant déjà effectué au moins un stage clinique ayant comme exigence la pratique supervisée de la psychothérapie.

PRÉAMBULE :
Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les interventions des psychothérapeutes en situation de rupture d'alliance thérapeutique selon leurs caractéristiques individuelles, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche. Sentez-vous libre de lui demander de vous expliquer tout mot ou

Université du Québec
à Trois-Rivières
Décanat des études

renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

VOTRE PARTICIPATION :
Votre participation à cette recherche consistera d'abord à répondre au questionnaire de renseignements sociodémographiques où des informations personnelles et professionnelles, qui serviront à décrire l'échantillon participant au projet, vous seront demandées. Par la suite, trois vignettes cliniques vous seront présentées, il vous sera demandé de décrire la ou les interventions que vous mèneriez selon les situations présentées. Enfin, il vous sera demandé de répondre à quatre questionnaires comprenant au total 117 questions portant sur vos caractéristiques individuelles. Le tout sera d'une durée approximative de 35 minutes.

Il serait bénéfique pour les analyses du projet que vous répondiez à l'entièreté des questions qui vous sont posées. Par conséquent, l'implication que demande votre participation à l'étude vous est expliquée à ce stade-ci.

Bien que les réponses à chacune des questions soient importantes pour la recherche, vous demeurez libre de choisir de ne pas répondre à l'une ou l'autre d'entre elles ou encore de mettre fin à votre participation à tout moment. Toutefois, puisqu'aucune donnée permettant de vous identifier (ex : nom, coordonnées) ne sera recueillie par le questionnaire, les données obtenues d'un participant qui choisirait de se retirer du projet après avoir soumis son questionnaire ne pourront être détruites.

ANONYMAT ET CONSERVATION DES DONNÉES :
Votre participation à ce projet étant anonyme, il ne sera jamais possible de vous identifier. Ainsi, les données issues de vos réponses pourront être conservées pour d'autres analyses ou d'autres recherches, sous forme anonyme. Les résultats de recherche qui pourront être diffusés sous forme d'essai doctoral, d'articles scientifiques ou lors de présentations à des congrès scientifiques, respecteront l'anonymat. Les résultats seront présentés sous forme globale de sorte que les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués.

Les données recueillies seront conservées sur un serveur sécurisé par mot de passe au « Laboratoire de recherche sur la Personnalité, les Traumatismes interpersonnels et l'Intervention » co-dirigé par le professeur-chercheur Dominick Gamache et la professeure-chercheure Julie Maheux au Pavillon Michel-Sarrazin de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Vos données de recherche seront conservées 5 ans après la publication des résultats. Par la suite, vos données de recherche seront détruites.

Les projets de recherche qui pourraient ultérieurement utiliser les données du présent projet seront évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières avant leur réalisation.

Veuillez, s'il vous plait, indiquer si vous consentez à ce que vos données soient utilisées pour d'autres projets de recherche, selon les conditions mentionnées plus haut.

Université du Québec
à Trois-Rivières
Décanat des études

Je consens à ce que mes données de recherche soient utilisées à ces conditions :

o Oui
o Non

RISQUES, INCONVÉNIENTS, INCONFORTS :

Le fait de participer à l'étude implique un investissement de temps pour répondre aux vignettes cliniques et aux questionnaires. Il est possible que votre participation induise chez vous une réflexion ou une prise de conscience concernant certains aspects de votre travail clinique ou vous amène à être en contact avec une charge émotive momentanée. Si tel est le cas, nous vous recommandons de faire des démarches dans votre milieu de travail dans le but d'obtenir de la supervision de la part d'un professionnel qualifié. Il est possible d'obtenir des informations liées à la supervision et de cibler des ressources disponibles pour vous sur le site internet de l'Ordre des Psychologues du Québec (www.ordrepsy.qc.ca). Si la participation à l'étude induit plutôt chez vous une détresse personnelle, vous pouvez effectuer une recherche dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux de votre région (http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/) pour obtenir l'aide appropriée. De plus, vous pouvez contacter Écoute Entraide, une ligne d'écoute téléphonique de soutien, entre 8h00 et minuit, au 1-844-2942130, pour discuter de cette charge émotive.

BÉNÉFICES :
En participant à l'étude, vous contribuez au développement des connaissances en psychologie et plus précisément, vous permettez à la communauté scientifique d'en apprendre davantage sur les caractéristiques des thérapeutes qui exercent la psychothérapie et les interventions qu'ils mènent. Ces informations sont susceptibles de bonifier la formation des futurs thérapeutes ainsi que la formation continue des thérapeutes actuels.

