

Université de Montréal

L'alliance thérapeutique et les caractéristiques  
des couples et des conjoints dans le traitement  
de couples en détresse

par  
Salima Mamodhoussen

Département de psychologie  
Faculté des arts et sciences

Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Ph.D.  
en psychologie  
option psychologie clinique, recherche et intervention

Juillet 2004

© Salima Mamodhoussen





## **AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

## **NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

## **IDENTIFICATION DU JURY**

Université de Montréal  
Faculté des Études Supérieures

Cette thèse intitulée :

L'alliance thérapeutique et les caractéristiques  
des couples et des conjoints dans le traitement  
de couples en détresse

présentée par :

Salima Mamodhousen

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Mireille Cyr, Ph.D.  
Président-rapporteur

John Wright, Ph.D.  
Directeur de recherche

Francine Cyr, Ph.D.  
Membre du jury

Claude Bélanger, Ph.D.  
Examineur externe

Gilles Rondeau, Ph.D.  
Représentant du doyen de la FES

## RÉSUMÉ EN FRANÇAIS

Durant les dernières années, de nombreux chercheurs se sont tournés vers le rôle de l'alliance thérapeutique dans les gains associés à la psychothérapie. L'objectif principal de cette thèse était d'accroître les connaissances sur les facteurs qui pourraient influencer la formation de l'alliance thérapeutique dans la thérapie conjugale. Pour ce faire, nous avons d'abord examiné les qualités psychométriques d'un questionnaire permettant de mesurer la perception de l'alliance thérapeutique du point de vue des conjoints. Nous avons ensuite examiné les facteurs susceptibles d'influencer la formation de l'alliance thérapeutique. Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à l'impact de la détresse psychologique et conjugale sur l'alliance après trois rencontres de thérapie. Les résultats ont démontré que la détresse conjugale a un impact sur la qualité de l'alliance, ainsi que sur la similitude dans les perceptions de l'alliance des conjoints. La détresse psychologique n'a eu d'impact que sur la similitude dans les perceptions d'alliance. Dans un deuxième temps, nous avons examiné l'impact de différents types de problèmes interpersonnels sur la formation de l'alliance thérapeutique aux troisièmes et sixièmes rencontres de thérapie. Les résultats indiquent que la tendance des hommes à se décrire comme peu affirmatifs et trop accommodants prédit la qualité de leur alliance à la troisième rencontre et aux troisième et sixième rencontres respectivement. Plus encore, leur tendance à trop se sacrifier pour les autres prédit la qualité de l'alliance chez les femmes à la sixième rencontre. Par ailleurs, certaines difficultés interpersonnelles chez les

conjointes prédisent également la dissimilitude dans leurs perceptions de l'alliance. Enfin, nous avons comparé l'alliance thérapeutique à deux moments durant la thérapie conjugale. Nous avons trouvé que les individus perçoivent généralement l'alliance thérapeutique de manière très positive et que la qualité de l'alliance ne diffère pas significativement entre les rencontres trois et six. De plus, nous avons remarqué une augmentation dans l'écart de la dissimilitude des perceptions d'alliance entre les conjoints de la troisième à la sixième rencontre. Les limites méthodologiques de la thèse, les implications cliniques de ces résultats et des pistes de recherche futures sont discutées.

**MOTS CLÉS :**

couples, thérapie conjugale, alliance thérapeutique, processus thérapeutique

## RÉSUMÉ EN ANGLAIS

In recent years, many authors have shown interest in the role of therapeutic alliance on the positive changes in clients that are associated to psychotherapy. The main objective of this thesis was to expand the knowledge on the factors that can impact on the formation of therapeutic alliance in couple therapy. In order to do so, we first examined the psychometric properties of a questionnaire designed to measure spouses' perceptions of alliance. We then examined several factors susceptible of impacting on the therapeutic alliance. First, we verified the impact of psychological and marital distress on alliance after the third therapy session. Results indicate that marital distress predicted alliance strength as well as the concordance between the alliance perceptions of spouses. Psychological distress was found to be associated only to the concordance of alliance perceptions between spouses. Then, we investigated the impact of different interpersonal problems on the therapeutic alliance at the third and sixth sessions. Results suggests that men's tendency to describe themselves as non assertive and overly accommodating predicts their alliance at the third session. Moreover, their tendency to describe themselves as non assertive and cold predicted their alliance at session six, while their tendency to be self-sacrificing predicted women's alliance at session six. Furthermore, dimensions of interpersonal problems in men and women predicted their tendency to have dissimilar perceptions of alliance. Finally, we compared alliance scores at two different times during therapy. We found that men and women generally perceive the therapeutic alliance in a positive

manner and that alliance scores do not differ significantly from session three to session six. Furthermore, we observed an increase in the differences in spouses' perceptions regarding the alliance from the third to the sixth session.

Methodological limitations, clinical implications, and directions for future research are discussed.

**KEY WORDS:**

couples, couple therapy, therapeutic alliance, therapeutic process



## TABLE DES MATIÈRES

Identification du jury	ii
Résumé en français	iii
Résumé en anglais	v
Table des matières	vii
Liste des tableaux	x
Liste des figures	xi
Remerciements	xii
Avant-propos	xiii
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<hr/>	
1. L'importance des services de consultation conjugale au Québec et en Amérique du Nord	2
2. L'état des connaissances sur l'efficacité de la thérapie conjugale	3
3. L'alliance thérapeutique	11
3.1. L'émergence du concept à travers différentes approches thérapeutiques	11
3.1.1. L'alliance dans l'approche psychanalytique	11
3.1.2. L'alliance dans l'approche humaniste	13
3.1.3. L'alliance dans l'approche cognitive comportementale	14
3.2. L'alliance thérapeutique : une définition panthéorique	16
3.3. L'alliance thérapeutique : une définition différentielle	19
3.4. L'alliance thérapeutique dans la thérapie conjugale	22
4. Les résultats de recherche	28
5. Les objectifs de la thèse	44
Références	48

**CHAPITRE PREMIER :****IMPACT OF MARITAL AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS ON  
THERAPEUTIC ALLIANCE IN COUPLES UNDERGOING COUPLE  
THERAPY**

59

---

Abstract	61
Introduction	62
Method	65
Results	70
Discussion	75
References	82
Tables	87

**CHAPITRE SECOND****INTERPERSONAL PROBLEMS AND THERAPEUTIC ALLIANCE IN  
COUPLES SEEKING THERAPY**

90

---

Abstract	93
Introduction	94
Method	97
Results	105
Discussion	110
References	118
Footnote	124
Tables	125

**DISCUSSION GÉNÉRALE**

128

---

1. Retour sur les résultats en lien avec les objectifs de la thèse	129
2. Autres résultats intéressants	132
2.1. <i>Portrait d'une sous-population clinique québécoise</i>	132
2.2. <i>Lien entre la détresse conjugale et les problèmes interpersonnels</i>	135
3. Discussion des résultats	136
3.1. <i>L'alliance thérapeutique, concept unidimensionnel ou multidimensionnel?</i>	136
3.2. <i>Les différences entre les hommes et les femmes dans la formation de l'alliance</i>	139
3.3. <i>Les difficultés interpersonnelles, l'insatisfaction conjugale et l'alliance thérapeutique : y a-t-il un facteur confondant?</i>	140
3.4. <i>Attrition et recherche clinique</i>	142
3.5. <i>Implications cliniques</i>	145
3.5.1. Pour créer une bonne alliance avec les deux conjoints, il faut tenir compte des différences de genre	147
3.5.2. Créer une bonne alliance avec un couple qui semble difficile à première vue ne l'est pas automatiquement	147
3.5.3. Faire une évaluation complète peut permettre d'anticiper certaines difficultés dans la formation et dans l'évolution de l'alliance thérapeutique	149
4. Limitations	150
4.1. Instrumentation	150
4.2. Hétérogénéité de la population	156
4.3. Étude des variables liées à l'intervention et à l'intervenant	159
5. Pistes de recherche	159
6. Conclusion	162
Références	164

## LISTE DES TABLEAUX

### **Introduction**

Table I

Recherches empiriques sur le lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie conjugale.	32
---	----

### **Chapitre Premier**

Table I : Distribution of Scores by Gender	87
--	----

Table II : Subscale Intercorrelations and Subscale-Full Scale Correlations for the CTAS-r	88
--	----

Table III : Summary of Simultaneous Multiple Regression Analysis for Variables Predicting Therapeutic Alliance Scores at the Third Session	89
--	----

### **Chapitre Second**

Table I : Distribution of Scores by Gender	125
--	-----

Table II : Multiple Regression Predicting Therapeutic Alliance at Session from Male IIP-32 Subscales Three	126
---	-----

Table III : Logistic Regression Predicting Split Alliances Alliance at Session Three from IIP-32 Subscales	127
---	-----

## LISTE DES FIGURES

### **Introduction**

Figure 1 : Schéma conceptuel de l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale	25
Figure 2 : Vignette clinique sur Marie et Christian	26
Figure 3 : L'alliance thérapeutique : un processus interactionnel complexe	27

## REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier tous les intervenants qui ont généreusement participé à cette recherche. Hélène, Gérald, John, Andrée, François, Mélanie, Nadine, Lise, Karine, Yannick et les stagiaires de la CUP, merci énormément! J'exprime également ma gratitude à l'égard de tous ceux qui ont collaboré de près ou de loin à cette thèse par leurs conseils judicieux et par leur soutien : Stéphane, Pierre, Geneviève, Céline et Annie. Merci mille fois... Vous avez toujours été très généreux avec moi et je l'apprécie énormément.

Il va sans dire que cette thèse n'aurait pu être réalisée sans le soutien infatigable de mon directeur de thèse, John Wright. Merci pour ta présence constante, pour tes encouragements, pour ta disponibilité et ta rapidité dans nos échanges, pour toutes les opportunités que m'as offertes et pour m'avoir tant appris. J'ai beaucoup aimé travailler avec toi pendant ces cinq années. Un gros merci à Nadine également qui m'a prit sous son aile lors de mon arrivée à l'Université de Montréal. J'ai adoré travailler en équipe avec toi et je me considère très chanceuse de t'avoir comme amie.

J'aimerais enfin remercier ceux qui sont le plus près de mon cœur. Un gros merci à mes parents et à ma grand-mère pour leurs encouragements constants et inconditionnels, pour tous les chocolats chauds et les petits plats congelés. Un gros merci également à Shaynil pour son aide si précieuse et à Sonia pour son appui continuel. Enfin, j'aimerai remercier mon amoureux, Benoît, qui a été une grande source de soutien pour moi. Ta présence, tes encouragements, tes rires, ta bonne humeur et tes petites gâteries m'ont permis de sourire tous les jours. Je l'apprécie fort comme les neutrons...

## AVANT-PROPOS

Cette thèse sous forme d'article contient quatre sections. En premier lieu, on retrouve une recension des écrits faits sur l'historique, la définition et la recherche sur l'alliance en thérapie conjugale. La deuxième section est composée d'un article scientifique intitulé « Impact of Marital and Psychological Distress on Therapeutic Alliance in Couples Undergoing Couple Therapy ». Cet article est présentement sous presse pour la revue *Journal of Marital and Family Therapy*. La troisième section de la thèse est constituée d'un article s'intitulant « Interpersonal Problems and Therapeutic Alliance in Couples Seeking Therapy ». Cet article est en révision pour la revue « *Psychotherapy Research* ». La dernière section, quant à elle, présente une réflexion critique sur l'ensemble de la démarche et des résultats de cette thèse.

## **INTRODUCTION**



## **1. L'importance des services de consultation conjugale au Québec et en Amérique du Nord**

La thérapie conjugale a connu un grand essor durant la dernière décennie, et ce tant au Québec qu'en Amérique du Nord. Cette augmentation n'est pas surprenante puisque la détresse au sein des relations intimes est reconnue comme un des motifs de consultation les plus fréquents en psychothérapie individuelle (Gurman, 2002). En 1985, on estimait aux États-Unis que plus de 55% des mariages se terminaient en divorce (Pinsof, 2002). Dans les années 1990, ce taux a légèrement baissé et se situait à environ 50% (Bégin, 2001; Johnson & Lebow, 2000). Aujourd'hui, on estime que le taux de divorce se situe à environ 43% aux États-Unis et à 37% au Canada (Johnson, 2003). S'il semble que le taux de divorce ait chuté depuis 20 ans, il ne faut toutefois pas oublier la grande proportion des unions de fait qui se terminent également par la séparation. Par ailleurs, le taux de divorce ne constitue pas le phénomène le plus alarmant. En effet, l'impact de la détresse psychologique associée aux conflits conjugaux sévères et chroniques, même si ces derniers n'aboutissent pas toujours à des ruptures, est très dévastateur et fort inquiétant pour les enfants (Cummings & Davies, 1994; Gurman, 2002; Owen & Cox, 1997) autant que pour les parents (Burman & Margolin, 1992; Halford, Bouma, Kelly & Young, 1999).

Alors que l'importance de la thérapie conjugale est de plus en plus reconnue au Québec et en Amérique du Nord, il s'impose d'examiner l'état des connaissances sur cette forme d'intervention. Cette brève revue sur l'efficacité de

la thérapie conjugale nous permettra par la suite d'amener le sujet principal de cette thèse.

## **2. L'état des connaissances sur l'efficacité de la thérapie conjugale**

Qu'est-ce qui constitue un traitement efficace? Cette question, qui a pourtant l'air simple à première vue, laisse plusieurs auteurs et intervenants perplexes. Traditionnellement, la thérapie de couple était considérée comme efficace lorsque les conjoints en sortaient satisfaits et sentaient que leur relation conjugale se portait mieux après la thérapie qu'avant celle-ci (Beaudry & Boisvert, 1988). Pourtant, l'amélioration de la relation entre deux partenaires n'est pas le seul but de la thérapie conjugale (Baucom, Shoham, Meuser, Daiuto, & Stickle, 1998).

Certains auteurs définissent l'intervention auprès du couple comme une forme d'aide donnée en réponse aux besoins d'un couple nécessitant une assistance externe. Ces couples sont aidés : 1) en améliorant leur relation conjugale ou 2) en favorisant une dissolution de leur relation avec le moins de dommages possibles, et 3) en maximisant le bien-être de chaque individu (Chambless & Hollon, 1998; Jacobson & Addis, 1993; Lebow & Gurman, 1995; Vansteenwegen, 1998). Cependant, dans les études empiriques traitant de la thérapie conjugale, cette position reste rare. Par exemple, Wright, Sabourin, Mamodhoussen & Mondor (en préparation) rapportent que sur 30 études s'intéressant à l'efficacité de la thérapie conjugale, seulement une mentionne le bien-être individuel comme un des objectifs de la thérapie (Montag & Wilson,

1992). En effet, les auteurs définissent généralement le succès de l'intervention par l'amélioration de la relation conjugale et mentionnent peu la dissolution ou le bien-être des individus (Wright et al., 2004).

Les différents objectifs de la thérapie rendent l'évaluation de son efficacité laborieuse, tout comme le fait que chaque individu puisse avoir une impression différente des progrès accomplis en thérapie (Mamodhousen & Wright, 2001). En effet, un conjoint peut juger que la thérapie a aidé son couple, tandis que l'autre peut trouver que celle-ci n'a apporté aucun changement. Par ailleurs, un intervenant pourrait également juger que la thérapie a contribué à améliorer le fonctionnement de chaque individu alors que les conjoints peuvent trouver que la thérapie n'a pas aidé leur relation (Mamodhousen & Wright, 2001). Pour faire face à ces difficultés dans l'évaluation de l'efficacité de l'intervention conjugale, certains chercheurs ont tenté de mesurer l'efficacité de la thérapie selon l'amélioration de la relation conjugale, l'amélioration du fonctionnement individuel et ce, en examinant la perspective des conjoints et du thérapeute. Par contre, très peu d'études ont examiné la possibilité qu'une séparation du couple puisse être bénéfique et donc un résultat positif de la démarche thérapeutique (Vansteenwegen, 1998; Whisman & Snyder, 1997).

Les recensions des écrits portant sur les recherches évaluatives dans le domaine du couple (ex: Lebow & Gurman, 1995; Pinsof & Wynne, 1995b; Sexton, Alexander & Mease, 2004) et les méta-analyses (Dunn & Schwebel, 1995; Shadish & Baldwin, 2003; Shadish, Montgomery, Wilson, Wilson, Bright, & Okwumabua, 1993; Shadish, Ragsdale, Glaser & Montgomery, 1995) montrent

que, à première vue, les thérapies conjugales semblent efficaces et ce, indépendamment de la population ou des troubles présents chez les partenaires (Pinsof, Wynne, & Hambright, 1996). Ainsi, différentes méta-analyses ont produit des effets de magnitude variant de  $d=.51$  à  $d=.73$  (Dunn & Schwebel, 1995; Shadish et al., 1995) en comparant des individus recevant une intervention de couple à ceux n'en recevant aucune. Cette efficacité a été démontrée tant par l'amélioration de la satisfaction du couple, que par l'amélioration de la communication ou des comportements de résolution de problème (Jacobson & Addis, 1993; Lebow & Gurman, 1995; Shadish & al., 1995).

De plus, de nombreux chercheurs ont conclu que la thérapie de couple s'avère efficace pour certaines problématiques individuelles, telles les abus de substance, la violence verbale et la dépression chez la femme (Coté et Wright, 2004; Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling & Salusky, 1991; Pinsof et al., 1996; Sandberg et al., 1997; Sexton, Alexander & Mease, 2004). Pinsof et al. (1996) ajoutent également que la thérapie conjugale, en plus d'être supérieure à l'absence d'un traitement, semble supérieure à la thérapie individuelle, la thérapie de groupe et la médication pour traiter les femmes non hospitalisées souffrant de dépression unipolaire et étant également affectées de détresse maritale. De même, Halford & Bouma (1997) indiquent que les femmes affligées de problèmes maritaux en plus d'une dépression répondent souvent mieux à une thérapie conjugale qu'à une thérapie individuelle. Ces résultats démontrent que la thérapie conjugale pourrait, dans certains cas, être un traitement de choix pour les couples dont l'un des conjoints a des difficultés psychologiques.

Malgré ces résultats, le taux d'efficacité réel de la thérapie conjugale suscite beaucoup de débats (ex: Sexton et al., 2004). En effet, il n'est pas seulement question de savoir si la thérapie conjugale amène des résultats positifs, mais également de savoir quelle est l'ampleur et la signification de ces résultats. La majorité des chercheurs s'entendent pour dire que la thérapie conjugale amène, dans une grande proportion des cas, une amélioration de la relation conjugale. Cette amélioration est-elle, cependant, significative? La conclusion de nombreux auteurs ayant produit des relevés de littérature et des méta-analyses sur le sujet, est que même parmi les traitements jugés les plus efficaces, moins de la moitié des couples ont des améliorations cliniques significatives (Gurman, 2002). En d'autres mots, moins de la moitié des couples ont une amélioration clinique qui se traduit par un changement de "perturbé conjugalement" à "non perturbé conjugalement" après avoir suivi une thérapie conjugale (Sexton et al., 2004). Ce taux semble d'ailleurs assez uniforme parmi diverses études (Wesley & Waring, 1996) et semble similaire ou quelque peu inférieur à celui obtenu avec d'autres modalités de traitement telles la thérapie individuelle ou de groupe (Sexton et al., 2004).

Certaines limites importantes dans les études actuelles peuvent également nous éclairer sur les gains thérapeutiques associés à la thérapie conjugale. Tel que mentionné plus haut, peu d'études ont envisagé la séparation des conjoints comme un résultat positif de la thérapie conjugale (Vansteenwegen, 1998; Whisman & Snyder, 1997). Or, plusieurs cliniciens mentionnent qu'un bon nombre de leurs clients décident en cours de route qu'une séparation à l'amiable serait préférable qu'une union en dents de scie. Plusieurs chercheurs dans le domaine des relations

conjugales soulèvent d'ailleurs les conséquences néfastes de la détresse associée aux conflits conjugaux pour valider cet argument. Malgré cela, les études d'efficacité en thérapie conjugale comptent les couples qui ont décidé de se séparer à l'amiable dans le cadre de leur thérapie conjugale comme un échec thérapeutique, et ce sans s'attarder à l'augmentation du bien-être individuel des conjoints qui peut en suivre (Wright et al., 2004). Par ailleurs, certains couples décident de rester ensemble, mais ne semblent pas s'améliorer lorsqu'on regarde leurs résultats sur des échelles de satisfaction conjugale. Vansteenwegen (1998) suggère que certains couples puissent avoir des difficultés similaires au début et à la fin de la thérapie, mais avoir fait un cheminement réellement positif par l'augmentation de leur tolérance face à leur conjoint.

Enfin, la durée des progrès thérapeutiques obtenus en thérapie conjugale reste très peu étudiée et connue (Sexton et al., 2004). Seulement quelques études incluent des échelles pour mesurer les progrès thérapeutiques après la fin de la thérapie conjugale. Les quelques études qui l'ont fait semblent indiquer que les effets de la thérapie conjugale se détériorent de manière significative après une période de six mois (Christensen & Heavey, 1999). Une étude faite par Hahlweg & Klann (1997) en Allemagne indique également que jusqu'à 10% des couples suivis en thérapie conjugale se considèrent dans un état pire après la fin de leur thérapie conjugale qu'avant le début de celle-ci.

