

## **A la croisée entre psychothérapie et psychologie interpersonnelle : une étude exploratoire**

François Moors & Emmanuelle Zech

Université catholique de Louvain,  
Institut de recherche en sciences psychologiques

*Journal de l'A.F.P.C. (2013)*

---

La recherche en psychothérapie tente de cerner les processus qui participent à l'efficacité thérapeutique. Parmi eux, les processus impliqués dans la relation entre le client et le thérapeute contribuent de manière très significative aux résultats positifs d'une psychothérapie (Lambert & Barley, 2002; Norcross & Lambert, 2011). La relation thérapeutique, comme toute relation humaine, peut être influencée par des facteurs de personnalité et l'évaluation de ceux-ci durant la psychothérapie (Cain, Pincus, & Holtforth, 2010; Hopwood, 2010). Ce concept de personnalité pourrait être défini comme une combinaison de différences individuelles, permettant de prédire les comportements d'un individu dans une situation donnée (d'après Cattell, 1950 et Byrne, 1966, cité dans Hansenne, 2007). Selon Wiggins (1979), une catégorie importante de différences individuelles en matière de personnalité est la façon d'interagir avec les autres, c'est-à-dire les comportements ou modes interpersonnels.

Ces modes interpersonnels peuvent être considérés comme prédicteurs du déroulé de la relation thérapeutique. En effet, non seulement les modes interpersonnels peuvent être à l'origine d'une demande d'aide thérapeutique, mais ils peuvent également influencer la psychothérapie en elle-même (Gurtman, 1996). Cette deuxième approche postule que les difficultés relationnelles qu'éprouve la personne de manière générale peuvent se reproduire dans la relation thérapeutique. Par exemple, un client qui a tendance à être dominant et froid mettra difficilement en place un lien avec le thérapeute (Henry, Schacht, & Strupp, 1986). En tant qu'individu, le thérapeute a également des façons d'interagir avec autrui qui lui sont propres. Dans un cadre clinique, une attitude fondamentale du thérapeute est de pouvoir conscientiser son vécu expérientiel, c'est-à-dire être congruent (Lietaer, 1993). La pratique clinique demande donc au thérapeute une compréhension de son propre fonctionnement. Les modes interpersonnels du thérapeute, et l'impact qu'ont ceux-ci sur la relation thérapeutique peuvent être l'objet de la congruence.

L'objectif général du projet de thèse, qui veut permettre un pont entre la recherche et la clinique, est de déterminer de quelles manières les modes interpersonnels du client entrent en interaction avec ceux du thérapeute, et d'observer l'impact qui en découle sur la relation thérapeutique et *a fortiori* sur l'efficacité thérapeutique. De ce point de vue, l'originalité de ce travail est donc de se centrer tout autant sur le thérapeute que sur le client. En outre, cette thèse clinique veut s'inscrire dans une approche récente de la compréhension des phénomènes psychopathologiques. Il s'agit de l'approche processuelle qui postule que les comportements-problèmes psychologiques tels que ceux décrits par le client sont sous-tendus par des processus psychologiques (Mansell, Harvey, Watkins, & Shafran, 2009; Zech, Ryckebosch-

Dayez, & Delespaux, 2010). Dans le même ordre d'idées, Carl Rogers a postulé qu'un patient ayant des difficultés à identifier et à exprimer ses émotions (comportement-problème) se trouvait dans un stade de fixité psychique (processus psychologique) et que l'objectif de la thérapie était de passer à un stade de fluidité, où le patient vit et accepte ses sentiments (Rogers, 1968). Sur base de ces considérations, nous nous posons la question de savoir si certains types d'interactions entre les modes interpersonnels du client et ceux du thérapeute sont prédictifs d'une efficacité thérapeutique, c'est-à-dire d'un passage d'un stade de fixité à un stade de plus grande fluidité psychique. Ce projet de recherche devra s'inscrire dans le temps. En effet, plusieurs éléments vont devoir être testés, tant du point de vue expérimental qu'écologique. Une première étude a été menée l'année passée. Cette étude avait pour objectif d'explorer de la manière la plus expérimentale et donc la plus contrôlée possible le potentiel de ce projet de recherche. Certains résultats ont évoqués lors de la 10<sup>ème</sup> conférence de la WAPCEPC, édition 2012.

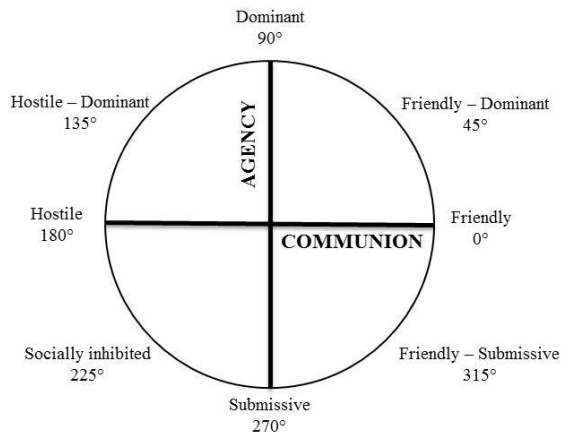
Cet article a pour vocation de répondre à trois objectifs majeurs. Le premier sera de résumer quelques concepts clés permettant de comprendre le cadre de travail. Dans celui-ci, nous tentons d'associer la littérature sur la psychologie interpersonnelle et la pratique centrée sur la relation thérapeutique. Le second objectif est de présenter la première étude évoquée ci-dessus, qui nous incite à poursuivre notre travail et à tenter d'aller plus loin dans la compréhension de la relation thérapeutique. Enfin, le dernier objectif, qui a toute son importance, visera à solliciter vos opinions, interrogations et suggestions ainsi que votre collaboration, à vous, praticiens de la relation thérapeutique.