REMERCIEMENTS :
Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude. C'est pourquoi nous tenons à vous remercier pour le temps et l'attention que vous acceptez de consacrer à votre participation.

ATTESTATION DU CONSENTEMENT :
Le passage à la prochaine section du questionnaire sera considéré comme l'expression implicite de votre consentement à participer au projet.

En passant à la section suivante, vous indiquez avoir lu et compris le présent formulaire de consentement, être d'accord à participer à l'étude selon les modalités expliqué dans le présent formulaire et vous confirmer faire partie de la population visée.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES:
Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec Jérôme Raymond par courrier électronique à jerome.raymond@uqtr.ca.

Université du Québec
à Trois-Rivières
Décanat des études

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-19-258-07.20 a été émis le 02 juillet 2019.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique à : CEREH@uqtr.ca.

CONSENTEMENT

En cliquant sur le bouton de participation, vous indiquez

- avoir lu l'information
- être d'accord pour participer

Oui, j'accepte de participer

Appendice B

Questionnaire sociodémographique

Université du Québec
à Trois-Rivières
Décanat des études

RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

TITRE DE LA RECHERCHE :	*Les interventions des psychothérapeutes en contexte de rupture d'alliance thérapeutique*
CHERCHEUR PRINCIPAL :	*Jérôme Raymond, candidat au doctorat continuum d'étude en psychologie clinique, Université du Québec à Trois-Rivières*
CONTEXTE DU PROJET :	*Projet d'essai doctoral sous la direction de Dominick Gamache, Professeur-chercheur Université du Québec à Trois-Rivières et psychologue et Julie Maheux, Professeure-chercheure Université du Québec à Trois-Rivières et psychologue*

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES :

Genre : M ___ F ___ Autres (précisez) : _____

Âge : ___

CARACTÉRISTIQUES PROFESSIONNELLES :

Domaine d'étude :

Psychologie : ___
Ergothérapie : ___
Travail social : ___
Sciences infirmières : ___
Médecine : ___
Psychiatrie : ___
Psychoéducation : ___
Orientation : ___
Autre (précisez) : _____

Niveau d'étude obtenu :

Baccalauréat : ___
Maitrise (Mp.S.) : ___
Maitrise (M.Sc.) : ___
Doctorat (Dp.S.) : ___
Doctorat (Ph.D.) ___
Doctorat de premier cycle (M. D.) : ____
Autre (précisez) : _____

Nombre d'années d'expérience comme psychothérapeute : _____

Emploi actuel :

Pratique privée : ____ Fonction publique : ____ Autre (précisez) : ____

Approche théorique principale :

Psychodynamique / Analytique : ____
Cognitive / Comportementale : ____
Existentielle / Humaniste : ____
Systémique /Interactionnelle : ____
Neuropsychologie : ____
Autre (précisez) : ____

Nombre d'heures consacrées à pratiquer la psychothérapie (par semaine) : _____

Recevez-vous présentement de la supervision professionnelle ?

Oui : ____ Non : ____ Nombre d'heures par semaine : ____

AUTRE :

Avez-vous déjà consulté en psychothérapie pour des raisons personnelles ?

Oui : ___ Non : ___

Appendice C
Vignettes cliniques

Université du Québec
à Trois-Rivières
Décanat des études

Les interventions des psychothérapeutes en contexte de rupture d'alliance thérapeutique

Vignettes cliniques :

Vignette #1 : La cliente est une femme âgée de 35 ans, qui a été référée en thérapie après que son mari l'ait quittée. La situation se produit en début de thérapie et vous avez une relation modérément bonne avec la cliente.

Pendant la séance, la cliente argumente avec vous sur la durée de la séance. Elle vous dit que « si vous vous souciiez vraiment d'elle », vous lui accorderiez le temps supplémentaire qu'elle estime approprié, considérant tout ce qu'elle a traversé.

Comment répondriez-vous à cette situation? Selon vous, quelle(s) serait(ent) la ou les interventions à mener avec cette cliente?

Vignette #2 : Le client est un homme âgé de 55 ans qui est en thérapie concernant son humeur dépressive relié à l'éloignement qu'il vit avec ses enfants. Il décrit également qu'il s'est senti rejeté par ses parents et ses frères et sœurs pendant son enfance. La situation se produit après plusieurs rencontres et vous avez une bonne relation avec le client.