Plusieurs auteurs ont récemment souligné que la grande majorité des recherches évaluatives effectuées dans le domaine de la thérapie conjugale sont des recherches d'efficacité (Sexton et al., 2004; Shadish, et al., 1995), c'est-à-dire

des recherches en laboratoire clinique où le cadre est contrôlé, se concentrant sur un trouble ou une population spécifique, avec une distribution aléatoire des participants et s'appuyant sur des manuels de traitements ainsi que des mesures pré-post standardisées. Ces recherches ont l'avantage de faire ressortir le degré selon lequel certaines procédures diagnostiques et thérapeutiques peuvent être supportées par des preuves scientifiques de leur utilité dans le cadre de conditions optimales (Hersen, Kazdin, & Bellack, 1991). Par contre, ces recherches ne nous informent pas sur ce qui se passe dans un environnement clinique réel, où la population n'est pas homogène et où les cas que traitent les thérapeutes peuvent se montrer beaucoup plus ardues que dans un environnement clinique plus contrôlé (Shadish et al., 1995). En effet, tel que mentionné par Johnson et Lebow (2000) ainsi que par Markman, Halford et Cordova (1997), les clients souffrent souvent de problèmes multiples. Pourtant, les couples souffrant de plusieurs problèmes sont fréquemment exclus des protocoles de recherches dans les études d'efficacité. Les recherches en environnement clinique réel, qu'on appelle recherche "d'efficacité" sont d'autant plus importantes qu'elles vont permettre d'examiner la validité écologique d'interventions empiriquement validées en laboratoire (Pinsof et al., 1996; Sexton et al., 2004, Wright et al., 2004).

Malgré les limites méthodologiques des études portant sur l'évaluation des thérapies conjugales, il est possible de conclure que la thérapie conjugale apporte des améliorations thérapeutiques chez un nombre substantiel de couples. Jusqu'à quel point les thérapies conjugales sont efficaces, cependant, reste encore à éclaircir. Plus encore, les critères d'efficacité de la thérapie conjugale sont à revoir.

En effet, un couple a-t-il bénéficié de la thérapie seulement quand les conjoints n'éprouvent plus de détresse conjugale, ou ce critère est-il trop sévère? Dans cette optique, plusieurs auteurs insistent sur la nécessité d'entreprendre des études s'intéressant non seulement à l'efficacité de la thérapie, mais également au processus de changement durant la thérapie (Johnson & Lebow, 2000; Shadish, et al., 1995). Ainsi, il est indispensable d'étudier les variables médiatrices (quel mécanisme peut expliquer le fonctionnement du traitement) et modératrices (sous quelles conditions le traitement marche mieux ou moins bien?), et non seulement les effets principaux des variables (est-ce que le traitement apporte des gains thérapeutiques?) (Shadish et al., 1995). Cela permettrait aux chercheurs et cliniciens de comprendre et d'implanter certaines variables clés associées au processus de changement des couples dans leurs manuels de traitement, de manière à augmenter les gains associés à la thérapie conjugale.

Cela devient d'autant plus important que les données accumulées jusqu'à présent sur la thérapie conjugale ne permettent pas d'affirmer la supériorité d'un ou de plusieurs types de psychothérapie conjugale (Chambless & Hollon 1998; Dunn & Schwebel, 1995; Gurman, 2002; Shadish & Baldwin, 2003). Les interventions les mieux étudiées jusqu'à ce jour, soit la thérapie conjugale comportementale cognitive et la thérapie conjugale centrée sur les émotions, montrent toutes deux des résultats supérieurs à la condition "absence de traitement" (Sexton, 2004; Shadish et al., 1993). Par contre, aucune différence n'a été observée entre ces deux types de thérapie lorsque l'on mesure les changements comportementaux des couples à la fin de la thérapie ou au suivi (Dunn &



Schwebel, 1995). Par ailleurs, une différence favorisant la thérapie centrée sur les émotions par rapport à la thérapie conjugale cognitive comportementale a été trouvée au niveau de la qualité de la relation lorsqu'on mesure celle-ci à la fin de la thérapie, mais cette différence semble disparaître au suivi (Dunne & Schwebel, 1995). Gurman (2002) suggère que les différences trouvées entre ces traitements n'ont pas encore été répliquées de manière adéquate et donc s'avèrent peu fiables pour le moment.

Étant donné la difficulté méthodologique à conclure qu'aucune différence n'existe entre différents types de traitements, plusieurs auteurs ont entrepris des recherches sur les variables qui seraient les plus susceptibles d'expliquer les changements des clients qui s'observent après l'intervention. Ainsi, à la place de sonder « quel traitement permet l'amélioration des couples? », plusieurs auteurs ont commencé à explorer « quel facteur dans la thérapie conjugale explique l'amélioration des couples? ». Ces auteurs se sont donc tournés vers trois catégories de variables, soit les caractéristiques communes à plusieurs types d'intervention (ex : alliance thérapeutique), les caractéristiques liées au thérapeute (ex : expérience) et les caractéristiques liées aux clients (ex : niveau de détresse).

Une des variables qui a été examinée dans cette quête est l'alliance thérapeutique. Les sections suivantes, qui détailleront l'origine du concept d'alliance thérapeutique, sa définition, ainsi que l'ensemble des études s'y étant intéressé, permettront de dresser un portrait de son importance. De plus, elles introduiront les questions de recherche sur lesquelles portent la série d'études qui seront présentées plus loin.

### 3. L'alliance thérapeutique

#### 3.1. *L'émergence du concept à travers différentes approches thérapeutiques*

Au début du 20<sup>e</sup> siècle et durant de nombreuses décennies, les psychanalystes furent parmi les seuls à tenter de décrire et d'expliquer ce qu'on appelle aujourd'hui "l'alliance thérapeutique". Pourtant, vers les années 1950, des théoriciens d'approches différentes commencèrent peu à peu à s'y intéresser. La section suivante retrace sommairement l'émergence du concept d'alliance thérapeutique à travers différentes écoles de pensée en psychologie.

##### 3.1.1. L'alliance dans l'approche psychanalytique

Le concept d'alliance thérapeutique prend racine dans la théorie psychanalytique de Freud (1913). En effet, ce dernier décrivait l'alliance comme un aspect positif du transfert du client qui amène (motive) celui-ci à se joindre dans le travail d'analyse. Dans ce cadre, Freud recommandait à l'analyste d'avoir un intérêt réel et une compréhension sympathique à l'égard du client. Plus tard, Freud (1915) ajouta que l'analyste devait aussi être véridique et neutre face au client. Selon lui, ces comportements face au transfert du client pouvaient contribuer à créer une "atmosphère analytique" qui favoriserait le traitement. Le concept d'alliance fut par la suite développé et retravaillé par d'autres auteurs de tradition analytique, dont Sterba (1934), Zetzel (1956) et Greenson (1965, 1967).

Durant les années 30, Sterba (1934) décrivait le terme "ego alliance". Sa formulation mettait plus d'emphasis sur la raison et la réalité que celle de Freud. Ainsi, la partie du "moi" du client qui était en accord avec la réalité pouvait entrer

dans une alliance avec l'analyste. En 1956, Zetzel utilisait pour la première fois le terme "alliance thérapeutique". Son concept faisait référence à la relation entre l'analyste et le patient, qui amenait une atmosphère d'acceptation, de compréhension et de sécurité. De plus, ce concept mettait en relief l'aspect mutuel et réciproque du développement de l'alliance. L'alliance thérapeutique faisait partie de transfert, mais était influencée par le contre-transfert de l'analyste. En 1965, Greenson décrivait le concept "d'alliance de travail". Il considérait qu'on pouvait parler d'alliance de travail lorsque le patient consentait à participer pleinement à la psychanalyse et lorsqu'il était capable de travailler sur les réalisations pénibles pouvant surgir de cet exercice (Greenson, 1967). D'après Greenson (1967), l'alliance de travail contenait certains éléments névrotiques qui requiéraient parfois une analyse. Ainsi, l'alliance et le transfert semblaient confondus. Alors que le concept de Zetzel mettait l'accent sur l'aspect relationnel de l'alliance, celui de Greenson soulignait la collaboration du patient à l'analyse. Ainsi, le concept d'alliance de travail était séquentiel et rendu possible par l'alliance thérapeutique.

À travers les théories de Sterba, Zetzel et Greenson, on remarque que la différence entre alliance, transfert, relation thérapeutique est souvent floue. Par contre, il est possible de retrouver dans leurs théories l'essentiel des définitions actuelles de l'alliance thérapeutique: l'interaction entre le client et son thérapeute, le lien émotif qui se crée entre eux, la perception de ce lien, l'accord du client par rapport aux tâches proposées en thérapie. Le concept d'alliance et ses implications pour la théorie et la pratique psychanalytique a soulevé de nombreux débats au

sein de la littérature analytique; Brenner (1979), Gelso & Carter (1985) et Meissner (1997), entre autres, en font une description détaillée.

Durant les années 1970, Luborsky (1976, 1984) se démarque par son concept “d’alliance aidante”. Ce concept rassemble plusieurs éléments des théories psychanalytiques déjà existantes. Il le définit par deux axes : le premier axe est caractérisé par le sentiment du patient d’être aidé et supporté par le thérapeute, alors que le second axe est basé sur le sentiment qu’a le patient de travailler ensemble, de coopérer et de faire front commun avec le thérapeute face à ses difficultés (Luborsky, 1976). Cette définition claire donnera lieu à de nombreuses études sur l’alliance (ex: Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983; Luborsky, McLellan, Woody, O’Brien, & Auerbach, 1985).

### 3.1.2. L’alliance dans l’approche humaniste

Durant les années 1950, Rogers amena une nouvelle perspective dans l’étude des facteurs “non spécifiques” en thérapie. Sa théorie s’attardait moins aux comportements du patient que celle de Greenson et explicitait plutôt le potentiel guérisseur de la relation thérapeutique. Rogers (1951, 1957), en particulier, croyait que l’habileté du thérapeute à être empathique, congruent et à transmettre une acceptation inconditionnelle était nécessaire et suffisante pour produire des changements psychologiques et comportementaux chez le client. Selon lui, il était primordial de nourrir et de favoriser la relation thérapeutique, et ce peu importe le degré d’influence du transfert du client sur son attachement au thérapeute (Kozart,

2002). Rogers contribua de manière importante à l'étude des facteurs non spécifiques en tentant de valider empiriquement ses hypothèses à l'aide de techniques permettant la quantification de la relation thérapeutique (Horvath, 1994). Ainsi, il utilisa des techniques comme l'enregistrement audio pour arriver à détailler ce qui passait durant les séances thérapeutiques.

La théorie de Rogers met l'emphase sur une des composantes cruciales de l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire le lien affectif entre le client et le thérapeute. Plus encore, elle propose des stratégies que les thérapeutes devraient adopter pour favoriser ce lien. Alors que Rogers a contribué grandement à l'évolution du concept d'alliance thérapeutique et que sa théorie a donné lieu à de nombreuses études (ex: Rogers, Gendlin, Kiesler, & Truax, 1967), il importe de mentionner que celle-ci, par contre, distinguait peu entre l'alliance thérapeutique et la relation thérapeutique.

### 3.1.3. L'alliance dans l'approche cognitive comportementale

L'approche cognitive comportementale a traditionnellement placé beaucoup plus d'emphase sur les techniques thérapeutiques que sur l'alliance thérapeutique dans la thérapie. Pourtant, vers les années 1970, certains auteurs d'approche cognitive comportementale soulignaient l'importance du lien client-thérapeute. Ils voyaient le lien entre le client et le thérapeute comme un pré-requis nécessaire à l'application de techniques thérapeutiques spécifiques (ex: Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Goldfried & Davidson, 1976). Ainsi, Beck et ses collaborateurs (1979) mettent en garde les thérapeutes de ne pas oublier

l'importance de la relation thérapeutique lors de l'application des diverses techniques thérapeutiques, car une application rigide et automatique de ces techniques ne servirait qu'à faire apparaître le thérapeute comme un "robot".

Beck et ses collègues (1979) décrivent la relation de collaboration qui existe entre le client et le thérapeute comme une relation de collaboration où les deux parties travaillent dans une même équipe (Raue & Goldfried, 1994). Ils considèrent toutefois ce lien comme essentiel au succès thérapeutique, mais non suffisant. Dans l'approche cognitive comportementale, le lien de collaboration entre le client et le thérapeute sert plusieurs fonctions (Goldfried & Davison, 1976; Wilson & Evans, 1977; Raue & Goldfried, 1994). En premier, il permet au thérapeute de promouvoir des attentes positives de la part du client et de l'amener à considérer des changements thérapeutiques. Deuxièmement, la force du lien de collaboration permet d'augmenter le potentiel renforçant du thérapeute. De plus, elle permet d'influencer le client en le rendant plus susceptible d'apprendre par voie de "modeling", c'est-à-dire en reproduisant certains comportements adaptatifs démontrés par le thérapeute (ex: affirmation de soi). Enfin, le lien de collaboration permet également de contrer la résistance du client, c'est-à-dire les comportements et attitudes exhibés par celui-ci et nuisant au processus thérapeutique (Goldfried & Davison, 1976; Raue & Goldfried, 1994; Wilson & Evans, 1977).

On retrouve, dans la théorie cognitive comportementale, les trois éléments clés du concept d'alliance thérapeutique : le *lien de collaboration* qui existe entre le client et le thérapeute, l'équipe formée par le client et le thérapeute qui permet d'être *d'accord sur la direction de la thérapie* ainsi que sur le *travail en thérapie*.

Cette théorie, traditionnellement, n'aborde pas l'aspect réel versus transférentiel du lien thérapeutique. Gelso & Carter discutent toutefois cet aspect de l'alliance thérapeutique dans les années 1980. Leur théorie sera présentée plus loin dans la section 4.

### 3.2. *L'alliance thérapeutique : une définition panthéorique*

De tous les écrits portant sur l'alliance thérapeutique, ce sont ceux de Bordin (1979, 1994) qui ont été les plus influents et qui ont le plus contribué au foisonnement de la recherche dans ce domaine (Kivlighan & Shaughnessy, 1995). En effet, dans une série d'articles innovateurs, celui-ci propose une définition panthéorique et opérationnelle de l'alliance thérapeutique.

Bordin (1979) définit l'alliance thérapeutique comme un processus de collaboration entre le thérapeute et le patient, qui implique trois composantes indépendantes. La première composante est l'entente quant aux objectifs implicites ou explicites de la thérapie ou aux résultats qui sont désirés (ex: diminution de l'anxiété au travail). La deuxième réfère à l'accord quant aux tâches nécessaires à la réalisation des objectifs visés, c'est-à-dire le travail à l'intérieur de la thérapie (ex: exploration des croyances liées à certains aspects du travail) et à l'extérieur de la thérapie (ex: exercice d'auto-observation). Enfin, la troisième composante est le lien émotif qui se forme entre le thérapeute et le client et qui implique des sentiments mutuels de confiance et d'acceptation. Dans cette définition, on remarque que l'alliance thérapeutique est considérée comme un processus interactif et dyadique.

D'après cet auteur, les trois composantes de l'alliance thérapeutique sont présentes dans toutes les formes de thérapie mais à des degrés parfois différents. Dans la thérapie cognitive comportementale, par exemple, le degré élevé d'activité du thérapeute dans l'application de certaines techniques (ex: restructuration cognitive, désensibilisation, modeling, jeux de rôles) (Arnkoff, 2000) peut rendre la composante "accord par rapport aux tâches" particulièrement proéminente. Arnkoff (2000) note d'ailleurs que dans cette forme de thérapie, les thérapeutes pourraient avoir un accord plus explicite avec leurs clients quant aux tâches et objectifs de la thérapie que dans le cadre d'autres formes de thérapie.

Par ailleurs, Bordin (1994) émet également des hypothèses sur la manière dont l'alliance thérapeutique augmente l'efficacité de la thérapie. Selon lui, l'alliance thérapeutique n'est pas en soi curative, mais rend plutôt possible l'acceptation et l'adhérence du client au traitement qui lui est offert. Ainsi, l'alliance thérapeutique est nécessaire, mais non suffisante au succès de l'intervention. Bordin (1994) clarifie également la relation entre l'alliance thérapeutique et les techniques thérapeutiques. Il explique que ces deux aspects sont en fait symbiotiques, c'est-à-dire que le développement de l'un est nécessaire et facilite le développement de l'autre et vice versa. Ainsi, lorsqu'un thérapeute établit une bonne alliance thérapeutique avec un client, cela facilite pour lui l'utilisation de diverses techniques pour aider le client. De plus, lorsqu'un thérapeute introduit une méthodologie adéquate dans son travail avec un client, cela favorise également la création et le maintien d'une bonne alliance thérapeutique entre les deux.



La définition de l'alliance thérapeutique de Bordin (1979) n'est pas statique. En effet, celui-ci considère que l'alliance thérapeutique se développe et varie dans le temps. Bordin (1994) identifie deux types de ruptures dans l'alliance thérapeutique : 1) les ruptures qui apparaissent avant qu'une alliance thérapeutique adéquate se soit développée, ainsi que 2) les ruptures qui apparaissent après qu'une alliance thérapeutique adéquate se soit formée avec le client. Selon lui, il est primordial de faire cette distinction lorsque l'on discute des ruptures. Dans le premier cas, il est possible que les ruptures soient en fait le reflet des hauts et des bas dans l'établissement initial de l'alliance thérapeutique. Ces hauts et bas sont plus probables lorsque l'on fait face à des clients très hypothéqués au niveau de leur capacité à former de saines relations (Bordin, 1994). Inversement, Bordin (1994) postule que la formation de l'alliance thérapeutique inclut peu de hauts et bas et est habituellement atteinte à l'intérieur d'une première séance avec des clients présentant un niveau faible ou modéré de difficultés névrotiques. Dans le deuxième cas, on peut considérer les ruptures dans l'alliance thérapeutique comme l'expression des schémas dysfonctionnels du client. Ces ruptures peuvent mener à des "moments de vérité" dans le processus de changement, c'est-à-dire que le client fait alors face à un choix entre les sentiments, les habitudes, les comportements conflictuels du passé et entre les nouvelles manières que lui propose le thérapeute. Safran et ses collègues (1990) ont ajouté à la théorie de Bordin en soulignant également les comportements du thérapeute qui peuvent donner lieu à des ruptures. Ceux-ci proposent également différentes manières de réparer les ruptures dans l'alliance (Safran, Crocker, McMain & Munay, 1990).

Dans une perspective intégrative, Gaston (1990) proposa lui aussi une définition de l'alliance thérapeutique qui comprenait quatre dimensions et qui s'inspirait de la définition de Bordin (1979): a) la capacité du patient à travailler en thérapie; b) le lien affectif qui unit le patient et le thérapeute; c) l'empathie et l'investissement du thérapeute face au patient; d) l'entente entre le patient et le thérapeute sur les buts et les tâches relatives à la thérapie. Cette définition diffère de celle de Bordin par la composante "capacité du patient à travailler en thérapie". En effet, Bordin croyait au contraire que l'établissement de l'alliance thérapeutique pouvait se faire malgré les limitations des clients, bien que celles-ci puissent constituer un obstacle et retarder la formation de l'alliance (Bordin, 1994). La définition de Gaston, quoique intéressante, ne généra pas autant d'écrits et de recherche que celle de Bordin.

### 3.3. *L'alliance thérapeutique : une définition différentielle*

Le concept d'alliance thérapeutique est souvent confondu avec d'autres concepts tels que la relation thérapeutique, le transfert et le contre-transfert. Gelso & Carter (1985, 1994), s'inspirant des travaux de Greenson (1967), ont écrit une série d'articles visant à clarifier la relation et les différences entre ces concepts. Ceux-ci ont mis de l'avant une théorie qui décrit la relation thérapeutique dans toutes les approches thérapeutiques. Ils expliquent que la relation thérapeutique comprend trois éléments, soit l'alliance thérapeutique telle que décrit par Bordin (1979), la relation de transfert, ainsi que la vraie relation. Gelso & Carter (1985) définissent la *relation thérapeutique* comme étant l'ensemble des sentiments et des

attitudes que les participants de la thérapie ont l'un pour l'autre, ainsi que la manière dont ceux-ci sont exprimés. Les trois composantes de la relation thérapeutique, décrites plus bas, sont présentes à divers degrés dans toutes les formes de thérapie.

Conformément à la théorie de Bordin (1979), Gelso & Carter (1994) voient *l'alliance thérapeutique* comme le lien de collaboration qui s'établit entre le client et le thérapeute, dans lequel on retrouve un lien émotionnel entre les participants ainsi qu'un certain accord sur les tâches et objectifs de la thérapie. La *relation de transfert*, selon Gelso & Carter (1994), se compose du transfert du client ainsi que du contre-transfert du thérapeute. Le transfert est défini par la répétition des conflits passés avec diverses figures dans la relation actuelle avec le thérapeute. En contrepartie, le contre-transfert est défini par le transfert du thérapeute envers le client, le thérapeute réagissant au matériel transférentiel et non transférentiel présenté par le client. D'après Gelso & Carter (1994), la relation de transfert est présente dans toutes les formes de thérapie et ce, dès le contact initial entre le client et le thérapeute. Enfin, Gelso & Carter (1994) définissent la *vraie relation* comme la dimension de la relation thérapeutique qui est essentiellement non transférentielle et indépendante du transfert. Gelso & Carter (1994) accordent volontiers que toute relation est, jusqu'à un certain point, influencée par la perception de celui qui est dans la relation. Par contre, ils postulent que la vraie relation doit exister dans une certaine proportion en contrepartie de la relation transférentielle qui représente une distorsion de la réalité. D'après eux, la vraie relation se compose de deux aspects: l'authenticité et les perceptions réalistes.

L'authenticité se définit par l'habileté et la volonté des participants d'être ouverts et honnêtes. Les perceptions réalistes, quant à elles, sont par définition non contaminées par le transfert et les défenses des participants.