### **Une base théorique forte : le Modèle Circumplex**

Pour réaliser ce vaste objectif de recherche, l'utilisation d'une modélisation dénommée « Circumplex Interpersonnel » semble appropriée (Kiesler, 1983; Plutchik, 1997). Cette dernière permet d'évaluer les facteurs de personnalité d'un individu d'un point de vue interactionnel, sur base de continuums circulaires (d'où l'appellation « circumplex ») et linéaires. Ces traits particuliers de personnalité ayant une fonction de régulation des interactions sociales, la structure circumplex est dès lors en mesure d'explicitier les comportements et profils interpersonnels de l'individu (Plutchik, 1997; Wiggins, 1982). Ce point visera à décrire en quoi consiste ce modèle, afin de permettre la compréhension du cadre théorique dans lequel nous nous situons.

Le modèle Circumplex (voir Figure 1) est construit sur base de deux grandes dimensions (ou continuums), qui permettent de définir toutes les formes de comportements interactionnels. La première grande dimension est dénommée en anglais par le terme *agency*. Elle concerne les aspects d'autonomie de l'individu et du contrôle que celui-ci prend sur son environnement. Les comportements interpersonnels en lien avec cette dimension se situent entre un pôle de *dominance* et un pôle de *non-assertivité*. La seconde grande dimension de ce modèle est la dimension appelée *communion* en anglais. Elle désigne la facilité avec laquelle l'individu s'affilie, crée un lien avec autrui. Les deux pôles extrêmes de cette dimension sont la chaleur et l'indifférence voire l'hostilité (Fournier, Moskowitz, & Zuroff, 2011 ; Horowitz

et al., 2006). Sur base de ces deux dimensions, il est possible d'inférer toute une série de profils interpersonnels. Un profil interpersonnel est un ensemble de comportements verbaux et non-verbaux que l'individu met en place lorsqu'il est en interaction avec autrui. Il existe plusieurs inventaires de profils interpersonnels, se différenciant par le type de construits spécifiques qu'ils tentent de mesurer. Cela peut être par exemple les traits, les motivations, les problèmes,... (Locke, 2011). Nous présenterons ici la conception d'Horowitz et de ses collaborateurs (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & Villaseñor, 1988 ; Horowitz et al. 2006), car c'est sur celle-ci que nous avons centré notre étude présentée plus loin.



**Figure 1.** Schéma d'un circumplex interpersonnel général, construit sur base des deux grandes dimensions interpersonnelles et permettant la définition du profil interpersonnel d'un individu (d'après Gurtman, 2011)

Comme évoqué en introduction, il arrive que certains clients entament une psychothérapie en raison de leurs comportements interpersonnels qu'ils perçoivent comme problématiques. Ayant constaté cet état de fait, Horowitz et ses collègues ont voulu développer un inventaire mesurant les comportements interpersonnels évoqués en tant que problème (Horowitz, 1979 ; Horowitz, et al., 1988 ; Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2003). Les items de l' « Inventory of Interpersonal Problems » (ou « IIP ») sont introduits par l'une des deux propositions suivantes : « les choses que je trouve difficile à faire » ou « les choses que je fais trop ». L'IIP respectant les propriétés psychométriques du modèle Circumplex et notamment la construction sur base des deux grandes dimensions interpersonnelles présentées au point précédent (Gurtman, 1996 ; Horowitz et al., 2003), il est possible de déterminer huit profils différents, brièvement définis ci-après. La complétion de cet inventaire permet de définir le profil interpersonnel (d'un point de vue problématique) de l'individu. Les huit profils, représentés graphiquement sur la Figure 2, sont :

*Domineering/Controlling* : Un score élevé indique que la personne estime qu'il est difficile de relâcher le contrôle exercé sur autrui. Ces personnes se décrivent elles-mêmes comme trop contrôlantes voire manipulatrices.

*Self-Centred/Vindictive* : Un score élevé indique des problèmes de dominance hostile. La personne éprouve facilement et exprime sa colère et l'irritabilité, est préoccupée par le fait de se venger, et peut être agressive avec d'autres personnes.

*Cold/Distant* : Un score élevé indique des sentiments d'affection minimales et peu de liens avec d'autres personnes.