Pendant la séance, le client rapporte qu'il n'a pas eu de nouvelles de ses enfants, maintenant rendus à l'âge adulte, malgré des efforts de sa part pour établir une bonne relation avec eux. Cette situation contribue à l'accroissement de son humeur dépressive et à une attitude de colère et de paranoïa envers son ex-femme, croyant qu'elle monte ses enfants contre lui. Lorsque vous tentez de faire un lien entre sa réaction actuelle et son sentiment de rejet provenant de ses parents et ses frères et sœurs lorsqu'il était enfant, le client vous répond avec colère : « Ce n'est pas ce que je veux entendre, vous dites toujours cela! ».

Comment répondriez-vous à cette situation? Selon vous, quelle(s) serait(ent) la ou les interventions à mener avec ce client?

Vignette #3 : La cliente est une femme âgée de 54 ans. Elle vient en thérapie à cause de la frustration extrême que lui fait vivre son mariage. Son irritation repose sur l'incapacité de son conjoint à lui répondre avec une sensibilité qu'elle considère « appropriée ». La situation se déroule au début de la thérapie et vous en êtes à établir la relation avec la cliente.

Pendant la séance, la cliente se plaint et critique son mari comme elle l'a fait dans les trois rencontres précédentes. Après l'avoir écoutée pendant un moment, vous lui demandez si elle a déjà vécu d'autres situations où les autres n'ont pas été capables de répondre à ses attentes ou si quelqu'un lui a déjà mentionné qu'elle a des attentes élevées. Elle répond

rapidement : « Non, ce n'est pas moi qui a un problème. C'est lui. Ça ne peut pas être moi ». Elle se met à pleurer et refuse de discuter davantage de la situation.

Comment répondriez-vous à cette situation? Selon vous, quelle(s) serait(ent) la ou les interventions à mener avec cette cliente?

Appendice D

Description des types d'intervention

Assessment	*Diagnostic assessment of the client's symptoms or capacities.* ***Examples****: Assess the severity of the client's depressive symptoms. Explore whether the client would benefit from an evaluation for psychotropic medication.* **Notes des chercheurs :** Référence à des conceptualisations nosographiques ou théoriques. Vocabulaire théorique ou qui se rattache à une approche.
Gather information	*Interventions that aim to gather information about the client and his or her circumstances.* ***Examples****: Explore the meaning of the client's relationship with her husband and his rejection of the client. Explore the history of the client's childhood experiences in her family of origin.* **Notes des chercheurs :** Qui fait référence à ailleurs dans la vie du client (informations concrètes) ou comment le client en est arrivé à cette réflexion.
Emotion	Interventions focused on clarifying and exploring the client's emotional experience. **Examples**: *Explore the link between the client's anger and his depression. Explore the client's feelings of guilt.* **Notes des chercheurs :** Aucun
Articulate need	*Interventions that encourage a client to identify and/or communicate his or her needs and/or goals.* ***Examples****: Explore what goals the client wants to target in therapy. Encourage the client to identify what he needs from the therapist and identify ways those needs could be met.* **Notes des chercheurs** *:* Le besoin du client n'est pas encore compris par le psychothérapeute à ce moment-ci.
Validate	*Interventions that validate and legitimize the client's position on an issue.* ***Examples****: Explore and empathize with the client's feelings of anger toward the therapist. Validate the client's right to make her own choices about her treatment.* **Notes des chercheurs :** Aucun

Self-disclosure of therapist reaction	*Interventions that involve the therapist communicating his or her reaction to the client and/or to the therapist-client interaction.* ***Examples****: Communicate to the client that the therapist cares about her. Communicate that the therapist is not perfect and will make mistakes and potentially disappoint the client.* **Notes des chercheurs** : La réaction du psychothérapeute est l'idée principale de l'intervention. Il ne fait pas de lien avec la situation du client.
Perspective/insight	*Interventions that aim to help the client to gain a new perspective on his or her situation.* ***Examples****: Help the client to understand the relationship between his thoughts and feelings. Help the client to understand his wife's perspective.* **Notes des chercheurs :** Aucun
Foster hope	*Interventions that aim to enhance the client's belief that his or her life can improve.* ***Examples****: Communicate that there is hope for a better life in the future. Explore and validate the client's strengths and achievements.* **Notes des chercheurs :** Aucun
Coping strategies	*Interventions that aim to help clients manage and cope with painful feelings and/or unpleasant thoughts.* ***Examples****: Focus on ways the client can manage and cope with her feelings of anxiety. Encourage the client to increase her activity level to alleviate her depression.* **Notes des chercheurs :** Aucun
Practical problem solving	*Interventions that seek to motivate the client to take practical, concrete steps to improve his or her situation.* ***Examples****: Help the client with time management so that she can find enough time for herself and her family. Help the client develop a specific plan for finding work.* **Notes des chercheurs** : Concret, axé sur la situation.