D'après Gelso & Carter (1994), l'alliance thérapeutique, la relation de transfert et la vraie relation interagissent continuellement et s'influencent mutuellement. Le transfert peut, par exemple, influencer l'alliance thérapeutique de plusieurs manières. Si le client a une réaction transférentielle positive en début de thérapie, cela peut favoriser l'établissement de l'alliance thérapeutique entre celui-ci et son thérapeute. D'un autre côté, si le client a une réaction transférentielle négative au début de la thérapie, cela peut devenir un obstacle à l'établissement de l'alliance thérapeutique. D'après Bordin (1994), un thérapeute compétent doit être en mesure de faire face à cet obstacle et de créer une alliance adéquate avec le client, même si cela peut prendre quelques rencontres. Lorsque la relation transférentielle, qu'elle soit positive ou négative, est comprise et utilisée par le thérapeute pour faire progresser le client, l'alliance thérapeutique peut s'en trouver renforcée. La vraie relation, quant à elle, peut aussi influencer l'alliance thérapeutique mais de manière différente. En général, plus la vraie relation est positive, plus l'alliance thérapeutique sera forte et vice versa (Gelso & Carter, 1994). Au contraire, plus la vraie relation est négative, plus l'alliance thérapeutique sera faible et vice versa. L'alliance thérapeutique peut également influencer la vraie relation. En effet, lorsque le thérapeute et le client travaillent ensemble de manière positive, cela peut amener le client à avoir des sentiments réels positifs envers le thérapeute. De cette manière, lorsque des événements

négatifs surviennent en thérapie pour le client, ceux-ci peuvent être exprimés plus facilement au thérapeute. En d'autres mots, une forte alliance thérapeutique permet au thérapeute et au client d'exprimer des sentiments basés sur la vraie relation (Gelso & Carter, 1994).

Selon Gelso & Carter (1994), l'alliance thérapeutique est influencée par la relation de transfert et par la vraie relation et ces trois composantes peuvent même parfois se recouper. Par exemple, l'alliance thérapeutique peut être envahie par le transfert du client dans certaines circonstances, alors qu'à d'autres moments elle peut se recouper avec la vraie relation. Pourtant, l'alliance thérapeutique reste indépendante par ce que Gelso & Carter (1994) appellent le "mandat de l'alliance thérapeutique", c'est-à-dire la fonction de travail de l'alliance thérapeutique. De cette manière, le concept d'alliance thérapeutique reste plus précis et restreint que les concepts de vraie relation et de relation transférentielle.

### *3.4. L'alliance thérapeutique dans la thérapie conjugale*

Plusieurs cliniciens et chercheurs dans le domaine de la thérapie conjugale ont souligné l'importance de l'alliance thérapeutique entre le couple et le thérapeute (ex: Pinsof, 1995; Rait, 2000). De nombreux auteurs ont également émis des recommandations quant aux stratégies à employer pour faciliter le développement de l'alliance thérapeutique dans les rencontres de thérapie conjugale (ex: Broderick, 1993; Carpenter & Treacher, 1989; Crowe & Ridley, 1990; Patterson, Williams, Grauf-Grounds, & Chamow, 1998; Pinsof, 1995).

L'alliance thérapeutique décrite dans le contexte de l'intervention conjugale présente de nombreuses différences et particularités dû au fait que la relation n'implique plus seulement deux mais trois individus, soit le thérapeute et les conjoints. Ainsi, le thérapeute doit être en mesure de développer une alliance avec chacun des conjoints, en plus du couple lui-même (Bourgeois, Sabourin & Wright, 1990; Pinsof & Catherall, 1986). Il est donc important pour le thérapeute de travailler à deux niveaux: soit au niveau des conjoints en établissant une relation avec chacun des partenaires, sans prendre parti pour l'un ou l'autre des conjoints et en maintenant une relation équitable; ainsi qu'au niveau du couple en considérant les loyautés, les conflits et la dynamique interpersonnelle des conjoints formant un système. Malgré ces particularités, certains chercheurs étudiant l'alliance thérapeutique dans le contexte de la thérapie conjugale se sont contentés d'utiliser des définitions de l'alliance thérapeutique en thérapie individuelle (ex: Brown & O'Leary, 2000; Estrada & Holmes, 1999; Hampson, Prince & Beavers, 1999; Raytec, McCrady, Epstein & Hirsch, 1999).

Pinsof et Catherall (1986) ont été les premiers à développer une théorie clinique explicitant le rôle de l'alliance thérapeutique dans la thérapie conjugale en s'inspirant du modèle de Bordin (1979). Ils définissent l'alliance thérapeutique comme la somme des ententes, des accords et des liens qui se forment entre le thérapeute et le couple, ainsi qu'entre le thérapeute et chacun des conjoints. Ainsi, alors que la définition de base reste la même que celle de Bordin, c'est-à-dire qu'elle inclut les composantes de l'accord sur les objectifs de la thérapie, l'accord sur les tâches requises pour atteindre ces objectifs et le lien émotif, il s'y ajoute

une dimension interpersonnelle comprenant trois niveaux d'interactions: soi-thérapeute, conjoint-thérapeute et couple-thérapeute. Récemment, Pinsof (1995) a ajouté un autre niveau d'interaction dans sa dimension interpersonnelle pour tenir compte de l'alliance thérapeutique entre les deux conjoints, soit soi-autre.

Leur définition est systémique et considère que, peu importe le nombre de personnes impliquées dans la thérapie, l'alliance thérapeutique existe simultanément à différents niveaux entre et à l'intérieur des systèmes clients et thérapeutes (Pinsof & Catherall, 1986; Pinsof, 1995). Ainsi, dans le cas de la thérapie individuelle, l'alliance se développe entre le client (système client) et entre le thérapeute (système thérapeute). Dans le cas de la thérapie conjugale avec un seul thérapeute, l'alliance se développe entre le couple (système client) et le thérapeute (système thérapeute), entre les conjoints (système client) et le thérapeute (système thérapeute), ainsi qu'entre les conjoints (système client). De plus, dans les cas plus rares de co-thérapie, l'alliance se forme également à l'intérieur du système thérapeute, soit entre les deux thérapeutes.

On peut schématiser cette définition de l'alliance thérapeutique de la manière suivante :

**Figure 1 : Schéma conceptuel de l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale**

<i>Dimension interpersonnelle</i>	<i>Dimension de contenu</i>		
	Accord par rapport aux tâches	Accord par rapport aux objectifs	Lien
Soi-thérapeute			
Autre-thérapeute			
Couple-thérapeute			
Soi-autre			

Pinsolf et Catherall (1986) décrivent l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale comme un processus interactionnel complexe. D'après eux, la qualité de l'alliance thérapeutique se retrouve non seulement influencée par la somme des ententes, accords et liens entre un partenaire et le thérapeute, mais aussi par la perception que ce partenaire a de ces mêmes composantes dans la relation entre son conjoint et le thérapeute, entre le couple et le thérapeute, ainsi qu'entre les deux conjoints. De cette manière, la qualité de l'alliance thérapeutique formée entre un conjoint et un thérapeute sera en partie influencée par la perception qu'à ce même conjoint de l'alliance thérapeutique formée entre son partenaire et le thérapeute. D'autres auteurs soulignent également cette complexité (ex: Rait, 2000). Pour illustrer ce phénomène, référons-nous à la Figure 2.



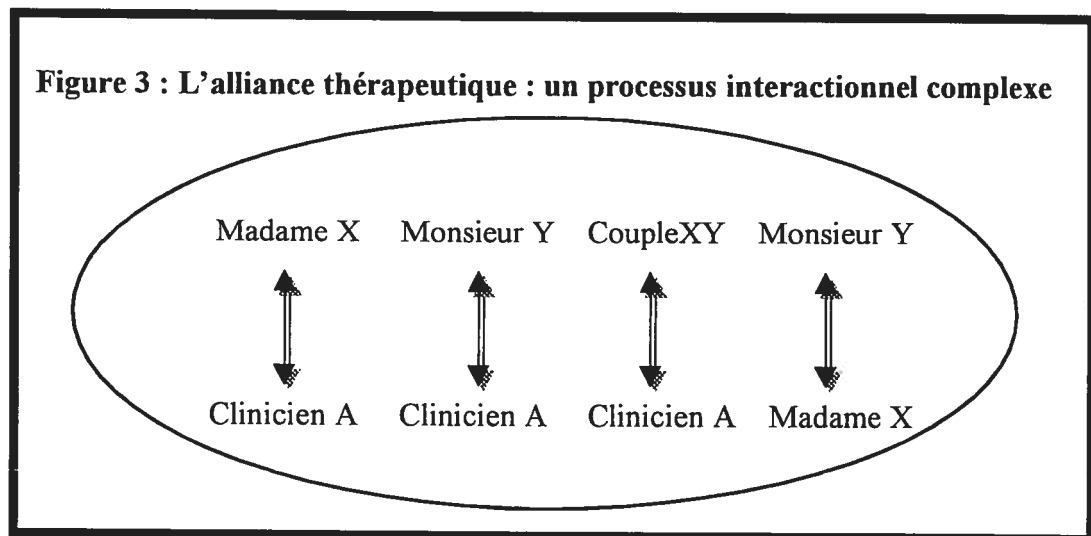
### Figure 2 - Vignette clinique sur Marie et Christian

Marie et Christian consultent en thérapie conjugale pour la première fois. En sortant de la première rencontre de thérapie, Marie a une bonne impression du thérapeute : elle s'est sentie comprise, a aimé sa manière de lui poser des questions, trouve qu'il a bien saisi ce qu'elle souhaite retirer de la thérapie. Lorsque qu'elle questionne Christian sur ce sujet, celui-ci soupire et roule ses yeux. Il ajoute également: "tu ne trouve pas qu'il n'arrêtait pas de redire tout ce que tu disais mais avec des mots différents? S'il fait cela à chaque rencontre, je ne vois pas en quoi cela va nous aider". La perception qu'a Marie du lien de collaboration qui existe entre elle et le thérapeute sera teintée non seulement par sa propre perception, mais également par celle de Christian.

La définition de Pinsof et Catherall (1986) est d'autant plus complexe qu'elle implique que les conjoints peuvent avoir une expérience parfois similaire et parfois différente de l'alliance thérapeutique. Lorsque les conjoints ont une perception similaire de l'alliance thérapeutique (positive-positive ou négative-négative), on peut dire que leur alliance est "intacte" (Pinsof, 1995). Au contraire, lorsqu'ils ont une perception différente de l'alliance (positive-négative), on considère qu'il y a une alliance "divisée" (split) (Pinsof, 1995). D'après Pinsof (1995), la thérapie conjugale peut être viable lorsqu'il y a une alliance divisée entre les conjoints, mais seulement sous certaines conditions. En premier, l'alliance la plus positive doit être formée avec le conjoint qui détient le plus de

pouvoir ou qui a le plus d'influence dans la relation. En deuxième, dans les cas où les deux conjoints ont un pouvoir décisionnel équivalent dans la relation, la force de l'alliance positive doit être supérieure à la force de l'alliance négative. Ainsi, si un conjoint perçoit l'alliance comme "très positive" et l'autre perçoit l'alliance comme "légèrement négative", la thérapie sera viable. Il est important de noter que jusqu'à ce jour, aucune étude n'a été menée pour vérifier ces deux hypothèses.

Le schéma suivant permet de décrire l'ensemble des relations dans l'établissement de l'alliance thérapeutique dans la thérapie conjugale.



D'après Pinsof et Catherall (1986), l'alliance thérapeutique est un phénomène dynamique. Ils considèrent, tout comme Bordin (1979), que l'alliance thérapeutique peut varier d'une rencontre à une autre, c'est-à-dire qu'il peut se produire des fluctuations et des réparations dans l'alliance. Pinsof (1995) considère d'ailleurs que, en général, une rupture dans l'alliance survient au moins une fois dans toute thérapie à moyen ou long terme, et ce peu importe l'intention ou la compétence du thérapeute. Cette rupture peut bénéficier à la thérapie, tout comme

elle peut contribuer à sa fin (Pinsof, 1995). Cela dépend, d'après Pinsof (1995) des caractéristiques et des comportements des patients et du thérapeute. Aucune étude à ce jour n'a cependant examiné les caractéristiques des couples et thérapeutes associées aux ruptures dans l'alliance.

La définition de Pinsof et Catherall (1986) étant la seule du domaine conjugal à avoir été explicitée de manière claire, elle sera utilisée tout au long de cette thèse lorsqu'il sera question de l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale. Cette définition a également donné lieu à la création de deux mesures d'alliance thérapeutiques qui seront décrites dans le deuxième chapitre de cette thèse.

#### **4. Les résultats de recherche**

La question qui a été la plus étudiée jusqu'à présent dans le domaine de l'alliance thérapeutique concerne le lien entre la qualité de l'alliance et le succès de la thérapie. Un bref résumé des résultats obtenus en thérapie individuelle en lien avec cette question et un examen plus détaillé des résultats obtenus en thérapie conjugale seront présentés dans cette section.

Un très grand nombre d'études en thérapie individuelle ont tenté d'examiner le lien entre la qualité de l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie individuelle. Afin d'arriver à clarifier les résultats de toutes ces études, Horvath & Symonds ont effectué en 1991 une méta-analyse. Les études sélectionnées devaient 1) référer au construit d'alliance en l'appelant *alliance thérapeutique*, *alliance de travail*, *alliance aidante*, *lien thérapeutique* ou simplement *alliance*; 2) inclure une mesure quantifiable de l'alliance thérapeutique

et des gains thérapeutiques; 3) être cliniques et non analogues; 4) avoir au moins cinq sujets; 5) étudier un traitement individuel et non conjugal, familial ou de groupe; 6) être présentées en anglais; 7) être disponibles entre l'année 1977 et 1991. À l'aide de ces critères, les auteurs ont pu retenir 24 études. Ceux-ci rapportent que le motif le plus fréquent d'exclusion des études était le manque de mesures quantifiables pour étudier le lien entre l'alliance et les résultats de la thérapie (Horvath & Symonds, 1991). Ainsi, Horvath & Symonds (1991) ont trouvé un effet de taille de .26 entre la qualité de l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie. En 2000, Martin, Garske & Davis ont effectué une autre méta-analyse en se basant sur les mêmes critères que Horvath & Symonds (1991). Les résultats de la méta-analyse, basés sur 79 études, ont révélé quant à eux un effet de taille de .22 entre la qualité de l'alliance et les résultats thérapeutiques. Un test d'homogénéité a donné une valeur  $Q$  de 57.89 ( $df = 67, p > .05$ ), indiquant que la corrélation entre la qualité de l'alliance et les résultats de la thérapie représente une population homogène. Ces résultats indiquent que la relation entre la qualité de l'alliance et les gains thérapeutiques en thérapie individuelle est modérée et constante.

Bien que plusieurs auteurs insistent sur l'importance de l'alliance thérapeutique sur le succès de la thérapie conjugale (ex: Patterson et al., 1997; Pinsof, 1995; Rait, 2000), peu de recherches ont tenté de démontrer le lien qui existe entre ces deux concepts. Certaines études rétrospectives ont été recensées qui examinent la perception des couples sur les facteurs ayant influencé le succès de leur thérapie conjugale, notamment sur des facteurs se rapprochant du concept

d'alliance thérapeutique. En 1988, Greenberg, James & Conry (1988) ont contacté pour une entrevue 21 couples qui avaient reçu une thérapie conjugale centrée sur les émotions quatre mois auparavant. Les couples ont décrit les événements spécifiques dans la thérapie qui avaient été aidants ou nuisibles. Les événements des couples ont ensuite servi à établir cinq catégories : le changement des perceptions interpersonnelles, l'expression des sentiments et des besoins, l'acquisition d'une nouvelle compréhension, la prise de responsabilité face aux changements, ainsi que la validation reçue. Ces catégories, d'après les auteurs, représentent les processus de changement à l'intérieur de la thérapie que les intervenants peuvent et devraient faciliter. Wark (1994) a reproduit un exercice similaire avec 5 couples suivant des thérapies d'orientation différente (expérientielle, axée sur la solution, structurale). Durant trois entrevues différentes à des moments différents de la thérapie, les couples ont décrit les moments aidants et nuisibles au processus thérapeutique. Les couples ont identifié six incidents aidants (résultats positifs durant la thérapie, bonne structure durant la thérapie, perspectives alternatives offertes par le thérapeute, thérapeute qui n'imposait pas une direction à la thérapie, thérapeute qui était directif, thérapeute qui créait un sens d'optimisme) et trois incidents nuisibles (pas de suivi en lien avec les exercices donnés, thérapeute qui imposait un jugement, aucune résolution de nos difficultés).

Les études mentionnées dans le paragraphe précédent, quoique pouvant nous aider à formuler des hypothèses sur le rôle de l'alliance auprès des clients d'après les événements décrits par ceux-ci (ex: validation, non-jugement, etc.),

nous informent peu sur la contribution réelle de l'alliance thérapeutique dans les gains thérapeutiques en thérapie conjugale. Estrada & Holmes (1999) ont utilisé une méthodologie astucieuse, permettant d'utiliser la perception des couples par rapport aux ingrédients efficaces et inefficaces de la thérapie, pour ensuite la contraster à l'efficacité de la thérapie telle que mesurée par un questionnaire validé. Mise à part cette étude, seulement huit autres études empiriques ont été recensées qui se penchent vers le lien entre l'alliance dans la thérapie conjugale et les gains thérapeutiques. Ces recherches sont compilées et résumées dans le tableau I.

**Table I**  
**Recherches empiriques sur le lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie conjugale**

Auteurs	Échantillon	Mesures d'alliance	Mesures des gains thérapeutiques	Résultats de recherche
Catherall (1984)	24 couples, suivi en thérapie conjugale d'une durée variable	<p>1) Couple Therapy Alliance Scale (Pinsof &amp; Catherall, 1986) administré après la première rencontre aux couples.</p> <p>Cet instrument est conçu spécifiquement pour mesurer l'alliance chez les couples selon la définition de Pinsof et Catherall (1986).</p>	<p>1) Version modifiée du Rating Scale for the Outcome of Therapy (Storow, 1960) administré généralement après dix séances.</p> <p>Cet instrument mesure les symptômes et les problèmes, l'ajustement sexuel, les relations interpersonnelles et la réaction au stress.</p> <p>Les thérapeutes doivent coter sur une échelle en cinq points l'amélioration ou la détérioration des clients depuis le début du traitement.</p>	<p>Corrélations de Pearson significative (<math>p &lt; .05</math>) entre le Couple Therapy Alliance Scale et la version modifiée du Rating Scale for the Outcome of Therapy.</p> <p>Ceci indique que l'alliance thérapeutique est positivement corrélée avec les gains thérapeutiques.</p>
Holtzworth-Munroe, Jacobson, DeKlyen & Whisman	32 couples, suivi en thérapie conjugale pour une	<p>1) Therapist Process Rating Scales (Holtzworth-Munroe, Jacobson, DeKlyen &amp; Whisman, 1989) administré aux thérapeutes après chaque</p>	<p>1) Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) administré aux conjoints au début et à la fin de l'intervention.</p>	<p>Corrélation partielle significative (<math>p &lt; .05</math>) entre la mesure de collaboration et l'Échelle d'ajustement dyadique, en contrôlant pour le niveau initial</p>

(1989)	durée variant entre 17 et 53 rencontres.	rencontre de thérapie. En prenant 7 items et en calculant leur moyenne à travers toutes les rencontres, les auteurs ont créé un score mesurant l'habileté du thérapeute à induire un lien de collaboration avec le couple.	Cet instrument mesure la satisfaction conjugale des couples et est fréquemment utilisé dans le domaine conjugal pour différencier les couples insatisfaits des couples satisfaits de leur relation.	de perturbation sur l'Échelle d'ajustement dyadique.  Ceci indique que l'alliance thérapeutique est positivement corrélée avec les gains dans la satisfaction conjugale des couples.
Bourgeois, Sabourin & Wright (1990)	63 couples, suivi en thérapie conjugale durant neuf semaines dans un format de groupe	1) Couple Therapy Alliance Scale (Pinsof & Catherall, 1986) administré après la troisième rencontre aux couples.  2) Therapist Alliance Scale (Bourgeois, Sabourin & Wright, 1990) administré après la troisième rencontre aux thérapeutes.  Ces instruments ont été conçus pour mesurer l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale selon la définition de Pinsof et Catherall (1986).	1) Version française du Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976).  2) Version française et adaptée du Potential Problem Checklist (Weiss & Margolin, 1977).  3) Version française du Marital Happiness Scale (Azrin, Naster & Jones, 1973).  4) Version française du Problem Solving Inventory (Heppner & Petersen, 1982)  Tous ces instruments ont été administrés aux conjoints avant la première rencontre et après la dernière rencontre de l'intervention.	Régressions hiérarchiques multiples indiquent que a) le Couple Therapy Alliance Scale des femmes prédit leur amélioration sur le Dyadic Adjustment Scale et explique 5% de la variance dans cette amélioration; b) le Couple Therapist Alliance Scale des hommes prédit leur amélioration sur tous les instruments mesurant les résultats thérapeutiques et explique 5% à 8% de la variance dans ces améliorations ; c) le Therapist Alliance Scale prédit l'amélioration des hommes sur le Dyadic Adjustment Scale et le Marital Happiness Scale.