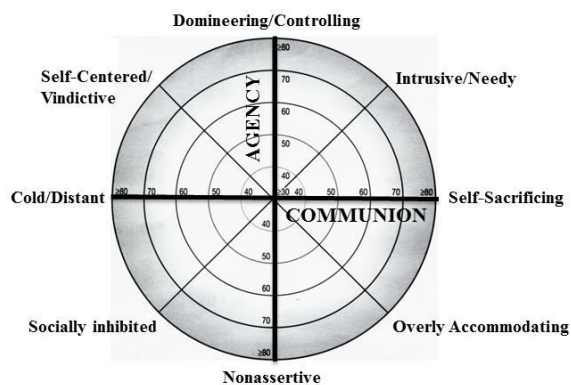
*Socially inhibited* : Un score élevé indique des sentiments d'anxiété, de timidité, ou d'embarras en présence d'autres personnes.

*Nonassertive* : Un score élevé indique un grave manque de confiance en soi, une faible estime de soi, et la réticence sévère de s'affirmer face à d'autres personnes.

*Overly accommodating* : Un score élevé indique une volonté excessive de céder de manière amicale à la demande d'autrui.

*Self-Sacrificing* : Un score élevé indique une forte tendance à sympathiser avec les autres dans le besoin et de les aider, même si cela exige un sacrifice de ses propres besoins, pour le bien de ceux qui semblent être en difficulté.

*Intrusive/Needy* : Un score élevé indique un besoin d'être à la fois convivial et contrôlant. Les gens avec des scores élevés se décrivent comme trop amicaux et sociables à un degré extrême au point que les autres perçoivent cela comme intrusif.



**Figure 2.** Les 8 profils interpersonnels problématiques, d'après Horowitz (d'après Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2003)

Pour rappel, l'originalité de ce projet de recherche est de se centrer tant sur les comportements interpersonnels du client que sur ceux du thérapeute. En effet, on se pose la question de l'adéquation entre les différents profils. Dans la littérature, nous trouvons des combinaisons spécifiques de profils, générant notamment moins d'anxiété pour les deux protagonistes. Ces combinaisons sont liées au concept de complémentarité (Kiesler, 1996).

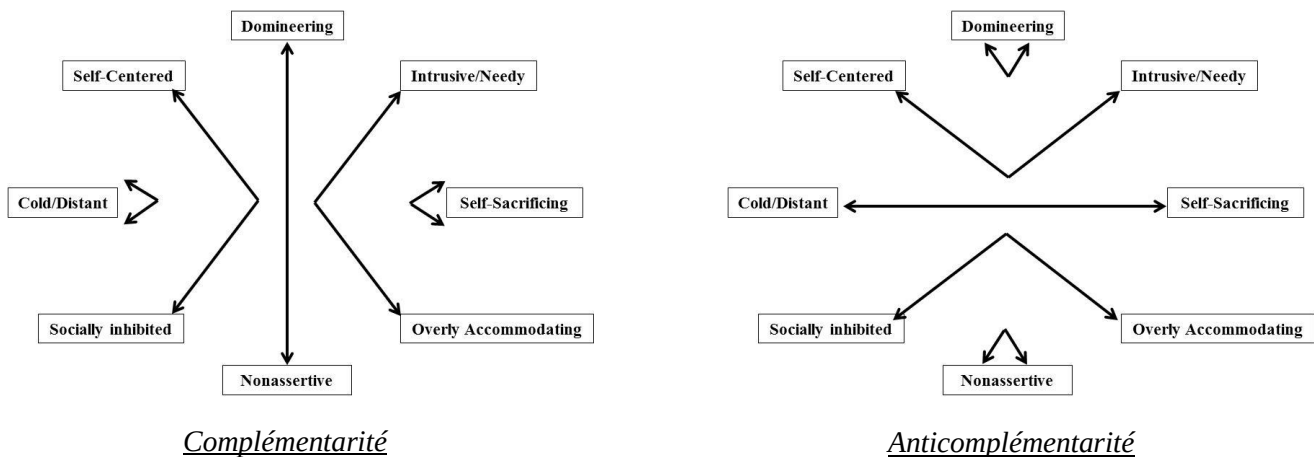
### **Des combinaisons de profils spécifiques selon la Complémentarité**

Le terme de complémentarité peut revêtir différents sens, *a priori* intuitifs selon le domaine qui étudie ce concept. Ainsi, ce concept n'a pas le même sens en psychologie sociale qu'en psychologie de la communication (Sadler, Ethier, & Woody, 2011). Dans ce cadre-ci, nous utilisons l'approche de la psychologie interpersonnelle pour exploiter ce qu'on appelle la complémentarité. Selon Kiesler (1996), la complémentarité interpersonnelle est le fait que « nos actions interpersonnelles sont destinées à inviter, à obtenir, à attirer, à inciter ou encore à évoquer des 'classes restreintes' de réactions chez les personnes avec qui nous interagissons, spécialement lorsqu'il s'agit de personnes importantes pour nous ».

Lorsque deux protagonistes sont complémentaires dans leurs interactions, il semblerait que tous deux ressentent moins d'anxiété, plus de satisfaction par rapport à la relation et que la performance sera plus élevée en cas de résolution de problème (Kiesler, 1996 ; Sadler et al.,

2011). De manière générale, les dyades suscitant une forte complémentarité faciliteraient des relations durables (Kiesler, 1996).