Change interaction	*Interventions that seek to change the way the client interacts with a loved one.* ***Examples****: Explore whether the client is willing to change his attitude toward his ex-wife. Refer the client and his wife to a couple's therapist.* **Notes des chercheurs :** Aucun
Patterns	*Interventions that highlight patterns in the client's relationships and/or patterns of behavior, thoughts, or emotions.* ***Examples****: Explore the link between the client's current feelings and the client's unresolved feelings from her childhood experiences. Explore the link between the client's anger and her depression.* **Notes des chercheurs :** Aucun
Patterns–therapist	*Interventions that highlight patterns in the client's relationship with the therapist and/or explore whether these patterns are present in the client's other relationships.* ***Examples****: Highlight that the client's reaction to the therapist's comment provides an opportunity to understand how to address her problems with her husband. Explore how the client's feelings toward the therapist are similar to her feelings toward others.* **Notes des chercheurs :** Aucun
Rupture–bond	*Interventions that include those used to identify and explore the events surrounding a rupture in the emotional bond between the client and therapist.* ***Examples****: Explore and empathize with the client's feelings of anger toward the therapist. Explore what about the therapist's comment upset the client.* **Notes des chercheurs** : Il y a un élément d'exploration de la situation actuelle.

Communicate limits	*The therapist articulates his or her personal or professional limits regarding treatment parameters.* ***Examples****: Review the cancellation and no-show policy with the client. Educate the client about therapy process.* **Notes des chercheurs** : L'intervention est ferme. Le psychothérapeute affirme ce qui peut être fait ou non en psychothérapie. Il établit des frontières.
Rupture–goals and tasks	*Interventions that focus on reaching agreement on treatment goals or the use of specific therapeutic methods following disagreement or tension concerning tasks or goals.* ***Examples****: Explore what goals the client wants to target in therapy and how these goals can be addressed in each session. Explore the client's expectations about therapy.* **Notes des chercheurs** : Il y a un élément de collaboration. Il y a une rétroaction dans le but de s'entendre avec le client. Le psychothérapeute explique pourquoi il fait les choses avec le client.

Appendice E

Guide des analyses descriptives

Guide des analyses descriptives

	Le psychothérapeute tourne son regard vers le client dans son intervention	**Le psychothérapeute retourne son regard vers lui-même dans son intervention**
Le psychothérapeute met l'emphase sur la composante <u>affective</u> de l'intervention	Il accueille et/ou valide les émotions du client, il fait preuve d'empathie.	Il extériorise ce que la situation lui fait vivre à lui, il pourrait le faire à différent degré (l'imposer dans l'échange ou le partager au client). Il semble irritable, il pourrait diriger son agressivité vers le client (selon le ton utilisé ou le choix des mots).
Le psychothérapeute met l'emphase sur la composante <u>cognitive</u> de l'intervention	Il propose une analyse de la situation problématique pour le client.	Il note la présence d'une rupture d'alliance thérapeutique.
Le psychothérapeute met l'emphase sur la composante <u>interactive</u> de l'intervention	Il laisse la place au client pour discuter de ce qui se passe, il pourrait aider le client à clarifier son état.	Il prend sa part de responsabilité dans la rupture, ses interventions témoignent de la possibilité qu'il ait pu contribuer à la rupture. Il mise sur ses habiletés interpersonnelles, il pourrait se détacher quelque peu de son modèle théorique pour se concentrer sur la relation.

Questions guides pour élaborer le guide des analyses descriptives

- Est-ce que le psychothérapeute note la présence d'une rupture d'alliance? Concrètement dans sa réponse, est-ce qu'il souligne qu'un évènement est en train de se produire?

- Est-ce que le psychothérapeute donne l'opportunité au client de discuter de ce qui se passe avec lui? D'explorer l'évènement?

- Est-ce qu'il y a un accueil de base, de l'empathie qui est démontrée envers les émotions que peut vivre le client envers la situation et le thérapeute? Est-ce qu'il les valide ou les attribue seulement au client?

- Est-ce qu'il prend sa part de responsabilité dans la situation? Ou il blâme le client?

- Est-ce qu'il s'appuie sur ses habiletés interpersonnelles pour aborder la situation?

- Est-ce qu'il impose au client ce que la situation lui fait vivre? À un différent degré, est-ce qu'il la partage au client? Met-il de l'avant son vécu?

- Est-ce qu'il fait preuve d'irritabilité ou d'hostilité envers le client? Est-ce qu'il dirige son agressivité vers le client?

- Porte-t-il une attention particulière à la réalité ou à la situation hors de la thérapie du client?