<p>Quinn, Dotson &amp; Jordan (1997)</p>	<p>17 couples, suivi en thérapie conjugale ou familiale pour une durée variant entre 5 et 15 semaines de thérapie.</p>	<p>1) Couple Therapy Alliance Scale (Pinsof &amp; Catherall, 1986) administré après la troisième rencontre aux couples en thérapie conjugale.</p> <p>2) Family Therapy Alliance Scale (Pinsof &amp; Catherall, 1986) administré après la troisième rencontre aux couples en thérapie familiale.</p> <p>Ces instruments ont été conçus pour mesurer l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale et familiale selon les définitions de Pinsof et Catherall (1986).</p>	<p>Ils mesurent respectivement la satisfaction conjugale; le nombre, l'intensité et le thème des conflits des couples; le bonheur conjugal; ainsi que les attentes d'efficacité personnelle d'un conjoint vis-à-vis ses habiletés de résolution de problèmes.</p> <p>1) Questionnaire de type likert administré aux conjoints à la fin de l'intervention.</p> <p>Ce questionnaire, créé par les auteurs, inclut deux questions: soit une concernant l'atteinte des objectifs en thérapie et l'autre concernant la perception de la durabilité des changements accomplis en thérapie sur une période de trois à six mois.</p>	<p>Ceci indique que l'alliance thérapeutique prédit les gains en satisfaction conjugale chez les femmes et les gains thérapeutiques chez les hommes en terme de satisfaction conjugale, diminution des conflits, augmentation du bonheur, résolution des conflits.</p> <p>Corrélations indiquant que a) les scores des échelles d'alliance pour les hommes et les femmes sont corrélées avec la mesure de résultat (<math>p &lt; .05</math>); b) plus les conjointes avaient des scores supérieurs à leur conjoint sur les scores des sous-échelles tâches et autre-thérapeute, plus les scores sur la mesure de résultats étaient positifs (corrélation significative, <math>p &lt; .05</math>).</p>
				<p>Ceci indique que l'alliance est positivement corrélée avec l'atteinte des objectifs des couples et que des écarts de perception sur certaines dimensions dans l'alliance</p>

Johnson & Talitman (1997)	34 couples, suivi en thérapie conjugale durant 12 semaines.	1) Couple Therapy Alliance Scale (Pinsof & Catherall, 1986) administré après la troisième rencontre aux couples.	1) Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) administré aux conjoints au début et à la fin de l'intervention.  Cet instrument mesure la satisfaction conjugale des couples	thérapeutique peuvent être corrélés avec une meilleur atteinte des objectifs.  ** attention, ici les auteurs ont combiné les scores obtenus chez les couples en thérapie conjugale et familiale.  Régressions hiérarchiques qui montrent que le Couple Therapy Alliance Scale prédit l'amélioration des couples sur le Dyadic Adjustment Scale à la fin de la thérapie et explique 22% de la variance dans les scores de cet instrument à la fin de la thérapie.
Estrada & Holmes (1999)	15 couples, suivi en thérapie conjugale d'une durée variable.	1) Après la huitième rencontre, les couples ont été rencontrés et on leur a demandé à l'aide d'une entrevue structurée (Greenberg, James & Conry, 1988) de décrire les incidents aidants et nuisibles de la thérapie. L'entrevue a été enregistrée et codée par des assistants de recherches.	1) Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) administré aux conjoints au début et à la fin de l'intervention.  Cet instrument mesure la satisfaction conjugale des couples	1) La dimension d'alliance ne prédisait l'amélioration sur le Dyadic Adjustment Scale.  Les auteurs ont conclu que les couples qui s'amélioraient et ceux qui ne s'amélioraient pas en terme de la satisfaction conjugale percevaient la thérapie de manière similaire quant aux événements aidants et nuisibles dans le processus thérapeutique.

<p>Hampson, Prince &amp; Beavers (1999)</p>	<p>45 couples, suivi en thérapie conjugale d'une durée variant entre une et 84 rencontres.</p>	<p>Ces derniers ont trouvé 12 ingrédients aidants et 5 ingrédients nuisibles. Ceux-ci ont été combiné pour créer diverses catégories, dont une d'alliance thérapeutique.</p> <p>Cette catégorie contenait les éléments suivants se référant au thérapeute: empathique, aidant dans la résolution des problèmes, donne du feedback.</p> <p>1) Third session checklist (Hampson, Prince &amp; Beavers, 1999) administré aux thérapeutes après la troisième rencontre.</p> <p>Cet instrument mesure la perception du thérapeute en lien avec son habileté à créer une relation avec le couple. Cette relation est définie selon trois aspects : a) le pouvoir (qui contrôle la session?); b) l'ouverture (jusqu'à quel point est-ce que le couple</p>	<p>1) Questionnaire d'évaluation du traitement créé par les auteurs et rempli par le thérapeute à la fin de la thérapie.</p> <p>Ce questionnaire mesure la perception des thérapeutes en lien avec l'atteinte des objectifs des clients et la durabilité de leurs changements.</p> <p>2) D'autres mesures de résultat ont été compilées, mais celles-ci n'ont pas fait l'objet d'analyses en lien avec le concept d'alliance</p>	<p>1) Analyses de variance (ANOVA) effectuées pour comparer les gains thérapeutiques de deux groupes, soit un avec un score élevé sur le Third session checklist et un avec un score bas sur ce même instrument. Une différence entre ces groupes n'a pas été trouvée.</p> <p>2) Régressions multiples qui montrent que, en combinaison avec plusieurs autres facteurs, la sous-échelle d'ouverture du thérapeutes prédisait le score du</p>
---	--	--	--	--

<p>Raytec, McCrady, Epstein &amp; Hirsch (1999)</p>	<p>66 couples, suivi dans 3 formats différents de thérapie conjugale d'une durée de 15 semaines et s'adressant aux couples où l'homme était</p>	<p>peut être ouvert dans la thérapie?); c) la collaboration (quel niveau de collaboration le thérapeute pense t-il pouvoir atteindre avec le couple?)</p>	<p>thérapeutique</p>	<p>questionnaire d'évaluation du traitement et expliquait 42% de la variance dans celui-ci. La contribution unique de l'ouverture du thérapeute dans la prédiction du questionnaire d'évaluation du traitement n'est pas précisée.</p> <p>Ces résultats semblent indiquer que l'ouverture du thérapeute prédit l'atteinte des objectifs et la durabilité des changements lorsqu'elle est combinée à d'autres prédictifs.</p>
		<p>1) The Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (Hartley &amp; Strupp, 1983) utilisé par des codeurs pour analyser un segment de 15 minutes à la deuxième rencontre pour chaque suivi thérapeutique.</p> <p>Cet instrument est conçu pour mesurer l'alliance dans la thérapie individuelle. Dans cette étude, seuls les 18 items</p>	<p>1) Abandon : les couples ont été classés en 3 groupes, soit ceux ayant abandonné tôt dans la thérapie (entre la 1<sup>ère</sup> et 5<sup>ème</sup> rencontre), ceux ayant partiellement complété le traitement (quitté le traitement entre la 5<sup>ème</sup> et la 15<sup>ème</sup> rencontre), ainsi que ceux ayant complété les 15 rencontres.</p> <p>2) Entrevues téléphoniques mesurant la consommation d'alcool et de drogues, la satisfaction conjugale et le fonctionnement</p>	<p>1) Des analyses de variance (ANOVA) ont montré une différence significative (<math>p &lt; .05</math>) entre le groupe ayant complété le traitement et les deux autres groupes sur les scores du Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale.</p> <p>2) Diverses analyses statistiques entre les autres mesures de résultat de la thérapie et le Vanderbilt Therapeutic Alliance</p>

	alcoolique.	concernant directement le thérapeute ont été utilisés. Les 26 autres items s'intéressant au client ou à l'interaction entre le client et le thérapeute n'ont pas été utilisés.	psychosocial. Les instruments utilisés ne sont pas décrits dans l'étude.	Scale étaient non significatives. Ces résultats indiquent que la qualité de l'alliance thérapeutique était liée à la complétion du traitement, mais pas au résultats de la thérapie.
Brown & O'Leary (2000)	70 couples, suivi soit a) en thérapie conjugale (format de groupe) ou b) en thérapie individuelle (format de groupe). La durée était de 12 semaines et le suivi s'adressait aux couples où l'homme est violent.	1) The Working Alliance Inventory – Observer (Horvath & Greenberg, 1989) utilisé par des codeurs analysant des vidéocassettes des premières rencontres de thérapie qui duraient deux heures. Cet instrument a été conçu pour mesurer la qualité de l'alliance thérapeutique entre un client et un thérapeute dans le contexte de la thérapie individuelle selon la définition de Bordin (1979).	1) Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) administré aux conjoints au début et à la fin de l'intervention. Cet instrument mesure la satisfaction conjugale des couples. 2) Modified Conflict Tactic Scale (Pan, Neidig & O'Leary, 1994) administré aux femmes au début et à la fin de l'intervention. Cet instrument mesurait la violence physique mineure et sévère, ainsi que la violence psychologique mineure. 3) Psychological Maltreatment of Women Scale (Tolman, 1989) administré aux femmes au début et à	1) Régressions hiérarchiques ont montré que l'abandon au traitement n'était pas prédit par l'alliance thérapeutique. 2) Régressions hiérarchiques qui montraient que les scores des hommes au Working Alliance Inventory – Observer prédisait une diminution dans les scores au Modified Conflict Tactic Scale et au Psychological Maltreatment of Women Scale, mais ne prédisait pas une augmentation dans les scores du Dyadic Adjustment Scale chez les hommes et les femmes 3) Régressions hiérarchiques qui montraient que les scores des femmes au Working Alliance

			<p>la fin de l'intervention.</p> <p>Cet instrument mesurait la violence psychologique sévère.</p> <p>4) Abandon : les couples qui ont participé à moins de 10 rencontres ont été considéré comme ayant abandonné le traitement.</p>	<p>Inventory – Observer ne prédisait rien.</p> <p>Ces résultats indiquent que l'alliance des hommes prédit la diminution de la violence psychologique et physique chez ceux qui complètent le traitement, mais ne prédit pas l'augmentation dans la satisfaction conjugale. L'alliance des femmes, quant à elle, ne prédit rien. De plus l'alliance des hommes et des femmes ne prédit pas la complétion du traitement.</p> <p>** Des analyses indiquent qu'il n'y avait pas d'effet différentiel de l'alliance sur les résultats de la thérapie en fonction du type de traitement.</p>
--	--	--	---	---

Les études décrites dans le tableau 1 tendent à démontrer que l'alliance thérapeutique prédit les résultats de la thérapie conjugale, c'est en fait la conclusion à laquelle arrivent huit des neuf études recensées. Il importe, cependant, de poser un regard critique sur la méthodologie utilisée par les auteurs de ces études et ce, par rapport à trois éléments : la mesure d'alliance utilisée, le temps de mesure, les caractéristiques de l'échantillon et la validité écologique des résultats.

Bien que les études décrites dans le tableau précédent se soient intéressées à la formation de l'alliance thérapeutique chez les couples, moins de la moitié des études (quatre sur neuf) ont utilisé un instrument conçu spécifiquement à cet effet, c'est-à-dire la mesure élaborée par Pinsof & Catherall à partir de leur définition de l'alliance (Bourgeois et al., 1990; Catherall, 1984; Johnson & Talitman, 1997; Quinn et al., 1997). Il importe de mentionner que cette mesure reflète toutes les dimensions de leur définition, sauf pour la dimension interpersonnelle soi-autre. Celle-ci a été incorporée dans une révision de cet instrument (Pinsof, 1995) qui sera présentée au chapitre 2 de cette thèse. Deux des cinq études restantes (Brown & O'Leary, 2000; Raytec et al., 1999;) ont utilisé des mesures d'alliance validées pour la thérapie individuelle, mais non pour la thérapie conjugale. Par contre, Raytec et al. (1999) n'ont utilisé que 18 des 26 items de cet instrument pour coter seulement la contribution du thérapeute à la qualité de l'alliance thérapeutique. On peut se demander si cette méthode est valable, puisque l'on réduit alors un concept multidimensionnel à un concept unidimensionnel en terme des relations qu'il implique. Cela équivaut, d'une certaine manière, à coter les comportements de la

femme uniquement lorsqu'on tente de mesurer la qualité des interactions conjugales. Les trois autres études (Estrada & Holmes, 1999; Hampson et al., 1999; Holtzworth-Munroe et al., 1989) ont utilisé des mesures d'alliance fabriquées pour les besoins de l'étude. Cependant, aucun de ces instruments ne traduit de manière valable le concept d'alliance thérapeutique.

La majorité des études recensées ont mesuré l'alliance thérapeutique uniquement à un moment durant la thérapie, alors que ce concept est d'emblée de nature dynamique. Holtzworth-Munroe et ses collègues (1989), quant à eux, ont tenté de mesurer l'alliance après chaque rencontre. Cependant, ils l'ont fait en utilisant une mesure peu représentative de l'alliance en thérapie conjugale, construite à partir de sept items provenant d'un questionnaire sur le processus thérapeutique. Dans le domaine de la psychothérapie individuelle, certains auteurs ont récemment commencé à s'intéresser à la nature dynamique de l'alliance thérapeutique et ont décrit différents patrons de développement de l'alliance. Par exemple, Horvath et Marx (1990) ont observé chez quatre sujets qu'une période de développement de l'alliance était suivie d'une baisse dans l'alliance et ensuite d'une réparation. Golden et Robbins (1990) ont d'ailleurs rapporté le même patron de haut-bas-haut dans l'étude d'un seul cas. Cependant, d'autres auteurs ont plutôt observé plusieurs patrons dans le développement de l'alliance, soit un patron stable (Kivlighan & Shaughnessy, 2000), un patron d'accroissement linéaire (Hentschel & Bijelefeld, 1995; Kivlighan & Shaughnessy, 1995; Kivlighan & Shaughnessy, 2000), ainsi qu'un patron de croissance quadratique dans le



développement de l'alliance thérapeutique (Hentschel & Bijeleveld, 1995; Kivlighan & Shaughnessy, 2000).

Ces études nous permettent de croire que l'alliance thérapeutique pourrait également fluctuer à travers diverses rencontres en thérapie conjugale. Cependant, jusqu'à ce jour, aucune étude n'a permis de vérifier si la qualité de l'alliance diffère significativement d'une rencontre à une autre en thérapie conjugale. Par exemple, serait-il possible que l'alliance thérapeutique soit plus forte en début d'intervention alors que le couple et le thérapeute apprennent à se connaître et plus faible en milieu de processus alors que le thérapeute devient plus confrontant et demande des changements de la part des conjoints?

Presque la moitié des études recensées ont fourni très peu d'information sur leur échantillon. Quinn et al. (1997), Estrada & Holmes (1999), Hampson et al. (1999) n'ont donné aucune information sur leur échantillon, hormis le nombre de couples participants à l'étude. Catherall (1984), quant à lui, a présenté quelques informations démographiques sur les couples dans son étude (nombre et âge). Ces informations sont importantes puisqu'elles peuvent nous permettre d'analyser l'impact de certains facteurs sur la formation et le développement de l'alliance. Elles peuvent également nous permettre de nous prononcer sur le potentiel de généralisation des résultats. Les cinq autres études ont recueilli beaucoup plus d'informations sur leur échantillon. Bourgeois et al. (1990), Brown & O'Leary (2000), Holtzworth-Munroe et al. (1989), Johnson & Talitman (1997), ainsi que Raytec et al. (1999), quant à eux, ont fourni de nombreuses informations démographiques (ex: âge, statut civil, nombre d'enfants, salaires, etc.) et

psychologiques (consommation d'alcool, niveau de satisfaction conjugale, motivation au traitement, présence de violence, styles d'attachements, etc.) sur leur échantillon. Il est intéressant de noter que, dans leur étude, Johnson & Talitman ont seulement inclu des couples qui étaient perturbés au niveau de leur ajustement conjugal. Cela nous amène à questionner la possibilité de généraliser leurs résultats auprès d'une population peu ou pas perturbée au niveau conjugal, par exemple dans les cas où les couples consultent dans l'optique d'enrichir leur relation.

Par ailleurs, il importe de se demander jusqu'à quel point les études décrites dans le tableau 1 représentent la réalité dans les milieux cliniques. On remarque, tout d'abord, que près de la moitié des études avaient un nombre fixe de rencontres de thérapie (Bourgeois et al., 1990; Brown & O'Leary, 2000; Johnson & Talitman, 1997; Raytec et al., 1999) ce qui est rarement le cas dans les milieux cliniques réels. Plus encore, près de la moitié des études comptait uniquement des internes et stagiaires comme thérapeutes (Catherall, 1984; Hampson et al., 1999; Johnson & Talitman, 1997; Quinn et al., 1997), ce qui encore une fois représente peu les milieux cliniques. Enfin, le tiers des études avaient des critères de recrutement restrictifs : être mariés depuis au moins trois ans (Hampson et al., 1999), avoir un enfant plus jeune que douze ans (Hampson et al., 1999); une absence de problèmes psychiatriques au moment de l'étude (Bourgeois et al., 1990; Hampson et al., 1999), une absence de problèmes de dépendance au moment de l'étude (Bourgeois et al., 1990; Johnson & Talitman, 1997), une absence de dysfonctions sexuelles au moment de l'étude; (Bourgeois et al., 1990), pas de suivi

psychologique en parallèle à l'étude (Bourgeois et al., 1990) ou un an avant le début de la participation à l'étude (Johnson & Talitman, 1997); la possibilité d'un divorce était évoquée mais souhaitait être évitée (Hampson et al., 1999); un divorce n'était pas envisagé pour le moment (Bourgeois et al., 1990). Il semble que seule l'étude menée par Holtzworth-Munroe et ses collègues (1989) était représentative des milieux cliniques réels, avec des thérapies d'une durée variable, des intervenants variant en terme de nombre d'années d'expérience et des couples avec divers types de difficultés. Les huit autres études recensées apparaissent peu adéquates au niveau de la validité écologique, c'est-à-dire que leurs résultats sont difficilement généralisables à ce qui se passe réellement en milieu clinique (Neisser, 1976).

## **5. Objectifs de la thèse**

Les recherches menées sur l'alliance thérapeutique dans la thérapie conjugale, ainsi que les indices laissés par les recherches faites au niveau de la thérapie individuelle, nous permettent de croire que l'alliance a un impact positif sur les gains thérapeutiques des couples. Il est préoccupant de constater, cependant, que les méthodologies utilisées dans ces recherches sont souvent inadéquates. Le fait le plus marquant est que, dans la majorité des cas, les instruments utilisés pour mesurer l'alliance sont inadéquats, ne mesurent pas complètement le construit d'alliance et le font de manière statique. Plus encore, la grande majorité de ces études ne représentent pas la réalité des milieux cliniques.

Par ailleurs, étant donné le lien qui existe entre l'alliance thérapeutique et les gains thérapeutiques, plusieurs auteurs soutiennent qu'il est essentiel de créer une bonne alliance thérapeutique avec les conjoints en thérapie conjugale (ex : Gurman, 1982; Horvath & Greenberg, 1994, Pinsof, 1995; Rait, 2000). De nombreux auteurs se sont d'ailleurs penchés sur les caractéristiques des conjoints et des couples qui pourraient promouvoir ou nuire au développement de l'alliance thérapeutique et ont émis des suggestions quant à la manière de favoriser l'alliance en présence de ces facteurs (ex : Carpenter & Treacher, 1989; Crowe & Ridley, 1990; Patterson et al., 1998, Weeks & Treat, 1992). Cependant, la plupart de ces théories et recommandations ne s'appuient pas sur des recherches empiriques. En effet, seulement deux études à ce jour (Bourgeois et al., 1990; Johnson & Talitman, 1997) ont examiné l'impact des variables clients sur la formation de l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale.

Cette lacune dans les connaissances empiriques mène à un problème sérieux au niveau de la pratique et de la formation en thérapie conjugale. En effet, nous possédons très peu de connaissances empiriques sur lesquelles nous baser pour arriver à favoriser l'alliance en thérapie conjugale. Plus encore, nous ne savons pas ce qui nuit ou bénéficie à la formation de l'alliance. Cela revient, en quelque sorte, à affirmer que la motivation au traitement est essentielle au succès d'une psychothérapie, mais sans savoir comment motiver les individus durant les séances et sans comprendre les facteurs qui contribuent à leur motivation ou à leur démotivation à leur arrivée dans le traitement. Ainsi, les intervenants expérimentés tentent de favoriser l'alliance thérapeutique avec leurs couples selon des principes

qu'ils acquièrent avec leur expérience clinique, alors que les jeunes intervenants restent souvent déboussolés par rapport à cet aspect de la pratique (Wright & Sabourin, 1985). Plusieurs hypothèses fusionnent quant aux facteurs influençant la formation de l'alliance, mais aucune donnée empirique ne vient appuyer ou réfuter ces théories. Par exemple, certains auteurs notent qu'il peut-être difficile de créer un lien positif de confiance avec des conjoints qui argumentent sans cesse entre eux. Certains de ces auteurs suggèrent qu'il serait approprié de les laisser ventiler leurs sentiments (Patterson et al., 1998), alors que d'autres indiquent qu'il serait préférable de les arrêter (e.g., Carpenter & Treacher, 1989). Avec l'état actuel des connaissances dans le domaine, il devient difficile d'évaluer ces recommandations.

Les chapitres suivants de cette thèse tenteront dans un premier temps de répondre aux lacunes méthodologiques dans les recherches sur l'alliance thérapeutique. L'objectif principal des études présentées dans les chapitres premier et deuxième de cette thèse sera, dans un deuxième temps, d'accroître les connaissances sur les variables clients influençant la formation de l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale. Puisque plusieurs études se sont déjà penchées sur le lien entre l'alliance thérapeutique et les gains thérapeutiques, cette thèse ne réexaminera pas ce lien. Dans le souci d'éviter les répétitions, les contextes théoriques relatifs à chacune des variables étudiées seront présentés dans les introductions des deux articles et non dans cette introduction générale.