Mais comment fonctionne la complémentarité ? Quelles sont ces combinaisons entre profils qui sembleraient positives ? Pour comprendre cela, il faut revenir aux deux grandes dimensions qui composent la modélisation circumplex. Premièrement, la complémentarité nécessite de la *réciprocité*, c'est-à-dire que, globalement, la dominance incite la soumission et vice-versa. On constate par conséquent une inversion de la dimension *agency*. Deuxièmement, pour qu'il y ait complémentarité, il faut qu'il y ait également de la *correspondance*. Dans ce cas, la chaleur incite la chaleur et la distance incite la distance. La dimension *communion* doit donc être respectée. Sur base de ces éléments, vous pouvez observer (voir Figure 3) qu'elles sont les combinaisons qui, théoriquement, produisent de la complémentarité. A l'inverse, existe l'antcomplémentarité (voir Figure 3). Dans ce cas, il faut qu'il y ait *non-réciprocité* et *non-correspondance*.



**Figure 3.** La complémentarité se caractérise par une inversion de l'axe agency et une équivalence de l'axe de communion. Lorsque la situation inverse se produit, on parle alors d'anticomplémentarité (Adapté de Kiesler, 1996)

La complémentarité a été évoquée dans le cadre de la relation entre deux individus tout-venant. Mais qu'en est-il lorsqu'il s'agit d'une relation thérapeutique ? A notre connaissance, peu de travaux ont pour le moment été réalisés. Par exemple, Tracey, Sherry et Albright (1999) ont mené une étude auprès de 4 thérapeutes cognitivo-comportementaux et 20 clients. Ils ont pu déterminer que la complémentarité est très importante en début de thérapie, a tendance à diminuer lors du décours thérapeutique pour finir par revenir à un stade important en fin de thérapie (respectant ainsi une forme en U). Une autre étude, qui a analysé 26 dyades de thérapeutes et clients (ces derniers souffrant soit de dépression, soit de problèmes relationnels), a pu montrer que la complémentarité pouvait être un prédicteur important de satisfaction pour la thérapie (Tracey, 2004). Cependant, ces travaux restent restreints et les preuves que la complémentarité engendre des résultats positifs restent relativement modestes, nécessitant par conséquent plus de recherches (Sadler et al., 2011).

Une première étude a été menée dans ce contexte à l'UCL. Celle-ci se voulait totalement exploratoire, étant donné le faible nombre de travaux sur ce sujet. L'objectif était principalement de voir dans quelle mesure certaines combinaisons entre le profil du thérapeute et celui du client apportaient de la satisfaction à ce dernier. Dans cet article, nous avons opéré une sélection des résultats. Nous tenterons de répondre à deux questions :

- 1) Quel(s) profil(s) de thérapeute sont préférés ?
- 2) Un client préfère-t-il un thérapeute complémentaire ou un thérapeute anticomplémentaire ?

## **PARTIE EMPIRIQUE**

### **Méthode**

Afin de pouvoir contrôler un maximum de paramètres, nous avons voulu réaliser une étude la plus expérimentale possible. Nous avons donc demandé aux participants de s'imaginer être des clients allant pour la première fois en thérapie et nous avons inventé une pseudo-séance de thérapie, comme il vous sera expliqué ci-dessous.

### **Participants**

Le recrutement (réalisé par affiches apposées dans les bâtiments universitaires et commerces de Louvain-la-Neuve) des participants n'avait pour critère d'exclusion que le fait d'être mineur. L'échantillon était composé de 35 femmes (avec une moyenne d'âge de 41,8 ans) et de 28 hommes (avec une moyenne d'âge de 32,5 ans).

### **Procédure**

La procédure était composée de quatre phases principales :

Phase 1 : Les participants devaient compléter différents questionnaires et notamment l'Inventory of Interpersonal Problems (IIP), présenté plus haut.

Phase 2 : Au laboratoire, les participants devaient lire une vignette clinique d'un client allant consulter un thérapeute pour la première fois. La problématique était la gestion d'une rupture amoureuse difficile. Il était demandé au participant de s'identifier au maximum à ce client fictif, et d'imaginer que c'était lui-même qui allait consulter un thérapeute. Pour l'aider à ce qu'il puisse s'imaginer être cette personne, nous avons pris plusieurs précautions : la vignette était écrite en « je » ; elle était écrite soit en version féminine, soit en version masculine et distribuée de manière adaptée au sexe du participant ; la vignette faisait une page et demie, afin de fournir un maximum de contexte ; la vignette se terminait par la phrase de mise en contexte suivante « J'attends actuellement dans la salle d'attente et je m'appête à le/la rencontrer, pour une première séance. ».

Phase 3 : Les participants devaient « rencontrer » huit thérapeutes fictifs (chacun des thérapeutes ayant un des huit profils interpersonnels, présentés en introduction théorique), dont on ne précisait jamais ni le sexe, ni l'âge. Concrètement, pour chacune des 8 « rencontres », les participants devaient lire un script, composé d'une dizaine d'interactions entre un client et un thérapeute. Les scripts étaient rédigés de manière à ce que le client émettait des phrases neutres, alors que le thérapeute émettait des phrases spécifiques à son profil. Voici un exemple d'interaction entre le client et un thérapeute domineering/controlling :

**Client** : *Je ne sais plus quoi faire pour que les choses s'arrangent, j'ai l'impression d'avoir déjà tout essayé pour retrouver un rythme de vie et un sommeil normal mais que rien ne fonctionne.*

**Thérapeute** : *Vous êtes sûr d'avoir tout essayé ? C'est une erreur de penser cela. Il est temps pour vous de reprendre les choses en main. Je veux que vous fassiez un exercice quotidien que je vais vous proposer pour trouver des pistes jusqu'à présent inexploitées.*

Afin d'éviter au maximum que le participant ne soit influencé par les « rencontres » avec les thérapeutes précédents, il y avait une brève tâche distractive entre chacun des huit thérapeutes.