Plus spécifiquement, les objectifs poursuivis dans cette thèse sont les suivants:

- 1) Établir les qualités psychométriques d'un instrument mesurant l'alliance thérapeutique dans le cadre de la thérapie conjugale selon la définition de Pinsof et Catherall (1986; Pinsof, 1995);
- 2) Étudier l'impact de la détresse conjugale, des symptômes psychiatriques et des problèmes interpersonnels sur la qualité de l'alliance thérapeutique telle qu'elle se forme en thérapie conjugale dans un milieu clinique réel;
- 3) Étudier l'impact de la détresse conjugale, des symptômes psychiatriques et des problèmes interpersonnels sur les divisions dans l'alliance thérapeutique telle qu'elle se forme en thérapie conjugale dans un milieu clinique réel;
- 4) Comparer la qualité de l'alliance thérapeutique et les divisions dans l'alliance thérapeutique à deux moments différents durant la thérapie.

## RÉFÉRENCES

- Arnkoff, D. B. (2000). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 187-200.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Meuser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53-88.
- Beaudry, M., & Boisvert, J. M. (1988). *Psychologie du couple : Quand la science se met à parler d'amour*. Montréal: Méridien.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bégin, C. (2001). Survie des couples et satisfaction conjugale. *Découvrir*, 22 (1), 46-47.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York : John Wiley & Sons.
- Bourgeois, L., Sabourin, S. & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 608-613.

- Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Psychoanalytic Technique and Theory of Therapy*, 27, 137-158.
- Broderick, C. G. (1993). Understanding family process: Basics of family systems theory. Newbury Park, CA: Sage.
- Brown, P. D. & O'Leary, K. D. (2000). Therapeutic alliance: predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 340-345.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems : An interactional perspective. *Psychology Bulletin*, 112, 39-63.
- Carpenter, J., & Treacher, A. (1989). Problems and issues in marital and family therapy. Oxford : Blackwell.
- Catherall, D. R. (1984). The therapeutic alliance in individual, couple, and family therapy. In Pinsof, W. M. & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 165-190.
- Cote, K., & Wright, J. (2003). Caractéristiques et traitement des couples dont l'un des conjoints est dépressif. *Canadian Psychology*, 44, 382-393.
- Crowe, M. J., & Ridley, J. (1990). *Therapy with couples*. London : Blackwell.



- Cummings, E. M., & Davies, P. (1994). Children and marital conflict: The impact of family dispute and resolution. New York : The Guilford Press.
- Dunn, R. L., & Schwebel, A. I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology, 9*, 56-58.
- Estrada, A. U., & Holmes, J. M. (1999). Couples' perceptions of effective and ineffective ingredients of marital therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy, 25*(2), 151-162.
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment : Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In J. Strachey (Ed.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 12* (pp. 122-144). London : Hogarth Press.
- Freud, S. (1915). Observations on transference-love: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In J. Stachey, (Ed. & Trans.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 12* (pp. 157-173). London: Hogarth Press.
- Gaston, L. (1990) The concept of therapeutic alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy, 27*, 143-153.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy : Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling psychologist, 13*, 155-243.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship : Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of*

*Counseling Psychotherapy*, 41, 296-306.

Golden, B. R., & Robbins, S. B. (1990). The working alliance within time-limited therapy : A case analysis. *Professional Psychology : Research and Practice*, 21, 476-481.

Goldfried, M. R., & Davidson, G. C. (1976). *Clinical Behavior Therapy*. New York : Holt, Rinehart & Winston.

Greenberg, L. S., James, P. S., & Conry, R. (1988). Perceived change processes in emotionally focused couples therapy. *Journal of Family Psychology*, 2(1), 5-23.

Greenson, R. R. (1965) The working alliance and the transference neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.

Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York : International Universities Press.

Gurman, A. S., & Fraenkel, P. (2002). The history of couple therapy: A millennial review. *Family Process*, 41, 199-250.

Hahlweg, K., & Klann, N. (1997). The effectiveness of marital counseling in Germany : A contribution to health services research. *Journal of Family Psychology*, 11, 410-421.

Halford, W. K., & Bouma, R. (1997). Individual psychopathology and marital distress. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.). *Clinical Handbook of Marriage and Couple Interventions* (pp. 291-321). Chichester, England : John Wiley & Sons.

Halford, W. K., Bouma, R., Kelly, A., & Young, R. (1999). Individual

- psychopathology and marital distress : Analysing the association and implications for therapy. *Behavior Modification*, 23, 179-216.
- Hampson, R. B., Prince, C. C., & Beavers, W. R. (1999). Marital therapy : Qualities of couples who fare better or worse in treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 411-424.
- Hentschel, U., & Bijleveld, C. J. H. (1995). It takes two to do therapy : On differential aspects in the formation of therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 5, 22-32.
- Hersen, M., Kazdin, A. E., & Bellack, A. S. (1991). *The Clinical Psychology Handbook (2nd edition)*. New York: Pergamon Press.
- Holtzworth-Munroe, A., Jacobson, N. S., DeKlyen, M. & Whisman, M. A. (1989). Relationship between behavioral marital therapy outcome and process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 658-662.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York : John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O. & Marx, R. W. (1990). The development and decay of the working alliance during time-limited counseling. *Canadian Journal of Counselling*, 24, 240-259.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Jacobson, N. S., & Addis, M. E. (1993). Research on couples and couples therapy :

- What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 85-93.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmaling, K. B., & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.
- Johnson, S. M. (2003). The revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 365-384.
- Johnson, S.M. & Lebow, J. (2000). The « coming of age » of couple therapy: A decade review. *Journal of marital and family therapy*, 26, 23-38.
- Johnson, S. M. & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135-152.
- Kivlighan, D. M. & Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 338-349.
- Kivlighan, D. M. & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 362-371.
- Kozart, M. F. (2002). Understanding efficacy in psychotherapy : An ethnomethodological perspective on the therapeutic alliance. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 217-231.
- Lebow, J. L., & Gurman, A. S. (1995). Research assessing couple and family therapy. *Annual Review of Psychology*, 46, 27-57.

- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful Psychotherapy* (pp. 40-67). New York : Bruner/Mazel.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy : A manual for supportive-expressive treatment*. New York : Basic Books.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes in psychotherapy : a counting signs vs a global rating method. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-491.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and it's determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Mamodhoussen, S., & Wright, J. (2001). Efficaces, les thérapie conjugales. *Découvrir*, 22(1), 48-49.
- Markman, H.J., Halford, W.K. & Cordova, A.D. (1997). A grand tour of future directions in the study and promotion of healthy relationships. In W.K. Halford & H.J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 695-716). New York: John Wiley & Sons.
- 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, 438-450.
- Montag, K. R., & Wilson, G. L. (1992). An empirical evaluation of behavioral and cognitive-behavioral group marital treatments with discordant couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18(4), 255-272.

- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality*. San Francisco : Freeman.
- Owen, M. T., & Cox, M. J. (1997). Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology, 11*, 152-164.
- Patterson, J., Williams, L., Grauf-Grounds, C. & Chamow, L. (1998). *Essential skills in family therapy: From the first interview to termination*. New York: The Guilford Press.
- Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of family, individual, and biological therapies*. New York: Basic Books.
- Pinsof, W. M. (2002). The death of « Till death us do part » : The transformation of pair-bonding in the 20<sup>th</sup> century. *Family Process, 41*, 135-157.
- Pinsof, W. M. & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*, 137-151.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (1995). The efficacy of marital and family therapy : An empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 585-613.
- Pinsof, W. M., Wynne, L. C., & Hambright, A. B. (1996). The outcomes of couples and family therapy : Findings, conclusions, and recommendations. *Psychotherapy, 33*, 321-331.
- Quinn, W. H., Dotson, D. & Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their association with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research, 7*, 429-438.

- Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Psychotherapy in Practice, 56*, 211-224.
- Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York : John Wiley & Sons.
- Raytec, H. S., McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Hirsch, L. S. (1999). Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addictive Behaviors, 24*, 317-330.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston : Houghton-Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of the therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Rogers, C. R., Gendlin, E., Kiesler, D., & Truax, C. (1967). *The Therapeutic Relationship and its Impact : A study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison : University of Wisconsin Press.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMMain, S., & Munay, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy, 27*, 154-164.
- Sandberg, J. G., Johnson, L. N., Dermer, S. B., Gfeller-Strouts, L. L., Seibold, J. M., Stringer-Seibold, T. A., Hutchings, J. B., Andrews, R. L., & Miller, R. B. (1997). Demonstrated efficacy of models of marriage and family therapy : An update of Gurman, Kniskern, and Pinsof's chart. *American Journal of Family Therapy, 25*, 121-137.

- Sexton, T. L., Alexander, J. F., & Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In A.E. Bergin & S. S. Garfield (Eds.), *Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 590-646). New York : John Wiley & Sons.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 547-570.
- Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I., & Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies : A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Shadish, W. R., Ragsdale, R., Glaser, R. R., & Montgomery, L. M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy : A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 345-360.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis, 15*, 117-126.
- Vansteenwegen, A. (1998). Divorce after couple therapy: An overlooked perspective of outcome research. *Journal of sex and marital therapy, 24*, 123-130.
- Wark, L. (1994). Therapeutic changes in couples' therapy : Critical change incidents perceived by therapists and clients. *Contemporary Family Therapy, 16*, 39-52.
- Weeks, G., and Treat, S. (1992). *Couples In Treatment: Techniques and Approaches for Effective Practice*. New York: Brunner/Mazel.
- Wesley, S., & Waring, E. M. (1996). A critical review of marital therapy outcome



research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 421-428.

- Wilson, G. T., & Evans, I. M. (1977) The therapist-client relationship in behavior therapy. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy : A handbook of research* (pp. 544-565). New York : Pergamon Press.
- Whisman, M. A., & Snyder, D. K. (1997). Evaluating and improving the efficacy of conjoint couple therapy (pp. 679-693). In W. K. Halford and H. J. Markman (eds.), *Handbook of marriage and couples interventions*. New York : John Wiley & Sons.
- Wright, J., & Sabourin, S. (1985). *L'intervention auprès du couple*. Ottawa : Consulaction.
- Wright, J., Sabourin, S., Mamodhoussen, S., & Mondor, J. (2004). The efficacy and effectiveness of couple therapy. In preparation.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-376.

**CHAPITRE PREMIER :**

**IMPACT OF MARITAL AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS  
ON THERAPEUTIC ALLIANCE IN COUPLES UNDERGOING  
COUPLE THERAPY**

Sous presse

*Journal of Marital and Family Therapy*

Impact of Marital and Psychological Distress on Therapeutic Alliance in Couples

Undergoing Couple Therapy

Salima Mamodhousen, John Wright, and Nadine Tremblay

Université de Montréal

Hélène Poitras-Wright

Clinique de Consultation Conjugale et Familiale Poitras-Wright Côté

---

Salima Mamodhousen, B.A., John Wright, Ph.D., and Nadine Tremblay, M.Ps., Department of Psychology, Université de Montréal, Canada; Hélène Poitras-Wright, M.Ps., Clinique de Consultation Conjugale et Familiale Poitras-Wright Côté, Québec, Canada.

This study was made possible by a scholarship to the first author and by a research grant to the second author, both from the Conseil Québécois de la Recherche Sociale. The authors would like to thank Dr. William Pinsof for allowing them to use The Therapeutic Alliance Scale – revised (1995) for this research. We are also grateful to the clinicians who generously participated in our study, to Pierre McDuff who acted as statistical consultant, as well as to Dr. Stéphane Sabourin for his thoughtful comments on an earlier draft of this article.

Correspondence should be addressed to Salima Mamodhousen, Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale A, Montréal, Québec, H3C 3J7. E-mail : [REDACTED]

### *Abstract*

*This study describes the psychometric properties of the Couple Therapy Alliance Scale – revised (CTAS-r; Pinsof, 1995) and investigates the impact of marital and psychiatric distress on alliance. Seventy-nine couples in therapy completed a French version of the Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976) and of the Psychiatric Symptoms Index (PSI; Ilfeld, 1976) at session one, and a French version of the CTAS-r at session three. Results indicate that the French version of the CTAS-r has adequate psychometric properties, although the subscales of the instrument are highly inter-correlated. Furthermore, marital adjustment predicts alliance scores, while psychiatric symptoms do not. Finally, male marital adjustment and female psychiatric symptoms are lower in couples where spouses have divergent perceptions of the alliance. Future research directions are discussed.*

## Introduction

There is growing empirical evidence that the therapeutic alliance is one of the strongest predictors of outcome in individual psychotherapy (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000). Results to date also indicate that the therapeutic alliance is a key predictor of both treatment completion and outcome in couple therapy (Brown & O'Leary, 2000; Rait, 2000; Raytec, McCrady, Epstein & Hirsch, 1999). However, very little research has been conducted with the aim of identifying predictors of alliance in couple therapy.

In 1986, Pinsof and Catherall postulated the first formal definition of *therapeutic alliance* as it applies to couple therapy, that is, the collaborative bond that exists in therapy between the therapist system and the patient system. According to these authors, the alliance comprises two dimensions. First, the content dimension encompasses (a) the affective bond between client(s) and therapist, (b) agreement on the objectives to be pursued in therapy, and (c) agreement between client(s) and therapist on the tasks and methods used to achieve the goals agreed upon. Second, the interpersonal dimension covers (a) the alliance between one spouse and the therapist, (b) the alliance between the other spouse and the therapist, and (c) the alliance between the couple and the therapist.

The clinical literature has described many situations where these perceptions are significantly more positive for one spouse than for the other (e.g., Carpenter & Treacher, 1989; Patterson, Williams, Grauf-Grounds & Chamow, 1998). Pinsof and Catherall (1986) referred to this situation as a "split alliance," as opposed to a similar alliance. The few researchers who have examined this

concept empirically (Heatherington & Friedlander, 1990; Quinn, Dotson & Jordan, 1997) have looked either at the presence of a split alliance (as measured by a difference of one or two standard deviations from the mean score of the sample) or at the intensity of the split alliance (by examining the inter-spouse difference in alliance scores).

To measure their initial conceptualization of the therapeutic alliance in couple therapy, Pinsof and Catherall (1986) created the Couple Therapy Alliance Scale (CTAS). This instrument contains 29 items distributed over six subscales reflecting the three elements of the content dimension and the three elements of the interpersonal dimension described in their definition. These items include: "I trust the therapist," "The therapist has the skills and ability to help my partner," "The therapist cares about the relationship between my partner and I." All items are rated on a 7-point Likert scale ranging from "completely agree" to "completely disagree."

Studies using the CTAS have shown good psychometric properties for this instrument. Pinsof and Catherall (1986) evaluated the test-retest reliability of their instrument over a period of seven days at .84 ( $p < .005$ ,  $n = 12$ ) when using a 5-point Likert scale and at .79 ( $p < .005$ ,  $n = 9$ ) when using a 7-point Likert scale. Johnson and Greenberg (1985) obtained an internal consistency of .96 for the CTAS total score ( $N = 45$ ). Heatherington and Friedlander (1990) and Quinn et al. (1997) reported similar results, with alpha coefficients ranging from .70 to .94 ( $N = 32$ ) and from .78 to .93 ( $N = 17$ ), respectively, for the total scale and its subscales. Finally,

Bourgeois et al. (1990) obtained a Cronbach's alpha of .95 for the total scale ( $N=63$ ).

Moreover, outcome studies have demonstrated that the CTAS has good predictive validity (Bourgeois et al., 1990; Johnson & Talitman, 1997; Quinn et al., 1997). The majority of these studies, however, have examined the therapeutic alliance without comparing the scores of spouses. A few authors have done so by verifying the split alliance concept proposed by Pinsof and Catherall (1986). Heatherington and Friedlander (1990) found that at least 14% of the couples in their sample ( $n=32$ ) could be considered in a split alliance. Quinn et al. (1997) observed that when the wives in their sample ( $n=17$ ) posted a higher alliance score than the husbands did, therapy outcome tended to be more positive. However, both these studies involved small samples of couples with unknown levels of distress seeking either marital or family therapy; larger samples and different clinical populations might have yielded different results. Lastly, it is interesting to note that no study has investigated the correlates of split alliances.

Although many authors have suggested that variables such as marital and psychiatric adjustment might have a bearing on couple therapy outcome (e.g., Alexander, Holtzworth-Munroe & Jameson, 1994; Jacobson & Addis, 1993; Lambert & Bergin, 1994; Snyder, Mangrum & Wills, 1993), few have examined the impact of these variables on alliance formation. Using the CTAS, Bourgeois et al. (1990) and Johnson and Talitman (1997) explored the relationship between marital adjustment and alliance. Neither study found marital adjustment to be a predictor of alliance. However, it is possible that the samples used in those studies

were too homogeneous in terms of level of marital distress to reveal any significant relationship. For example, the standard deviation for the DAS scores in these studies ranged from 7.9 to 12.5. To our knowledge, no study has ever examined the relationship between psychiatric adjustment and alliance.

Recently, Pinsof (1995) added another interpersonal component to the CTAS to describe the therapeutic alliance between spouses. As the therapeutic alliance in couple therapy can be seen as the sum of the relationships between all members of the system, it depends not only on the relationship between the therapist and the couple, but also on the relationship between the spouses themselves (Falloon, 1991). Accordingly, Pinsof (1995) adapted his alliance questionnaire by adding 11 items relative to this new component, thereby bringing the total number to 40. The new items include: "My partner and I are in agreement about the goals for this therapy" and "My partner and I trust each other in this therapy." However, to our knowledge, no published study has ever used this revised version. Furthermore, no other questionnaires aside from the CTAS and the CTAS-r presently exist in the field of couple therapy to measure spouses' perception of the alliance.

Clinicians and researchers in the field of couple therapy have focused on the therapeutic alliance because of its documented impact on treatment completion and outcome. Many authors have sought to develop strategies geared to fostering a good therapeutic alliance in couple therapy (e.g., Carpenter & Treacher, 1999; Rait, 2000). However, almost no empirical data exist specifying the factors that influence the quality of or splits in the alliance. At this point in time, clinicians



have little more than hypotheses about what affects the alliance. These assumptions have yet to be verified.

The purpose of our study was twofold: (a) present a French translation of the CTAS-r (1995) and describe its psychometric properties; and (b) examine the impact of marital distress and psychiatric symptoms on the quality of the therapeutic alliance and on the presence of a split alliance.

## METHOD

### *Participants*

The participants in this study were 79 French-speaking couples living in the province of Quebec who had completed at least three sessions of couple therapy. Fifty-seven percent of couples were married and 43% of couples were cohabiting. All had been living together for at least one year, with a range varying from one year to 48 years ( $M = 13$   $SD = 10.40$ ). In terms of the number of children from a previous or current relationship, men had a mean of 1.78 children with a range from zero to five ( $SD = 1.19$ ) and women had a mean of 1.63 children with a range from zero to five ( $SD = 1.07$ ) with 18,5% of men and 17,6% of women having no children. Mean age of both genders was 40 years with a range varying from 23 years to 70 years ( $SD = 9.91$ ). Each also had a mean of 15 years of schooling with a range varying from seven to 25 ( $SD = 3.15$ ). The average salary range was \$30,000 Canadian (CDN) to \$34,000 CDN for women with a range varying from less than \$5,000 CDN to \$99,999 CDN ( $SD = \$15,000$  CDN), and \$50,000 CDN to \$54,000 CDN for men with a range varying from \$5,000 CDN to over \$200,000 CDN ( $SD = \$20,000$  CDN).

### *Procedure*

All couples were recruited through a group of couple therapists affiliated with a large French-language university in the province of Quebec. The therapists were all trained in cognitive behavioural couple therapy (Halford & Markman, 1997; Jacobson & Gurman, 1986; Wright & Sabourin, 1985) and attended monthly seminars where cases and intervention strategies based on the cognitive behavioural model were discussed. Therapists ranged from doctoral-level interns specializing in cognitive behavioural couple therapy to clinicians with over 30 years of experience in this sort of therapy. Mean years of experience in couple therapy was 10.36 ( $SD = 9.64$ ).

Therapists asked couples at their first session to participate in a study of couple therapy. Those who agreed were asked to complete a French version of the DAS (Spanier, 1976) and of the Psychiatric Symptoms Index (Ilfeld, 1976) at home and to mail back the questionnaires in a pre-addressed envelope. After the third session, spouses who remained in therapy and wished to participate in the study completed a French version of the CTAS-r in private and independently from each other. They then returned it to the experimenter in a sealed envelope. Couples were informed that data regarding their impressions of the therapy would not be disclosed to their therapists.

A number of participants were lost between the first ( $n=242$ ) and third sessions of therapy ( $n=155$ ) for an attrition rate of 35.95%. According to the therapists, spouses dropped out of the protocol mainly for three reasons: (a) they terminated the therapy ( $n=36$ ); (b) they wanted to evaluate the viability of their

union, get help in dealing with separation, and/or go through the process of divorce mediation ( $n=18$ ); or (c) they did not wish to continue with the research protocol ( $n=33$ ). In the case of early termination, the couples gave such reasons as wanting to consult a therapist for only one or two sessions, having limited financial resources preventing them from continuing treatment, being ambivalent about pursuing the therapy, or being referred to an external resource such as a drug or alcohol rehabilitation clinic. Couples who did not wish to pursue the research protocol gave such reasons as lack of time, overly long questionnaires and failure to see the advantage in participating. No couple was excluded from the research owing to the presence or severity of psychopathology, except when the presence of severe illness led to the termination or postponement of the therapy itself. This approach was adopted to ensure the ecological validity of the results, that is, that they could be generalized to real clinical settings. *T*-tests indicated that couples who did or did not complete the CTAS-r at the third session did not differ in terms of age, education, salary, duration of relationship, number of children, dyadic adjustment, and psychiatric symptoms.

### *Instruments*

Bourgeois et al. (1990) translated the CTAS into French following the recommendations of Brislin, Lonner, and Thordike (1973) and of Vallerand and Halliwell (1983). Items in the CTAS-r not already translated by Bourgeois et al. (1990) were translated using the same method. The CTAS-r was translated by a committee composed of three bilingual individuals, including a professional translator. The instrument was then translated back to English by a fourth person

who had not participated in the original translation process. This version was compared against the original English. Items that seemed to differ in meaning were reworked by all four translators until a consensus was reached. The Échelle d'alliance thérapeutique des couples (ÉATC) consists of 40 items rated on a 7-point Likert scale, for a maximum total score of 280. After the scores on selected items are reversed, ratings are added up to obtain scores for each subscale as well as a total alliance score (see Pinsof & Catherall, 1986, for more details). Higher scores reflect a more positive perception of the therapeutic alliance. For the purposes of this study, the authors divided the total alliance scores into 7 descriptive categories: extremely negative (scores from 40 to 79), very negative (from 80 to 119), negative (from 120 to 159), neutral (from 160 to 199), positive (from 200 to 239), very positive (from 240 to 279), and excellent (280).

The DAS (Spanier, 1976) is a 32-item self-report questionnaire widely used as an index of global marital adjustment. It contains four subscales: Consensus, Satisfaction, Cohesion, and Expression of affection. A score below 100 typically indicates negative adjustment. Reliability coefficients from .91 to .96 have been reported for the English version of this instrument (Filsinger & Wilson, 1983; Johnson & Greenberg, 1985; Spanier, 1976), while coefficients from .89 to .91 have been observed for the Échelle d'ajustement dyadique (ÉAD), its French version (Baillargeon, Dubois & Marineau, 1986; Sabourin, Lussier, Laplante & Wright, 1990).

The PSI (Ilfeld, 1976) is a self-report questionnaire used to measure symptoms of psychological distress experienced in the past seven days. This

standardized instrument yields a total score as well as scores for its four subscales (depression, anxiety, cognitive disturbances and hostility). A score above 29 indicates a high level of symptoms. This instrument was translated into French and standardized by Kovess, Murphy, Tousignant, and Fournier (1985). It has demonstrated good psychometric properties in both English and French with alpha coefficients varying from .72 to .96 (Ilfeld, 1976; Kovess et al., 1985; Martin, Sabourin & Gendreau, 1989).

## RESULTS

### *Descriptive Statistics*

Distribution of scores for all measures are presented in Table 1. Mean scores on the DAS for both men and women were under 100, which suggests that the sample of couples was fairly distressed. The scores were in the range of means obtained in studies that used the DAS with couples under therapy (e.g., Bourgeois et al., 1990; Holtzworth-Munroe, Jacobson, DeKlyen & Whisman, 1989; Johnson & Greenberg, 1985; Johnson & Talitman, 1997). PSI scores suggest that the women in the sample suffered from symptoms of depression, anxiety, cognitive disturbances, and hostility, while the men suffered mostly from depression and hostility in the week prior to evaluation. It is not possible to compare whether the present sample is more or less disturbed than other samples used in similar studies, since this is the first study on therapeutic alliance in couple therapy that has provided data on the level of psychological distress of the spouses.

Ratings on the CTAS-r for both men and women were fairly high considering that the possible range ran from 40 to 280. More specifically, 1.3% of

the men had a negative impression of the therapeutic alliance (scores of 120 to 159), 10.5% had a neutral impression (160 to 199), 36.9% had a positive impression (200 to 239), 46% had a very positive impression (240 to 279), and 5.3% had an excellent impression (280). It is interesting to note that few men had a negative impression of the therapeutic alliance and that no man had a very negative impression of the alliance. In comparison, 7.6% of the women had a neutral impression of the therapeutic alliance, 27.8% had a positive impression, 58.3% had a very positive impression, and 6.3% had an excellent impression. No woman had a negative or very negative impression of the therapeutic alliance. It is important to mention that although the scores are fairly high for both men and women, they are within the range reported by several authors who have used the CTAS (e.g., Bourgeois et al., 1990; Heatherington & Friedlander, 1990; Pinosof & Catherall, 1986; Quinn et al., 1997). The total alliance scores for men and women appeared to be in a fairly normal distribution, as estimates of skewness and tests of kurtosis failed to reach  $\pm .8$  and  $\pm .1$ , respectively (for similar cases, see Tabachnick & Fidell, 2001).

For comparison purposes, inter-gender differences in ratings were assessed using the *t*-test. No significant difference emerged for partial or total alliance scores, which suggests that the means for both men and women were consistent across all subscales. Further analyses indicated that alliance ratings for men did not vary significantly by age, education, salary, duration of relationship and number of children. Alliance ratings for women did not vary significantly

according to age, salary or duration of relationship but were negatively related to education  $r(78) = -.23, p < .05$  and number of children,  $r(78) = -.237, p < .05$ .

#### *Reliability and Intercorrelations*

The instrument's internal consistency was examined using Cronbach's alpha coefficient. Total scores for both men and women obtained coefficients of .95. Those for the subscales ranged from .73 to .95 for men and from .79 to .95 for women, which indicates good internal consistency. It is worth noting that these coefficients are slightly higher than those obtained for the original English version. Intercorrelations between the subscales and the full scale and between the various subscales are reported in Table 2. Correlations between the subscales and full scale vary from .84 to .95 for men and from .88 to .96 for women.

Intercorrelations between subscales range from .62 to .86 for men and from .64 to .84 for women. Those results are again comparable to those obtained in previous studies (e.g., Bourgeois et al., 1990; Heatherington & Friedlander, 1990).

#### *Relation to Other Variables*

In order to examine the relationship among marital adjustment, psychiatric symptoms and therapeutic alliance, CTAS-r ratings for both men and women were correlated to those on the DAS and PSI scales. Analyses indicated that DAS scores for both men,  $r(76) = .43, p < .01$  and women  $r(79) = .48, p < .01$  were significantly correlated to their total alliance ratings, whereas PSI scores were not. Moreover, the women's DAS scores predicted their total alliance scores  $\beta(4, 77) = .40, p < .01$  even when education, number of children, and psychiatric symptoms were controlled for. Similarly the men's DAS scores predicted their total alliance

ratings  $\beta(2, 75) = .45, p < .01$ ) when education, number of children, and psychiatric symptoms were controlled for. It is worth noting that psychiatric symptoms did not predict total alliance scores for either men or women.

### *Split Alliance*

The presence of split alliances in the sample was examined by comparing spouses' CTAS-r ratings according to two different criteria. First, we examined differences of more than one standard deviation from the sample mean in spouses' ratings. On this basis, 32% of the couples could be considered to be in a split alliance. Second, differences of more than two standard deviations from the sample mean in couples' ratings were identified. On this more conservative basis, 13.3% of the couples could be said to be in a split alliance. These results are slightly lower than those obtained by Heatherington and Friedlander (1990) on the same bases (43% and 14%, respectively). However, this could be due to differences between the two studies in sample size, composition and treatment approach.

It is interesting to note that split alliance couples as well as similar alliance couples had both high and low alliance ratings. Alliance scores for men experiencing a split alliance ranged from 155 to 280, while alliance scores for men experiencing a similar alliance ranged from 193 to 280. Furthermore, alliance scores for women experiencing a split alliance ranged from 163 to 280, while alliance scores for women experiencing a similar alliance ranged from 193 to 280. Thus, spouses experiencing a similar alliance had alliance ratings that most often tended to be very positive (86.2% and 82.3% of similar alliance couples when



using respectively the more conservative and the less conservative rule of measurement). However, their ratings were also sometimes neutral with both scores in the neutral range of scores (4.6% and 5.9% of similar alliance couples) or neutral-positive with one score in the higher portion of neutral range and one score in the lower portion of the positive range (9.2% and 11.8% of similar alliance couples). In 62.5% and 60% of the split alliance couples (as measured respectively by a difference of more than one and two standard deviation from the sample mean), the man posted a lower total alliance rating. The inverse was true for the remaining 37.5 and 40%.

The relationship between alliance ratings and split alliance was examined further by running a MANOVA with the alliance ratings as the dependent variable and the split vs similar alliance as the independent variable. When the less conservative rule to determine split alliances was used, results indicated that men's total alliance scores were significantly lower in couples in a split alliance  $F(1, 73) = 8.17, p < .006, \eta^2 = .10$  with men's self-other subscale scores being most affected  $F(1, 73) = 11.15, p < .001, \eta^2 = .13$ . On the other hand, women's total alliance scores did not appear to differ between split and similar alliance couples. Even when a more conservative rule was applied, men's total alliance scores were still significantly different between split alliance couples and similar alliance couples. Furthermore, results indicated that two alliance subscales for women were significantly different between similar- and split-alliance couples, that is, the couple-therapist alliance subscale  $F(1, 73) = 4.99, p < .028, \eta^2 = .05$  and the bonds subscale  $F(1, 73) = 4.68, p < .034, \eta^2 = .06$ . In sum, women in a split

alliance scored lower on certain components of the alliance than did those in a similar alliance, although their total alliance scores were comparable.

*T*-tests were conducted to examine if differences in demographic variables could be detected between the split and similar alliance couples. Results indicate that couples experiencing a split alliance were younger (men :  $t(73) = -2.415, p = .018$ ; women :  $t(73) = -2.501, p = .015$ ), more likely to be married ( $t(73) = 2.836, p = .006$ ), and for a shorter period of time ( $t(73) = -2.260, p = .009$ ) than couples experiencing a similar alliance. Differences in marital adjustment and psychiatric symptoms between split alliance couples and similar alliance couples, also, were tested using a MANOVA, with DAS and PSI ratings as the dependent variables and the split vs similar alliance categories as the independent variable. When the less conservative rule was used, results showed that men's marital adjustment  $F(1, 73) = 3.86, p < .053$  and women's psychiatric symptoms  $F(1, 73) = 3.78, p < .056$ , especially those related to anxiety  $F(1, 73) = 5.18, p < .026$ , were significantly lower in split alliance couples. No other differences were found between similar- and split-alliance couples.

## DISCUSSION

Results indicate that the CTAS-r is internally consistent and shows a normal distribution. Fairly high alliance ratings were obtained for both men and women in our study, which perhaps reflect three common clinical observations. First, individuals who fail to create an adequate therapeutic alliance with their therapist at the beginning of therapy are more likely to drop out prematurely (Piper, Ogrodniczuk, Joyce, McCallum, Rosie, O'Kelly & Steinberg, 1999); thus,

when the alliance is measured at the third session, those individuals may have already dropped out of the therapy and consequently out of the research protocol. Interviews conducted with the clinicians in our study have suggested that failure for couple-therapist triads to form a good collaborative relationship at the beginning of therapy often leads to premature termination of the therapy within the first few sessions of therapy. This observation seems to be in accord with what has been observed in previous studies (Davenport & Ratliff, 2001; Kokotovic & Tracey, 1990). Second, clients seem very reluctant to say anything negative about their therapeutic experience even when they are told that their responses will be confidential (Pinsof & Catherall, 1986). Finally, although researchers have not examined this question in the context of couple therapy, it can be hypothesised that therapists may be less confrontational with their clients early on in the therapy while they are generally conducting their assessment (Horvath & Luborsky, 1993).

From a clinical perspective, the conceptualization of the therapeutic alliance as the sum of the bonds and agreements on goals and tasks between the therapist and the client system appears useful and valid. However, the high correlations found between the content subscales and between the interpersonal subscales of the CTAS-r undermine the validity of the conceptualization of alliance as a multidimensional concept. The situation is rendered all the more complex by certain authors who have explained that, although the alliance is a multidimensional concept, its dimensions are closely linked and affect each other in a circular manner (e.g., Heatherington & Friedlander, 1990; Pinsof & Catherall, 1986). Although the sample size in this study is too small, a factor analysis may

shed some light as to the validity of the content and interpersonal subscales and should be conducted in future studies. For the time being, empirical data gathered suggests that the CTAS-r may be most valid and useful when using the total score. It may be that clients are more likely to form a general opinion of their therapist than to form distinct impressions about various aspects of their relationship with their therapists. Thus, in most cases, individuals could see the therapeutic alliance simply as one component. However, there may be cases where individuals have a generally good impression of their therapists, but believe for example that they do not understand their goals in therapy. In those cases, the client may rate the alliance based on their general impression of the therapist, but also on a secondary impression that does not concord well with their overall evaluation. These hypotheses should be examined in future studies.

Of interest is the observation that couples who pursued the protocol and those who dropped out did not differ in terms of age, education, salary, duration of relationship, number of children, dyadic adjustment, and psychiatric symptoms. This may indicate that, aside from couple-specific characteristics (e.g., level of distress), predicting whether couples will take part in research protocols requires that attention be paid also to more relational variables such as trust in the therapist and a clear understanding of the study and its pros and cons.

Data gathered in this study indicates that marital adjustment predicts quality of therapeutic alliance at session 3. However, as other studies have failed to produce analogous results, it would be important to replicate this study using once again a sample with large variability in marital adjustment scores.

Furthermore, given that the link between marital adjustment and outcome of couple therapy has been well documented, it would be interesting to examine whether alliance acts as a mediating variable in this relationship. Unlike marital adjustment, psychiatric symptoms did not prove related to alliance formation. Consequently, it may be that the establishment of a good therapeutic alliance is influenced not only by the presence or number of difficulties presented by couples, but also by which difficulties affect them. Thus, a therapist may view the treatment of a couple where one spouse is very dissatisfied of the marriage and of a couple where one spouse is very anxious as equally challenging. Although both cases could appear to have a similar levels of difficulty, the couple where one spouse is very dissatisfied of the relationship may require more work in order to establish a good alliance. Therapist should therefore try to identify which difficulties are affecting the couples when devising strategies to better foster the alliance during the course of treatment.

Results indicate that more than 10% of couples in couple therapy present a split alliance. However, the presence of a split alliance seems to be associated with different characteristics in couples. Couples that are younger and more recently married appear more likely to have a split alliance. Men appear more likely to be part of a couple that will experience a split alliance if their marital adjustment and alliance ratings are low. Women, instead, are more likely to be part of a couple that will experience a split alliance if they present with fewer psychiatric symptoms, especially those pertaining to anxiety. If these findings were to be replicated, it might suggest that spouses who experience a split alliance

present a different profile, whereby a split alliance is more likely to occur when men experience distress in their marital relationship and when women are better adjusted in terms of mental health symptoms. Results obtained for women seem to challenge the common belief that better adjusted individuals are more likely to experience a more positive alliance. It may be that well-adjusted women are better able to be critical and affirmative with respect to the process of therapy. It may also be that women experiencing more psychological symptoms are more invested in coming to couple therapy and in forming a strong alliance with the therapist in the hope of alleviating those symptoms. However, these hypotheses need to be studied more closely before reaching conclusions. Finally, where women are concerned, number of years of education and number of children appear to be negatively associated with their perception of the alliance at the third session.

Some limitations of this study bear note. First, the study used a self-report questionnaire to measure therapeutic alliance, but no observational measure of therapeutic alliance. Studies have shown that alliance questionnaires, the CTAS and CTAS-r in particular, tend to render fairly high alliance ratings (Bourgeois et al., 1990; Heatherington & Friedlander, 1990; Pinsof & Catherall, 1986) which makes it difficult to separate low alliance individuals from high alliance individuals. Furthermore, since most individuals rate the alliance as fairly high, it could be difficult to show improvement in the alliance if it was measured at two different moments in therapy. The discrimination of the CTAS-r might be improved by modifying its rating scale. For example, instead of answering “strongly agree” to the item “The therapist and I are in agreement about the goals for this therapy,”

a client could choose between “seventy percent of the time,” “eighty percent of the time,” and “ninety percent of the time.” Furthermore, this study may have benefited from measures assessing not only clients’ perceptions, but also therapists’ perceptions of the alliance. Finally, only client factors were examined as predictors of therapeutic alliance, leaving therapist factors such as experience and gender unexplored.

Conclusions that have been drawn from data concerning correlates of alliance and split alliances in this sample should be considered preliminary, as few studies to our knowledge have examined these phenomena in detail. Furthermore, it would be interesting to compare the development of alliance over time for couples experiencing a split alliance against that of couples experiencing a similar alliance, as well as to assess the impact of split alliances on the outcome of therapy. Future studies would also do well to measure the therapeutic alliance several times over the course of therapy. This would enable researchers to determine the stability and range of alliance scores over time. It would also help to determine whether high alliance scores are more likely to occur at the third therapy session than at other moments. Horvath and Symonds (1991) have found that alliance scores are comparable when measured at different moments in individual and group therapy, however this has not been verified in the context of couple therapy. Finally, future studies should also seek out the client characteristics likely to foster or hinder the establishment of a good therapeutic alliance. Understanding this may help clinicians to better identify couples at risk of forming a weak alliance and thereby tailor their interventions with a view to

maximizing the establishment of a positive alliance early on in the therapeutic process.



## REFERENCES

- Alexander, J. F., Holtzworth-Munroe, J. & Jameson, P. B. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 595-630). New York: John Wiley & Sons.
- Baillargeon, J., Dubois, G. & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'Ajustement Dyadique [French translation of the Dyadic Adjustment Scale]. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 18, 24-34.
- Bourgeois, L., Sabourin, S. & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 608-613.
- Brislin, R. W., Lonner, W. J. & Thordike, R.M. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: John Wiley.
- Brown, P. D. & O'Leary, K. D. (2000). Therapeutic alliance: predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 340-345.
- Carpenter, J. & Treacher, A. (1989). *Problems and solutions in marital and family therapy*. Cambridge, MA: Basil Blackwell, Inc.
- Falloon, I. (1991). Behavioural family therapy. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy: Volume II*. New York: Brunner/Mazel.
- Filsinger, E. E. & Wilson, M. R. (1983). Social anxiety and marital adjustment. *Family Relations*, 32, 513-519.

- Halford, W. K. & Markman, H. J. (1997). *Clinical handbook of marriage and couples interventions*. New York: John Wiley & Sons.
- Heatherington, L. & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family therapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, *16*, 299-306.
- Holtzworth-Munroe, A., Jacobson, N. S., DeKlyen, M. & Whisman, M. A. (1989). Relationship between behavioral marital therapy outcome and process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 658-662.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 561-573.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*, 139-149.
- Ilfeld, F. W. (1996). Methodological issues in relating psychiatric symptoms to social stressors *Psychological Reports*, *39*, 1251-1258.
- Jacobson, N. S. & Addis, M. E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 85-93.
- Jacobson, N. S. & Gurman, A. (1986). *Clinical handbook of marital therapy*. New York: Guilford Press.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1985). Differential effects of experiential and problem solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of*

*Consulting and Clinical Psychology*, 53, 175-184

- Johnson, S. M. & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135-152.
- Kokotovic, A. M. & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16-21.
- Kovess, V., Murphy, H. G., Tousignant, M. & Fournier, L. (1985). *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des dsc de Verdun et de Rimouski*. Montréal : Unité de Recherche du Centre Hospitalier Douglas.
- Lambert, M. J. & Lambert, P. B. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Martin, F., Sabourin, S. & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique : Analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique. *Journal International de Psychologie*, 24, 571-584.
- Patterson, J., Williams, L., Grauf-Grounds, C. & Chamow, L. (1998). *Essential skills in family therapy: From the first interview to termination*. New York: The Guilford Press.
- Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of family,*

*individual, and biological therapies*. New York: Basic Books.

Pinsof, W. M. & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance:

family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and*

*Family Therapy*, 12, 137-151.

Piper, W. E., Ogradniczuk, 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, 114-122.

Quinn, W. H., Dotson, D. & Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance

and their association with outcome in family therapy. *Psychotherapy*

*Research*, 7, 429-438.

Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy.

*Psychotherapy in Practice*, 56, 211-224.

Raytec, H. S., McCrady, B. S., Epstein, E. E. & Hirsch, L. S. (1999). Therapeutic

alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment.

*Addictive Behaviors*, 24, 317-330.

Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B. & Wright, J. (1990). Unidimensional and

multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical

reconciliation. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and*

*Clinical Psychology*, 2, 333-337.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the

quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*,

38, 15-28.

- Snyder, D. K., Mangrum, L. F. & Wills, R. M. (1993). Predicting couple's response to marital therapy: A comparison of short- and long-term predictors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 61-69.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics: Fourth edition*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Vallerand, R. J. & Halliwell, W. R. (1983). Vers une méthodologie trans-culturelle des questionnaires psychologiques : implications pour la psychologie du sport. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences, 8*, 9-18.
- Wright, J. & Sabourin, S. (1985). *L'intervention auprès du couple : Diagnostic et traitement*. Saint-Damase : Les Éditions consultation.

Table I  
Distribution of Scores by Gender

Measure	Men ( <i>n</i> =76)			Women ( <i>n</i> =79)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range
	DAS	93.76	15.34	52-132	89.47	18.98
PSI	26.20	14.76	1-79	38.40	18.85	3-89
Depression	30.73	18.73	3-83	47.07	22.51	10-97
Anxiety	19.02	15.15	0-82	30.93	19.96	0-88
Cognitive disturbances	26.33	18.64	0-75	35.84	22.57	0-100
Hostility	33.36	19.97	0-100	39.71	23.07	0-100
CTAS-r	241.40	27.10	155-280	246.39	26.78	163-280

Table II

## Subscale Intercorrelations and Subscale-Full Scale Correlations for the CTAS-r

---

Interpersonal Subscales

	Self	Other	Couple	Spouses	Full
Self	-	.62	.86	.78	.91
Other	.77	-	.66	.71	.84
Couple	.90	.75	-	.78	.90
Spouses	.64	.70	.65	-	.93
Full	.89	.90	.88	.88	-

Content Subscales

	Tasks	Bonds	Goals	Full
Tasks	-	.81	.80	.95
Bonds	.84	-	.81	.93
Goals	.81	.84	-	.91
Full	.96	.95	.92	-

---

Note. Correlations for men ( $n=76$ ) are above the diagonal and correlations for women ( $n=79$ ) are below the diagonal. All correlations are significant at  $p < .01$  or higher.