Enfin, il est à préciser que les choix d'avoir écrit les interactions en « je » et de manière à ce que les phrases du client soient neutres avaient pour objectif d'aider le participant à s'identifier au rôle du client.

Phase 4 : Les participants avaient encore quelques questionnaires à compléter, notamment pour récolter des données socio-démographiques et de leur demander comment ils avaient perçu (niveau de satisfaction et choix du thérapeute préféré) et imaginé les thérapeutes, au niveau du sexe et de l'âge.

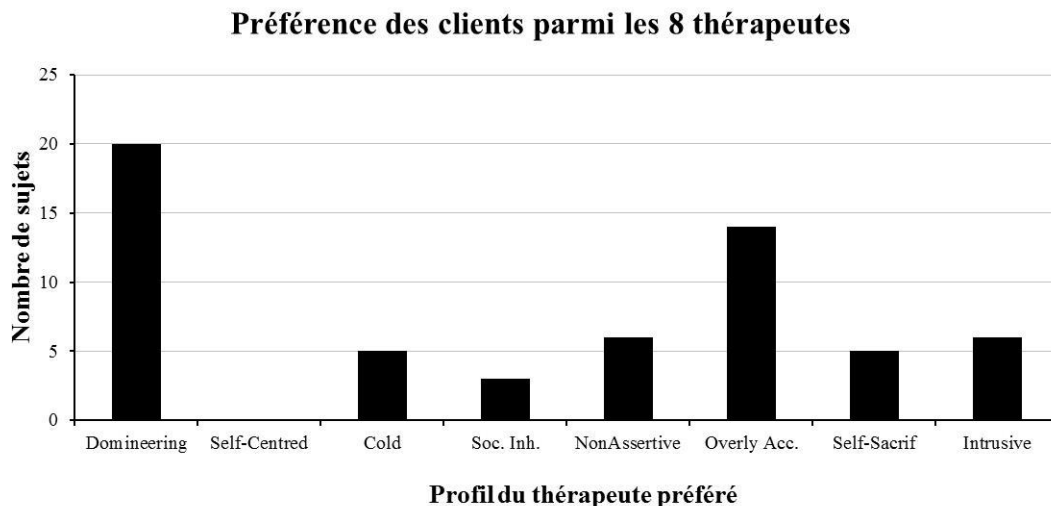
### Mesures

- a) En ce qui concerne l'évaluation du participant quant aux thérapeutes, il y avait deux types de mesures :
  - Spécifiques : après chaque interaction (quel que soit le script et donc quel que soit le thérapeute), le participant devait dire si « oui » ou « non », il avait apprécié l'intervention du thérapeute.
  - Générales : à l'issue du script (et donc à l'issue d'une « rencontre » avec un thérapeute), le participant remplissait une échelle de satisfaction, composée de plusieurs items.
    - ➔ Dans l'idée d'avoir une mesure la plus juste et la plus précise possible de la satisfaction du client quant à tel ou tel thérapeute, nous avons combiné ces deux mesures.
- b) Le profil interpersonnel du client était évalué par l'IIP.
- c) Différents questionnaires permettaient d'évaluer si le participant avait un score particulièrement élevé de dépression ou d'anxiété, afin de voir si cela avait une quelconque influence sur les résultats.

## Résultats

### Quels sont les thérapeutes préférés ?

Cette première question avait pour objectif de vérifier si le profil interpersonnel du thérapeute avait une influence sur la satisfaction des clients et ce, sans prendre en compte le profil de ces derniers. Pour cela, nous avons comparé le nombre de participants préférant tel ou tel thérapeute parmi les huit proposés. La Figure 4 présente cette comparaison.