Table III

Summary of Simultaneous Multiple Regression Analysis for Variables Predicting Therapeutic Alliance Scores at the 3<sup>rd</sup> Session

Variable	Therapeutic Alliance					
	Men ( <i>df</i> = 75)			Women ( <i>df</i> = 77)		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$
Years of schooling	1.51	.83	.19	-1.04	.92	-.12
Number of children	-2.00	2.35	-.09	-4.13	2.41	-.17
Psychiatric Symptoms	.31	.19	.17	-.14	.14	-.10
Dyadic Adjustment	.74	.17	.45***	.57	.15	.40***

\*\*\*  $p < .005$ .



**CHAPITRE SECOND :**

**INTERPERSONAL PROBLEMS AND THERAPEUTIC  
ALLIANCE IN COUPLES SEEKING THERAPY**

Soumis à la revue

*Psychotherapy Research*

Running head: INTERPERSONAL PROBLEMS AND ALLIANCE

Interpersonal Problems and Therapeutic Alliance in Couples Seeking Therapy

Salima Mamodhousen, John Wright, Nadine Tremblay

Université de Montréal, Québec, Canada

Stéphane Sabourin

Université Laval, Québec, Canada

Salima Mamodhousen, B.A., John Wright, Ph.D., and Nadine Tremblay, M.Ps., Department of Psychology, Université de Montréal, Canada; Stéphane Sabourin, Ph.D., Department of Psychology, Université Laval, Canada.

This study was made possible by a scholarship to the first author and by a research grant to the second author, both from the Conseil Québécois de la Recherche Sociale. The authors would like to thank Dr. William Pinsof for allowing them to use The Therapeutic Alliance Scale – revised (1995). The authors are also thankful to the clinicians who generously participated in the present study, and to Pierre McDuff for his comments on an earlier draft of this article.

Correspondence should be addressed to Salima Mamodhousen, Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale A, Montréal, Québec, H3C 3J7. E-mail : [REDACTED]

Interpersonal Problems and Therapeutic Alliance in Couples Seeking Therapy

## Abstract

*This study describes spouses' interpersonal problems, examines the association between interpersonal problems and marital distress, and investigates the impact of interpersonal problems on the strength and splits of therapeutic alliance. Two hundred and twenty-one spouses in couple therapy completed the Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976) and the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32; Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000) at session one, and the Couple Therapy Alliance Scale – revised (Pinsof, 1995) at sessions three and six. Results indicate that dominant women are more likely to be with submissive men, and that socially inhibited men or women are more likely to be with non-assertive partners. Furthermore, spouses with higher levels of interpersonal problems tend to experience more relationship distress. Finally, men's interpersonal problems predicted men and women's alliance ratings, and men and women's interpersonal problems predicted split alliances at session three. Clinical considerations and directions for future research are discussed.*

## Introduction

The therapeutic alliance can be loosely defined as the collaborative bond that exists between and within the client system and the therapist system (Pinsof & Catherall, 1986; Pinsof, 1995). This collaborative bond encompasses an agreement on the goals of therapy, an agreement on the tasks necessary in order to achieve those goals, as well as an emotional component regarding the relationship between the parties (Bordin, 1979; Pinsof, 1995). It is not uncommon to find in the context of couple therapy that perceptions of alliance within the client system, or between the spouses, can differ greatly. Pinsof and Catherall (1986) have used the term “split alliance” to refer to those cases.

Evidence suggests that the therapeutic alliance is one of the strongest predictors of improvement following individual and couple therapy across diverse treatment orientations and modalities (Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990; Horvath & Symonds, 1991; Johnson & Talitman, 1997; Martin, Garske & Davis, 2000; Rait, 2000). Moreover, meta-analytic reviews suggest that there is a moderate but reliable relation between alliance and therapeutic gains (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). A study conducted by Quinn, Dotson, and Jordan (1997) also found that the presence of splits in the alliance was related to positive therapeutic outcome. Given the importance of therapeutic alliance to effective therapy, researchers have recently begun studying different factors related to alliance formation in individual and couple psychotherapy.

Among the many variables that have been examined in individual psychotherapy, client's interpersonal patterns have spurred much interest (Muran,

Segal, Samstag & Crawford, 1994; Santiago et al., 2002; Saunders, 2001). Some researchers have operationalized this variable in terms of interpersonal problems. Gurtman (1996) has postulated that interpersonal problems may shape the therapeutic alliance and general psychotherapy processes, therefore facilitating or hindering therapy. Muran and colleagues (1994) found that in a sample of 32 patients undergoing individual cognitive therapy, excessive friendliness and submissiveness were positively correlated to alliance, whereas excessive hostility and dominance were negatively correlated to alliance at the third session. Connolly Gibbons, Crits-Christoph, de la Cruz, Barber, Siqueland, and Gladis (2003) reproduced those results using 201 patients in individual psychotherapy. Similarly, Kokotovic and Tracey (1991) have found that individuals who rated high on hostility formed alliances of poor quality with their therapists. Hersoug, Monsen, Havik and Hoglend (2002) found, using a sample of 270 individuals seeking counseling within the Norwegian public health system, that clients' hostility predicted lower alliance ratings. In 2001, Saunders reported that being overly detached predicted lower alliance scores in clients (N=101) undergoing long-term psychodynamic therapy. These results, taken together, seem to indicate that interpersonal problems related to hostility and dominance may prevent a good therapeutic alliance from forming. On the other hand, only one study found that being overly friendly and submissive could facilitate alliance formation.

Although no study has targeted the impact of interpersonal problems on alliance formation in couple psychotherapy, results obtained in the field of individual psychotherapy underline the relevance of this variable. Since many

studies have indicated that partners' individual characteristics affect relationship satisfaction (e.g., Cobb, Davila & Bradbury, 2001; Rao, Hammen & Daley, 1999; Ruvulo & Fabin, 1999), it may also be interesting to verify the relationship between interpersonal problems and relationship satisfaction. Interpersonal problems could hinder intimate relationships and have been found to be negatively associated with social adjustment (Vittengl, Clark, & Jarrett, 2003). Furthermore, individuals tend to report having interpersonal problems in more than one social relationship, for example with their spouse and children (Krause & Rook, 2003). It is not yet known, however, if individuals with interpersonal problems tend to be paired with spouses having themselves difficulties relating to others. Saffrey, Bartholomew, Scharf, Henderson and Koopman (2003) have examined the relationship between interpersonal problems and relationship satisfaction in 76 couples. They found that women's self-perceptions of interpersonal problems, particularly those related to being overly hostile and dominant, were negatively correlated to both partners' relationship satisfaction and quality ratings. Interestingly, they found few associations between men's self-perceptions of interpersonal problems and either partner's relationship satisfaction and quality scores. They did find, nonetheless, that men's self-perceptions about being overly hostile were negatively correlated to the quality of their relationship. However, Saffrey et al. (2003) failed to examine the relationship between spouses' interpersonal difficulties.

The purpose of this study was threefold : 1) explore the relationship between men and women's interpersonal problems; 2) examine the association

between spouses' interpersonal problems and marital distress; 3) determine the impact of spouses' interpersonal problems on the strength and splits of therapeutic alliance. In order to do so, the present study assessed couple distress, interpersonal problems and quality of therapeutic alliance in a large sample of couples seeking conjugal therapy. It was expected that spouses who were distressed with respects to their current relationship would have more severe interpersonal problems than spouses who were not distressed. Furthermore, it was expected that interpersonal problems related to being overly hostile and dominant would hinder the quality of alliance; and that interpersonal problems related to being overly friendly and submissive would promote alliance. In order to prevent marital distress from confounding the relationship between interpersonal problems and therapeutic alliance, this variable was controlled in all analyses involving the two latter variables. Furthermore, in order to prevent the attrition rates at session three and six to confound the results obtained in this study, the relation between interpersonal problems, therapeutic alliance and attrition was carefully examined at sessions three and six.

## Method

### *Participants*

The participants in this study were 221 French-speaking individuals living in the province of Quebec. The sample included 108 couples in which data was collected from both partners. Five additional individuals were included although their partners were excluded because of missing data. These individuals were followed for at least three sessions of couple therapy. Mean age of men was 41.28



with a range varying from 23 years to 70 years ( $SD = 9.73$ ) and mean age of women was 39.38 with a range varying from 24 to 70 ( $SD = 9.10$ ). Sixty one percent of couples were married and 39% of couples were cohabiting. All had been living together for at least one year, with a range varying from one year to 48 years ( $M = 12.60$ ,  $SD = 9.69$ ). Men had a mean of 1.67 children from their present and previous relationships, with a range from zero to five ( $SD = 1.18$ ) and women had a mean of 1.57 children from their present and previous relationships, with a range from zero to five ( $SD = 1.11$ ). Twenty percent of both men and women had no children. Men had a mean of 16.19 years of schooling with a range varying from 7 to 25 ( $SD = 3.29$ ). Women had a mean of 15.38 years of schooling with a range varying from 8 to 24 ( $SD = 2.98$ ). The average salary range was \$30,000 Canadian (CDN) to \$34,000 CDN for women with a range varying from less than \$5,000 CDN to \$99,999 CDN ( $SD = \$15,000$  CDN), and \$50,000 CDN to \$54,000 CDN for men with a range varying from \$5,000 CDN to over \$200,000 CDN ( $SD = \$20,000$  CDN).

### *Therapists*

Couples were recruited by a group of 11 couple therapists affiliated with a large North American university. The therapists were all trained in cognitive behavioral couple therapy or CBCT (Halford & Markman, 1997; Jacobson & Gurman, 1986; Wright & Sabourin, 1985). They ranged from doctoral-level interns in psychology who had completed at least six month of supervised training in CBCT to psychologists with over 30 years of experience in this modality of treatment. Mean years of experience in couple therapy was 10.36 ( $SD = 9.64$ ). In

order to assure adherence to the cognitive behavioral model and uniformity in the diagnosis and treatment provided, all therapists attended monthly meetings where cases and intervention strategies based on the cognitive behavioral model were discussed. As well, all graduate students and postdoctoral interns received weekly supervision to assure quality of treatment and adherence to the cognitive behavioral model.

### *Procedure*

Couples were recruited after they had decided to seek treatment from either one of the therapists participating in this research. Therapists asked both spouses at their first session if they wished to be part of a study on couple therapy and fully explained the procedure to them. Informed consent was obtained from couples that agreed to participate. Those couples were then asked to complete a French version of the Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) and of the Inventory of Interpersonal Problems<sup>1</sup> (Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000) at home and to mail back the questionnaires in a pre-addressed envelope. After the third session, couples that continued with their treatment and wished to continue participating in the study, completed a French version of the CTAS-r at home and without consulting each other. They then returned their questionnaires to the experimenter in a sealed envelope. After the sixth session, couples who were still engaged in therapy were again administered a French version of the CTAS-r. Couples were informed their ratings of the CTAS-r would not be revealed to their therapists.

### *Attrition*

This study was conducted as part of a large naturalistic investigation on couple therapy. Following the recommendations of many authors (e.g., Johnson & Lebow, 2000; Markman, Halford & Cardova, 1997; Pinsof, Wynne & Hambright, 1996; Wright, Sabourin, Mamodhoussen & Mondor, 2004), it aimed at providing results that reflect the practice of couple therapy in real clinical settings.

Therefore, the criteria used to exclude couples for the initial part of the study were less restrictive than the majority of published studies on the process or outcome of marital therapy (Sexton, Alexander & Mease, 2004; Wright et al., 2004). Couples were not excluded if: a) one spouse presented individual psychopathology; b) spouses consulted to evaluate the viability of their relationship; c) spouses wished to consult for a very short number of sessions for various reasons (e.g., they wanted to discuss a single issue in therapy, they had financial constraints, they were soon moving out of the city); or d) couples required only a few sessions of therapy in order to achieve their objectives were not screened out of the protocol at the first session. The only motive for exclusion was the presence of current dangerous physical conjugal violence, substance abuse or psychological problems in one or both partners that would interfere with effective CBCT.

Using all the criteria mentioned above, we were able to recruit 343 individuals at their first session of therapy. The number of couples that participated in the study from session one to session three diminished from 343 individual to 221 individuals for an attrition rate of 35.6%. The number of couples that participated from session three to session six also dropped considerably from 221 individuals to 101 individuals for an attrition rate of 54.3%. The attrition rates

of this study are probably partly explained by the broad acceptance procedure that was used. Another possible reason explaining the attrition rates can include the couples' decision to withdraw from the research, but not from treatment.

Nevertheless, they appear comparable to those of other studies examining the factors related to therapeutic alliance in individual psychotherapy, which have obtained attrition rates varying from 12.5% to 86% (Brown & O'Leary, 2000; Connolly Gibbons et al., 2003; Muran et al., 1994; Santiago et al., 2002; Saunders, 2001). The only two studies that have examined variables related to the establishment of alliance in couple therapy did not report their attrition rates (Bourgeois et al., 1990; Johnson & Talitman, 1997).

In order to ascertain the impact of pretreatment variables on spouses' participation in the research protocol,  $t$ -tests were conducted. Results indicated that couples who did or did not complete the CTAS-r at the third session did not differ in terms of age, education, duration of relationship, number of children, dyadic adjustment and interpersonal problems. However, women in couples who completed the CTAS-r at the third session, compared to women in couples who did not, had lower income ( $t(170) = -1.99$ ,  $p = .048$ ).  $T$ -tests also indicated that couples that did or did not fill out the CTAS-r at the sixth session were not significantly different in terms of age, education, income, duration of relationship, number of children and marital distress. Interestingly, women in couples who completed the CTAS-r at the sixth session appeared to be overly submissive ( $t(50) = 2.01$ ,  $p = .046$ ) compared to women in couples who did not. Couples who participated in the study at the third session but not at the sixth session did not

differ on any of the variables used in the previous t-tests. Furthermore, logistic regressions revealed that alliance scores did not predict attrition for men,  $\beta(2, 113) = .01, p = .25$ , nor women.  $\beta(2, 113) = .00, p = .68$ .

### *Measures*

*Marital distress* was assessed at the first session of therapy using a French version of the Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976). This instrument is a 32-item self-report questionnaire frequently used as an index of global marital adjustment. A score below 100 has been used in previous studies to indicate clinically significant marital distress (e.g., Bourgeois et al., 1990). Reliability coefficients ranging from .91 to .96 have been reported for the English version of this test (Filsinger & Wilson, 1983; Johnson & Greenberg, 1985; Spanier, 1976), while coefficients ranging from .89 to .91 have been observed for its French version (Baillargeon, Dubois & Marineau, 1986; Sabourin, Lussier, Laplante & Wright, 1990).

*Interpersonal problems* were measured at the first session of therapy using a French version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32; Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000). The IIP-32 is a self-report questionnaire with 32 items rated on a 5-point Likert scale ranging from "not at all" to "extremely". This instrument samples different types of difficulties that individuals may have in various social situations. The IIP-32 reflects dimensions of affiliation (i.e., hostility-friendliness) and control (i.e., dominance-submissiveness). Accordingly, eight subscales were derived that reflect in different proportions the two dimensions of affiliation and control: Domineering, Vindictive, Cold, Socially

inhibited, Non-assertive, Overly accommodating, Self-sacrificing, and Intrusive. An overall level of problems can also be calculated by taking the mean score from all items. The IIP-32 includes such items as : “I try to control other people too much,” “I find it hard to tell a person to stop bothering me,” and “I am overly generous to other people.” The IIP-32 was translated into French for the purpose of this study using the recommendations of Brislin, Lonner, and Thordike (1973) and of Vallerand and Halliwell (1983). A committee of three bilingual individuals, including a professional translator, translated the instrument in French. It was then translated back to English by a fourth person who had not taken part in the original translation process. This English version was compared against the original English instrument. Items that appeared to differ in their meaning were reworked by the four translators until a consensus was reached. The psychometric properties of the English IIP-32 have been well documented (Horowitz et al., 2000) and appear adequate. Reliability coefficients for the French version are satisfactory with total scale alpha scores of .90 for men and .93 for women, and with subscale alpha scores ranging from .72 to .86 for men and from .74 to .86 for women. Scores of 50 represent the mean level of interpersonal problems for this instrument, while scores equal or above 70 represent scores of clinical significance (Horowitz et al., 2000).

*The therapeutic alliance* was assessed at the third and sixth session of couple therapy using a French version of the Couples Therapy Alliance Scale – revised (CTAS-r; Pinsof, 1995). The CTAS-r is a self-report questionnaire designed to measure alliance specifically in couple therapy from spouses’ points of

views. This instrument contains 40 items rated on a 7-point Likert scale ranging from “completely agree” to “completely disagree” for a maximum total score of 280. For the purpose of this study, the total CTAS-r score was divided into seven descriptive categories relating to therapeutic alliance quality : extremely negative (scores from 40 to 79), very negative (from 80 to 119), negative (from 120 to 159), neutral (from 160 to 199), positive (from 200 to 239), very positive (from 240 to 279), and excellent (280). The CTAS-r reflects the three components of alliance as described by Bordin (1979) (i.e., bonds, goals and tasks) across each of the four interpersonal subsystems in couple therapy : a) alliance between one spouse and the therapist; b) alliance between the other spouse and the therapist; c) alliance between the couple and the therapist; and d) alliance between the spouses. The CTAS-r includes items such as: “I trust the therapist;” “The therapist has the skills and ability to help my partner;” “The therapist cares about the relationship between my partner and I, ” “My partner and I are in agreement about the goals for this therapy,” and “My partner and I trust each other in this therapy. ” The French version of the CTAS-r has been translated following the method described in the previous section. It has been found to have adequate internal consistency with an alpha of .95 for the total score and alphas ranging from .73 to .92 for the subscale scores. To our knowledge, alphas for the English CTAS-r have not been published to this date. However, reliability of the CTAS (Pinsof & Catherall, 1986) that contains 29 items in common with the CTAS-r (Pinsof, 1995) has been found adequate by previous authors (Johnson & Greenberg, 1985; Johnson & Talitman, 1997).

## Results

### *Descriptive Results*

Distribution of scores for all measures are presented in Table 1. Mean scores on the DAS for both men and women are under 100, which indicates the sample of couples to be fairly distressed with respect to their current relationship. Subsequent analyses reveal that 19.5% of men were very distressed (scores under 80), 46.9% were mildly distressed (scores above 80 and under 100), and 33.6% were not considered to be in the distressed range (scores equal to or above 100). Furthermore, 27.4% of women were very distressed, 41.6% were mildly distressed, and 31.0% were not in the distressed range. In 78.8% of cases, at least one spouse was considered to be in the distressed range of the DAS; and in 52.3% of cases, only one spouse was considered to be distressed. Couples where one or two spouses were not considered to be distressed on the DAS reported nonetheless wanting to work on their relationship. In those cases, therapists agreed that couples would benefit from treatment. This appears to be consistent with reports obtained from clinicians during their monthly meetings and with studies on distressed couples (e.g., Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom & Simpson, 2004), indicating that couples often seek counseling when only one of the two spouses expresses discontent with the relationship.

Analyses using the IIP-32 indicated that the mean number of interpersonal difficulties at the clinical significance level (scores equal or above 70) was 1.40 ( $SD = 1.70$ ) for women and 0.86 for men ( $SD = 1.25$ ) out of a possible total of eight. 42.5% of men reported having at least one interpersonal problem at the



clinical significance level. 15.9% of men had one interpersonal problem, 16.8% had two, and 5.3% had three, and 4.5% had four or more. Fifty four percent of women had at least one interpersonal problems at the clinical significance level. Fifteen percent of women had one interpersonal difficulty, 15.9% had two, 9.7% had three, and 13.4% had four or more.

Mean scores on the CTAS-r at the third and sixth session for both men and women were fairly high, but within the range reported by several authors who have used the CTAS and CTAS-r (e.g., Bourgeois et al., 1990; Heatherington & Friedlander, 1990; Pinsof & Catherall, 1986; Quinn et al., 1997). Those scores indicated that spouses generally viewed the alliance as very positive, and that their perceptions most often varied from positive to excellent. More specifically, 0.9% of men had a negative impression of the alliance at session three, 11.9% had a neutral impression, 36.7% had a positive impression, 45.9% had a very positive impression, and 4.6% had an excellent impression. 8.1% of women had a neutral perception of the alliance at session three, 25.2% had a positive perception, 58.6% had a very positive perception, and 8.1% had an excellent perception. At session six, 5.9% of men had a neutral impression of the alliance, 25.5% had a positive impression, 52.9% had a very positive impression, and 15.7% had an excellent impression. Two percent of women had a neutral perception of the alliance at session six, 36.0% had a positive perception, 52.0% had a very positive perception, and 10.0% had an excellent perception. CTAS-r scores between sessions three and six were strongly correlated for both men ( $r(49) = .81, p < .01$ ) and women ( $r(48) = .63, p < .01$ ). It is interesting to note that only men at session three reported

negative perceptions regarding the therapeutic alliance. Furthermore, neutral perceptions of alliance in men and women were found more often at the third session than at the sixth session. Finally, alliance ratings between men and women were correlated at session three ( $r(108) = .50, p < .01$ ), but not at session six.