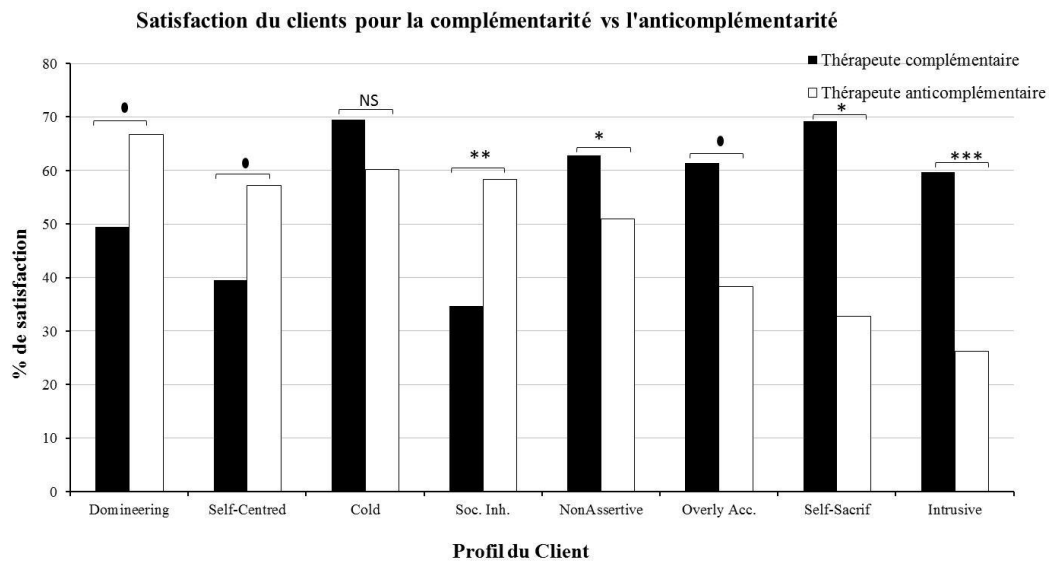
**Figure 4.** Comparaison des clients au niveau de leur préférence parmi les huit thérapeutes proposés

Des tests statistiques ont été appliqués afin de vérifier s'il y avait bien des différences significatives entre ces préférences. Ces tests révèlent que les thérapeutes « **Domineering/Controlling** » (qui ont tendance à vouloir influencer exagérément autrui) et « **Overly accommodating** » (c'est-à-dire qui cèdent excessivement et amicalement aux demandes d'autrui) sont statistiquement préférés à tous les autres profils de thérapeutes. En outre, il n'y a pas de différence en termes de préférence entre ces deux types de thérapeutes.

### La complémentarité a-t-elle une influence dans la relation thérapeutique ?

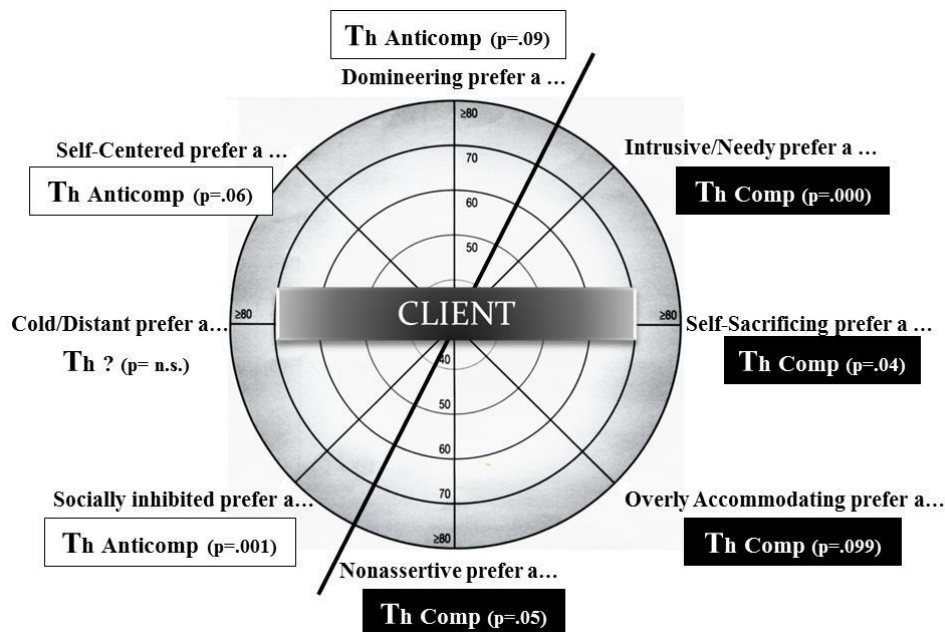
Pour cette première étude, il semblait important de pouvoir vérifier si les combinaisons supposées théoriquement positives avaient le même impact sur la relation thérapeutique. Nous avons donc vérifié si le participant, qui devait s'imaginer être client, était plus satisfait par un thérapeute complémentaire ou par un thérapeute anticomplémentaire (voir Figure 3). Cette question permet donc de prendre en compte tant le profil interpersonnel du client que celui du thérapeute. Ceci se reflète dans les résultats (voir Figure 5), où la préférence du client pour un thérapeute complémentaire/anticomplémentaire dépend de son propre profil.





**Figure 5.** Cette description de résultats montre que la préférence pour un thérapeute complémentaire ou anticomplémentaire dépend du profil du client.  
 •  $p < .1$ . (tendance) \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$

Ces résultats peuvent sembler obscurs car nous n'y voyons pas directement une logique permettant une interprétation aisée. Cependant, ces mêmes résultats deviennent beaucoup plus faciles à interpréter et comprendre lorsqu'ils sont transposés sur le schéma du Circumplex (voir Figure 6).



**Figure 6.** Résultats présentés à la figure 5 appliqués au Schéma Circumplex. Globalement, les clients ayant un profil se situant sur la droite du Circumplex préfèrent un thérapeute complémentaire. A l'inverse, les clients ayant un profil se situant sur la gauche du Circumplex préfèrent un thérapeute anticomplémentaire.

## Discussion

Cette première étude permet d'observer plusieurs phénomènes. Comme déjà évoqué auparavant, une sélection des résultats a été opérée afin de ne pas alourdir cet article. Dans ce qui a été présenté, nous pouvons constater que les comportements interpersonnels verbaux ont une influence importante sur la satisfaction du participant. Ainsi, en ne faisant varier que ce paramètre, nous pouvons voir que les participants préfèrent significativement tel ou tel type de thérapeute (voir Figure 4). Les thérapeutes présentant des traits dominants semblent être particulièrement appréciés par de nombreux participants. Cela est sans doute dû au fait que ces derniers étaient d'une certaine manière rassurés par la directivité dont ce type de thérapeute fait preuve. Bien évidemment, il serait intéressant de vérifier si cela se confirme au fur et à mesure du décours thérapeutique ou pour un autre type de situation évoquée.

Le deuxième pattern de résultats paraît encore plus intéressant, car nous incluons dans l'analyse le profil du participant également. Lorsque nous analysons la Figure 6, nous observons une certaine cohérence parmi les participants entre ceux qui préfèrent un thérapeute complémentaire ou au contraire un anticomplémentaire. Si nous reprenons la définition de la complémentarité (schématisée à la Figure 3), nous pouvons constater qu'en réalité, les participants préfèrent systématiquement des thérapeutes se situant dans la valence positive de la dimension *communion*. En d'autres termes, les participants (ou clients) préfèrent systématiquement un thérapeute présentant des aspects de **chaleur**. Ceci est en lien avec ce qui est proposé dans différents courants psychothérapeutiques, et particulièrement dans l'**approche centrée sur la personne**. Sur base de ces résultats, nous pouvons donc émettre l'hypothèse que la complémentarité en relation thérapeutique ne fonctionnerait que lorsque nous nous situons dans le versant positif de la dimension *communion*. Nous sommes ici au cœur d'un débat en psychologie interpersonnelle qui vise à déterminer si la complémentarité s'applique bien sur la totalité de la dimension de communion (e.g. Orford, 1986 ; Kiesler, 1996). Il sera intéressant d'approfondir ce débat dans les recherches futures.

Cette première étude montre des résultats prometteurs. Toutefois, plusieurs limites sont à mentionner. Premièrement, le nombre de participants était trop faible que pour pouvoir analyser plus en profondeur les différentes combinaisons client-thérapeute possibles. Deuxièmement, l'inventaire utilisé (l'IIP) n'était sans doute pas le plus adapté. En effet, cet inventaire évalue un aspect trop rigide des comportements interpersonnels. Sans doute que dans les recherches futures, il faudrait pouvoir utiliser d'autres inventaires tels que l'Interpersonal Adjective Scale (Wiggins, 1995) qui permettrait une analyse plus réaliste dans une population non-clinique. Enfin, cette étude exploratoire manquait d'écologie. Bien qu'elle avait pour objectif de contrôler un maximum les paramètres (voir le point Méthode), la méthode expérimentale utilisée devrait être adaptée de manière plus réaliste et il faudrait tester si nous obtenons les mêmes résultats lors de situations ressemblant plus à une relation thérapeutique. Ceci nous mène aux perspectives futures, développées au point suivant.

## **CONCLUSION...**

### **...et appel à contribution**

Ce projet de recherche se veut être lié autant que possible à la clinique. En effet, il a pour vocation de mieux comprendre ce qui se joue dans la relation thérapeutique, en partant des théories de psychologie interpersonnelle. Pour réaliser ce vaste objectif, différentes étapes sont envisagées. La première est de tester, de manière expérimentale, les facteurs et processus interpersonnels jouant en relation thérapeutique. Cette étape vise à sélectionner les facteurs et processus qui semblent avoir le plus d'impact. Cette sélection nous permettra de nous centrer sur les éléments les plus déterminants pour des projets de recherche sur le terrain, dans le cadre de véritables relations thérapeutiques.

L'étude présentée dans cet article se situe dans la logique de cette première étape. La nature exploratoire de l'étude est intéressante car elle a pu fournir des balises pour les recherches futures. Ainsi, les aspects de complémentarité paraissent prometteurs, car ils donnent une indication de plus que la chaleur du thérapeute est primordiale dans la relation thérapeutique. Toutefois, il est important que nous puissions vérifier cela le plus écologiquement possible. Par ailleurs, la dimension *agency* n'a pas pu être autant analysée que la dimension *communion*. Or, les résultats montrent que les thérapeutes avec des aspects de dominance amènent une certaine satisfaction chez les clients. Quels sont les réels impacts des deux grandes dimensions interpersonnelles ?

D'autres questionnements sont apparus suite à cette étude. Comment fonctionne la complémentarité ? Par quels processus psychologiques pouvons-nous expliquer que nous ressentons moins d'anxiété et plus de satisfaction avec certains profils interpersonnels ? Est-ce qu'il est possible pour le thérapeute de conscientiser ses comportements interpersonnels verbaux et non-verbaux ? Est-ce qu'il est possible pour lui d'être flexible, d'adapter ces derniers à son patient, voire au moment thérapeutique ? Tôt ou tard, ces différents questionnements nécessiteront des vérifications sur le terrain, auprès de praticiens de la relation thérapeutique.

En guise de conclusion finale, nous nous permettrons de dire que ce projet de recherche semble ouvrir de nouvelles perspectives de réflexion sur la relation thérapeutique. Cependant, celles-ci ne sauront être ni concrètes ni pleines de sens sans l'aide de psychothérapeutes qui, de par leur pratique et expertise, sont parmi les premiers à être concernés par ces nouvelles perspectives. Par conséquent, si vous avez des questions, des suggestions, des commentaires à partager ou si vous êtes intéressés de collaborer d'une quelconque manière à ce projet, n'hésitez pas à nous contacter ([francois.moors@uclouvain.be](mailto:francois.moors@uclouvain.be)). Toute intervention de votre part nous sera précieuse.

## **Bibliographie**

- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Holtforth, M. G. (2010). Interpersonal subtypes in social phobia: Diagnostic and treatment implications. *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 514-527. doi: 10.1080/00223891.2010.513704
- Fournier, M., Moskowitz, D., & Zuroff, D. (2011). Origins and applications of the interpersonal circumplex. In L. Horowitz, & S. Strack (Eds.). *Handbook of interpersonal psychology. Theory, research, assessment and therapeutic interventions* (pp. 57-73). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Gurtman, M. (1996). Interpersonal problems and the psychotherapy context: The construct validity of the Inventory of Interpersonal Problems. *Psychological Assessment*, 8(3), 241-255. doi: 10.1037/1040-3590.8.3.241
- Gurtman, M. (2011). Circular reasoning about circular assessment. In L. Horowitz, & S. Strack (Eds.). *Handbook of interpersonal psychology. Theory, research, assessment and therapeutic interventions* (pp. 299-311). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Hansenne, M. (2007). *Psychologie de la personnalité* (3ème ed.). Bruxelles: Editions De Boeck Université.
- Henry, W., Schacht, T., & Strupp, H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 27-31. doi: 10.1037/0022-006x.54.1.27
- Hopwood, C. J. (2010). An interpersonal perspective on the personality assessment process. *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 471-479. doi: 10.1080/00223891.2010.513284
- Horowitz, L. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(1), 5-15. doi: 10.1037/0022-006x.47.1.5
- Horowitz, L. Alden, L., Wiggins, J. & Pincus, A. (2003). *Inventory of Interpersonal Problems – Manual*. Mind Garden Inc.
- Horowitz, L., Rosenberg, S., Baer, B., Ureño, G., & Villaseñor, V. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885-892. doi: 10.1037/0022-006x.56.6.885
- Horowitz, L., Wilson, K., Turan, B., Zolotsev, P., Constantino, M., & Henderson, L. (2006). How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behavior: A revised circumplex model. *Personality and Social Psychology Review*, 10(1), 67-86. doi: 10.1207/s15327957pspr1001\_4
- Kiesler, D. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90(3), 185-214. doi: 10.1037/0033-295x.90.3.185
- Kiesler, D. (1996). Contemporary interpersonal theory and research. Personality, psychopathology and psychotherapy. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M., & Barley, D. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work:*

- Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-32). New York: Oxford University Press.
- Lietaer, G. (1993). Authenticity, congruence and transparency. In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers* (pp. 17-46). London: Constable and Company
- Locke, K. (2011). Circumplex measures of interpersonal constructs. In L. Horowitz, & S. Strack (Eds.), *Handbook of interpersonal psychology. Theory, research, assessment and therapeutic interventions* (pp. 313-324). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19. doi: 10.1891/0889-8391.23.1.6
- Norcross, J., & Lambert, M. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 3-21). New York: Oxford University Press.
- Orford, J. (1986). The rules of interpersonal complementarity : does hostility beget hostility and dominance, submission? *Psychological Review*, 93, 365-377.
- Plutchik, R. (1997). The circumplex as a general model of the structure of emotions and personality. In R. Plutchik & H. R. Conte (Eds.), *Circumplex models of personality and emotions* (pp. 17-45). Washington: American Psychological Association
- Rogers, C. (1968). *Le développement de la personne* (E. L. Herbert, Trans.). Paris: Dunod. (Oeuvre originale publiée en 1961).
- Sadler, P., Ethier, N., & Woody, E. (2011). Interpersonal Complementarity. In L. Horowitz, & S. Strack (Eds.), *Handbook of interpersonal psychology. Theory, research, assessment and therapeutic interventions* (pp. 313-324). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Tracey, T. (2004). Levels of interpersonal complementarity: a simplex representation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1211-1225.
- Tracey, T., Sherry, P., & Albright, J. (1999). The interpersonal process of cognitive-behavioral therapy: an examination of complementarity over the course of treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 80-91.
- Wiggins, J. (1979). A psychological taxonomy of trait-descriptive terms: The interpersonal domain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(3), 395-412. doi: 10.1037/0022-3514.37.3.395
- Wiggins, J. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In P. C. Kendall & J. N. Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 183-221). New-York: Wiley
- Wiggins, J. (1995). *Interpersonal adjective scales – Professional manual*. Lutz: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Zech, E., Ryckebosch-Dayez, A.-S., & Delespau, E. (2010). Improving the efficacy of intervention for bereaved individuals: Toward a process-focused psychotherapeutic perspective. *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 103-124.