The presence of split alliances at the third and sixth sessions was examined by comparing spouses' CTAS-r ratings according to two different criteria, as has been done in a previous study (Heatherington & Friedlander, 1990). First, differences of more than one standard deviation from the sample mean were sought out in spouses' alliance scores. On this basis, 31.5% and 42.0% of the couples could be considered to be in a split alliance at session three and six, respectively. Then, differences of more than two standard deviations from the sample mean in couples' scores were pulled out. On this more conservative basis, 11.1% and 16.0% of the couples could be said to be experiencing a split alliance at the third and sixth session, respectively. It appears that the percentage of split alliances, when using the more liberal criterion, increases significantly from session three to session six,  $\chi^2(1, N = 48) = 22.92, p < .01$ .

#### *Relation Between Men and Women's Interpersonal Problems*

A dyadic analysis of results on the IIP-32 yielded interesting findings with regards to the pairing of interpersonal problems in spouses. Analyses indicate that women who find themselves domineering are more likely to have spouses who find themselves socially inhibited ( $r(170) = .19, p < .01$ ), non-assertive ( $r(170) = .16, p < .05$ ), or overly accommodating ( $r(170) = .15, p < .05$ ). Furthermore, it appears that men who consider themselves as socially inhibited are more likely to

have partners who evaluate themselves as non-assertive ( $r(170) = .17, p < .05$ ).

Conversely, women who consider themselves as socially inhibited are more likely to have partners who describe themselves as non-assertive ( $r(170) = .17, p < .05$ ).

#### *Relation of Interpersonal Problems to Marital Distress*

The relationship between marital distress and interpersonal problems was examined using Pearson correlations. Analyses indicate that men's marital adjustment is negatively correlated with their general level of interpersonal problems ( $r(170) = -.40, p < .01$ ). In fact, men that are distressed with regards to their current relationship are more likely to describe themselves as vindictive ( $r(170) = -.27, p < .01$ ), cold ( $r(170) = -.32, p < .01$ ), socially inhibited ( $r(170) = -.24, p < .01$ ), non-assertive ( $r(170) = -.30, p < .01$ ), overly accommodating ( $r(170) = -.38, p < .01$ ), and self-sacrificing ( $r(170) = -.23, p < .01$ ). Interestingly, men's marital adjustment is also negatively correlated with women's reports about being vindictive ( $r(171) = -.17, p < .05$ ). Analyses reveal that women's marital adjustment is negatively correlated with their general level of interpersonal problems ( $r(171) = -.21, p < .01$ ). Women who are distressed in their current relationship are more likely to describe themselves as vindictive ( $r(172) = -.16, p < .05$ ), cold ( $r(172) = -.17, p < .05$ ), overly accommodating ( $r(172) = -.15, p < .05$ ), and self-sacrificing ( $r(172) = -.16, p < .05$ ). Furthermore, women's marital adjustment is also correlated with men's reports about being cold ( $r(170) = -.21, p < .01$ ) and with their overall level of interpersonal problems ( $r(170) = -.16, p < .05$ ).

#### *Relation of Interpersonal Problems to Therapeutic Alliance*

To verify the hypothesis that interpersonal problems related to being overly hostile and dominant and overly friendly and submissive would predict alliance strength at session three, regression equations were computed. Men and women's alliance scores were used as dependent variables; and men and women's IIP-32 scores on the domineering, vindictive, cold, non-assertive, overly accommodating, and self-sacrificing subscales were used as independent variables. Two sets of equations were computed, the first set using men and women's initial levels of marital distress as a control variable, and the second not controlling for marital distress. Only the regression equations with men's alliance scores as the dependent variable and men's IIP-32 subscale scores as independent variables yielded significant results. A summary of these equations can be found in Table 2. Analyses indicated that men's non-assertiveness predicted their alliance scores at session three when controlling for their level of marital distress, and that men's non-assertiveness and tendency to be overly accommodating predicted their alliance scores at session three when not controlling for marital distress. No interpersonal dimension predicted women's alliance at session three. Another set of regression equations were computed to examine the impact of men and women's interpersonal problems on therapeutic alliance at session six, with the same IIP-32 subscales as independent variables. When controlling for their level of marital distress, results indicate that men's coldness,  $\beta(7, 50) = -1.38$ ,  $p < .01$ , and non-assertiveness,  $\beta(7, 50) = 1.36$ ,  $p < .01$ , predicted their alliance ratings at session six. Similar results were obtained when marital distress was not controlled in the equation (coldness :  $\beta(6, 50) = -1.51$ ,  $p < .05$ ; non-assertiveness :  $\beta(6, 50) =$

1.30,  $p < .01$ . Furthermore, results suggest that men's tendency to be self-sacrificing predicted women's alliance scores at session six, when controlling for marital distress  $\beta(7, 49) = 1.02, p < .05$ .

To ascertain the impact of interpersonal problems on splits in the alliance, logistic regressions were computed. A first set of regressions was computed using women's IIP-32 subscale scores as independent variables and split alliance scores as dependent variables. A second set of regressions was computed using men's IIP-32 subscale scores as independent variables and split alliance as dependent variables. Two regression equations yielded significant results and are described in Table 3. Findings indicate that women who had described themselves as socially inhibited or intrusive were more likely to be in a split alliance couple at session three, when split alliances were defined using the more conservative criteria. Furthermore, men who described themselves as vindictive were more likely to be in a split alliance couple at session three, when split alliances were defined using the more liberal criteria. Multiple regression analyses to determine the impact of interpersonal problems on split alliance at the sixth session could not be computed because the number of participants at this juncture was low ( $n = 49$ ) and the number of variables into each equation was high ( $n = 8$ ).

### Discussion

Results obtained in this study indicate that almost seventy percent of men and women in this sample reported being distressed with regards to their relationship. This is easily explained by the fact that these individuals were seeking couple therapy. Of particular interest was the finding that men and

women in this sample reported very high levels of interpersonal problems. In fact, almost 45% of men and almost 55% of women reported having at least one clinically significant interpersonal problem. It seems that women are particularly inclined to report interpersonal difficulties, especially those related to being overly submissive and friendly. On the other hand, it appears that men report somewhat lower levels of interpersonal difficulties and that these difficulties are more evenly distributed across the two dimensions of control and affiliation. Several interpretations can be offered regarding the high levels of interpersonal problems reported : a) individuals that filled out the IIP-32 after a session of couple therapy could have been more inclined to report difficulties in their social interactions since the questions asked by their therapist may have rendered these difficulties more salient in their mind; b) couples who consult in couple therapy have more interpersonal problems than couples from the general population; and c) the level of interpersonal problems reported by the sample in this study reflects the level of interpersonal problems found in the general population. In order to test these hypotheses, another study should be conducted using couples both from the general population and from clinical settings.

The first goal of this study was to examine patterns of interpersonal problems in couples seeking counselling. The correlations found between men and women's interpersonal problems are small, but still noteworthy. Two patterns of interpersonal problems seem to emerge in couples. The first pattern is that of dominant women being paired with submissive men. The second pattern is that of submissive spouses being paired together, that is socially inhibited men or women

being paired with non-assertive spouses. It may be interesting for future studies to examine the typology of interpersonal problems and styles in couples and to verify the association between these patterns and different adjustment measures in clinical and non-clinical samples.

Our second objective was to investigate the association between the two previously discussed variables, that is interpersonal difficulties and marital distress. Results indicate that spouses with higher levels of interpersonal problems tend to be more distressed in their relationship, thus confirming our first hypothesis. An original finding stemming from this study is that the two dimensions of interpersonal problems at their two extremes seem to be related to higher levels of marital distress. In that sense, individuals who exhibit difficulties in both directions of the affiliation dimension (coldness and self-sacrificing) are more likely to experience couple distress than individuals that perceive themselves as well adjusted in that dimension. This study does not permit the detection of causal relationships. However, a subsequent study examining this issue would be of great benefit to the field of couple relationships and couple therapy.

The alliance ratings obtained in this study were fairly high at both sessions three and six. Although mean ratings remained similar at both times, it appears that the proportion of individuals who rated the alliance as negative or neutral decreased from session three to session six. Interestingly, alliance at session three was not related to attrition at session six. Thus, for the clients participating in this clinical study, poor therapeutic alliance with their clinicians at the third session did not seem to predict dropping out of the research at the sixth session. However,

since this is the first study in couple therapy to address this question, it should be investigated further in subsequent studies. It would also be worthwhile to examine the impact of positive alliance on research dropout. It may be that clients who participate in clinical studies and form a good alliance with their therapists are more confident that their therapist will not react badly from their withdrawal of the research. That is, they might feel that the therapist will be more sympathetic to the circumstances that motivate them to drop out of the research, for example finding the questionnaires time consuming and having little time to complete them.

It was interesting to note that although lower alliance ratings were less frequent at the sixth session than at the third session, split alliances were more frequent at the sixth session than at the third session. This appears consistent with the finding that men and women's perceptions of the alliance were not correlated at session six. This may reflect the clinical observation that therapists are generally less confrontational with their clients early on in the therapy while they are conducting their assessment (Horvath & Luborsky, 1993). Thus, when therapists become more engaged in the process of managing multiple alliances, an environment characterized by a multitude of goals, motivations, conflicts, and issues (Rait, 2000), spouses may react more strongly than in the evaluation process and develop a more differentiated impression of the therapeutic alliance. Although this hypothesis has not been tested in couple therapy, clinical case studies in couple therapy suggest that splits in the alliance are common not only in the beginning of therapy, but in the middle and later stages of therapy as well (e.g.,



Carpenter & Treacher, 1989; Patterson, Williams, Grauf-Grounds & Chamow, 1998).

The third objective of this study was to determine the impact of spouses' interpersonal problems on the strength and splits of therapeutic alliance. Our second hypothesis stating that interpersonal problems related to hostility and dominance would hinder alliance formation was partially confirmed. It was found that men's coldness hindered their perception of alliance at session six. Our third hypothesis stating that interpersonal problems relating to being overly friendly and submissive would promote alliance was partially confirmed. Results indicate that men's tendency to be non-assertive, which loads highly on both excessive submissiveness and excessive friendliness, promoted men's alliance scores at sessions three and six. Moreover, men's tendency to be self-sacrificing facilitated their spouses' alliance at session six. An odd finding was that, when not controlling for marital distress, men's tendency to be overly accommodating hindered their alliance at session three. This may reflect that clinical observation that individuals with such difficulties allow themselves to be easily persuaded with regards to the objectives and direction of the therapy, and may experience negative emotions afterwards if feel that their priorities were not heard or taken into account. We had not anticipated a gender difference in these results, however it appears that women's interpersonal problems were not predictive of alliance quality for men and women. Previous studies examining the relationship between interpersonal problems and alliance had not conducted separate analyses for men and women (e.g., Muran et al., 1994; Santiago et al., 2002; Saunders, 2001). It

may be that separate analyses on these samples for men and women would also yield gender specific results.

Findings indicate that women who reported being socially inhibited or intrusive and men who reported being vindictive were more likely to experience a split alliance at session three. It is interesting to note that for women interpersonal problems on opposite sides of the affiliation and hostility dimensions predict the experience of a split alliance. Men who describe themselves as vindictive have been described by Horowitz et al. (2000) as typically distrustful of others, irritable, holding grudges, and finding it difficult to forgive others. These characteristics, in the context of a couple intervention, could make it very difficult for these individuals to create a similar or united therapeutic alliance with their spouse.

Given that interpersonal problems are related to both marital distress and therapeutic alliance, the IIP-32 could be of great use to clinicians. The IIP-32 could be administered before the first meeting or early in the assessment in order to save therapists time during the evaluation process and allow them to do a more fine-tuned evaluation of clients' interpersonal problems. Some clinicians in our study reported appreciating this instrument because it allowed them to contrast clients' self report with the interpersonal difficulties that they observed during their evaluation. Early detection of which spouses appear to have interpersonal difficulties may allow clinicians to tailor their interventions so as to maximize the strength of the therapeutic alliance for both partners. Although spouses may have trouble informing therapists of the difficulties they have in relating to others in general and in their current distressed relationship, this study suggests that a

simple self-report questionnaire may allow therapists, and more particularly interns who have less experience in evaluating couples, to assess certain relevant dimensions of this target area and to adapt their treatment accordingly.

The conclusions that have been drawn from this study concerning the relationship between interpersonal problems, marital distress, and alliance should be considered preliminary as no other studies to our knowledge have examined this phenomena. Future studies should verify if these results can be applied to other samples, since this study used French-speaking couples from Canada. Nonetheless, this research is among the first to examine the presence of different types of interpersonal problems in spouses seeking couple therapy in a real clinical setting. Furthermore, this study investigated quality of therapeutic alliance as well as splits in alliance at several times during therapy, which has rarely been done in the field of couple therapy. This type of research is needed to determine the influence of different client variables on alliance not only at one point in time but over the course of therapy (Sexton et al., 2004). It should also be noted that spouses' accuracy of self-perception may have confounded the associations between interpersonal problems and marital distress, as well as between interpersonal problems and therapeutic alliance. That is, the strength of our results depends on the accuracy of clients' self-reports. It may be that some clients have not indicated their interpersonal problems on the IIP-32 for various reasons, including that they may not see themselves as having difficulties. In that case, present results may be weaker than those that could be obtained with observational measures. Therapists participating in this study have in fact reported that in some

instances, clients indicate having no interpersonal difficulties although their behavior towards their spouse, people from their environment, and their therapist clearly indicated otherwise. Thus, future studies may benefit from using a self as well as an observer rating on interpersonal problems.

## References

- Baillargeon, J., Dubois, G. & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'Ajustement Dyadique [French translation of the Dyadic Adjustment Scale]. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 18, 24-34.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16, 252-260.
- Bourgeois, L., Sabourin, S. & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 608-613.
- Brislin, R. W., Lonner, W. J. & Thordike, R.M. (1973). Cross-Cultural Research Methods. New York: John Wiley.
- Carpenter, J. & Treacher, A. (1989). Problems and Solutions in Marital and Family Therapy. Cambridge, MA: Basil Blackwell, Inc.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., Lorelei, E. S. (2004). Traditional versus integrative behavior couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 176-191.
- Cobb, R.J., Davila, J., & Bradbury, T.N. (2001). Attachment security and marital satisfaction: The role of positive perceptions and social support. Personality and Social Psychology Bulletin, 27, 1131-1143.
- 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*, 59-76.
- Filsinger, E. E. & Wilson, M. R. (1983). Social anxiety and marital adjustment. Family Relations, *32*, 513-519.
- Gurtman, M. B. (1996). Interpersonal problems and the psychotherapy context: The construct validity of the inventory of interpersonal problems. Psychological Assessment, *8*, 241-255.
- Halford, W. K. & Markman, H. J. (1997). Clinical Handbook of Marriage and Couples Interventions. New York, NY, USA: John Wiley & Sons.
- Heatherington, L. & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family therapy alliance scales: Empirical considerations. Journal of Marital and Family Therapy, *16*, 299-306.
- Hersoug, A.G., Monsen, J.T., Havik, O.E., & Hoglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. Psychotherapy and Psychosomatics, *71*, 18-27.
- Horowitz, L.M., Alden, L.E., Wiggins, J.S., & Pincus, A.L. (2000). IIP Inventory of interpersonal problems: Manual. The Psychological Corporation.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *61*, 561-573.

- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. Journal of Counseling Psychology, 38, 139-149.
- Jacobson, N. S. & Gurman, A. (1986). Clinical Handbook of Marital Therapy. New York, NY: Guilford Press.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1985). Differential effects of experiential and problem solving interventions in resolving marital conflict. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 175-184
- Johnson, S.M. & Lebow, J. (2000). The « coming of age » of couple therapy: A decade review. Journal of marital and family therapy, 26, 23-38.
- Johnson, S. M. & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. Journal of Marital and Family Therapy, 23, 135-152.
- Kokotovic, A. M. & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. Journal of Counseling Psychology, 37, 16-21.
- Krause, N., & Rook, K. S. (2003). Negative interaction in late life: Issues in the stability and generalizability of conflict across relationships. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 58, 88-99.
- Markman, H.J., Halford, W.K. & Cordova, A.D. (1997). A grand tour of future directions in the study and promotion of healthy relationships. In W.K. Halford & H.J. Markman (Eds.), Clinical Handbook of Marriage and

Couples Interventions (pp. 695-716). New York, NY, USA: John Wiley & Sons.

Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 438-450.

Muran, J.C., Segal, Z.V., Samstag, L., & Crawford, C.E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 185-190.

Patterson, J., Williams, L., Grauf-Grounds, C. & Chamow, L. (1998). Essential Skills in Family Therapy: From the First Interview to Termination. New York: The Guilford Press.

Pinsof, W. M. (1995). Integrative Problem-Centered Therapy: A Synthesis of Family, Individual, and Biological Therapies. New York: Basic Books.

Pinsof, W. M. & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. Journal of Marital and Family Therapy, 12, 137-151.

Pinsof, W.M., Wynne, L.C. & Hambright, A.B. (1996). The outcomes of couples and family therapy : Findings, conclusions, and recommendations. Psychotherapy, 33, 321-331.

Quinn, W. H., Dotson, D. & Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their association with outcome in family therapy. Psychotherapy Research, 7, 429-438.



- Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. Psychotherapy in Practice, *56*, 211-224.
- Rao, U., Hammen, C. & Daley, S. (1999). Continuity of depression during the transition to adulthood: A 5-year longitudinal study of young women. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *38*, 908-915.
- Ruvolo, A. P., & Fabin, L.A. (1999). Two of a kind: Perceptions of own and partner's attachment characteristics. Personal Relationships, *6*, 57-79.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B. & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, *2*, 333-337.
- Saffrey, C., Bartholomew, K., Scharfe, E., Henderson, A.J.Z., & Koopman, R. (2003). Self- and partner-perceptions of interpersonal problems and relationship functioning. Journal of Social and Personal Relationships, *20*, 117-139.
- Santiago, N.J., Klein, D.N., Vivian, D., Vocisano, C., Dowling, F., Arnow, B.A., Manber, R., Markowitz, J.C., McCullough, J.P., Riso, L.P.L., Rothbaum, B.O., Rush, A.J., Thase, M.E., & Keller, M.B. (2002). Pretreatment correlates of the therapeutic alliance in the chronically depressed. Journal of Contemporary Psychotherapy, *32*, 281-290.
- Saunders, S. (2001). Pretreatment correlates of the therapeutic bond. Journal of Clinical Psychology, *57*, 1339-1352.

- Sexton, T. L., Alexander, J. F., & Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In A.E. Bergin & S. S. Garfield (Eds.), Psychotherapy and Behavior Change (pp. 590-646). New York : John Wiley & Sons.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family, 38, 15-28.
- Vallerand, R. J. & Halliwell, W. R. (1983). Vers une méthodologie trans-culturelle des questionnaires psychologiques : implications pour la psychologie du sport. Canadian Journal of Applied Sport Sciences, 8, 9-18.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2003). Interpersonal problems, personality pathology, and social adjustment after cognitive therapy for depression. Psychological Assessment, 15, 29-40.
- Wright, J. & Sabourin, S. (1985). L'intervention auprès du couple : Diagnostic et traitement. Saint-Damase : Les Éditions consultation.
- Wright, J., Sabourin, S., Mamodhoussen, S., & Mondor, J. (2004). The efficacy and effectiveness of couple therapy. Unpublished manuscript, University of Montreal.

Footnote

The Inventory of Interpersonal Problems. Copyright © 2000 by the Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company. French translation Copyright © 2000 by the Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company. Adapted, translated and reproduced by permission. All rights reserved.

Table I  
Distribution of Scores by Gender

Measure	Men			Women		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	observed range	<i>M</i>	<i>SD</i>	observed range
DAS	92.30	15.58	52-132	89.80	18.83	41-129
IIP-32	55.61	9.24	37-81	57.53	10.53	38-86
Domineering	53.98	10.93	42-94	55.84	13.05	42-99
Vindictive	54.08	9.21	43-78	51.44	9.57	43-87
Cold	52.99	8.28	42-73	50.19	8.83	42-87
Socially Inhibited	53.16	11.04	40-84	50.86	11.03	40-82
Non Assertive	54.12	10.90	39-79	60.08	11.92	39-85
Overly Accommodating	54.69	11.96	36-85	58.73	11.96	39-88
Self-sacrificing	54.60	11.55	37-82	61.27	11.64	37-85
Intrusive	54.39	12.71	40-93	56.82	14.51	40-99
CTAS-r 3 <sup>rd</sup> session	240.87	28.04	155-280	247.68	26.791	63-280
CTAS-r 6 <sup>th</sup> session	246.27	28.28	190-280	247.46	24.60197	197-280

Note.  $n=113$  for men's and women's DAS;  $n=109$  for men's CTAS-r at the third session;  $n=111$  for women's CTAS-r at the third session;  $n=51$  for men's CTAS-r at the sixth session;  $n=50$  for women's CTAS-r at the sixth session

Table II . Multiple Regression Predicting Therapeutic Alliance at Session Three from Male IIP-32 Subscales.

Variable	Controlling for DAS				Not controlling for DAS							
	Men ( <i>df</i> = 108)		Women ( <i>df</i> = 110)		Men ( <i>df</i> = 108)		Women ( <i>df</i> = 110)					
	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$			
DAS	.62	.18	.35***	.47	.18	.28**						
IIP-Domineering	.31	.25	.12	-.00	.25	-.02	.39	.26	.15	.00	.25	.01
IIP-Vindictive	-.45	.35	-.15	-.16	.35	-.06	-.66	.36	-.22	-.33	.36	-.11
IIP-Cold	-.12	.41	-.04	.00	.42	.00	-.31	.43	-.09	-.14	.42	-.04
IIP-Non Assertive	.85	.35	.33*	.47	.36	.19	.91	.37	.36*	.52	.37	.21
IIP-Over	-.67	.37	-.28	-.22	.37	-.10	-.90	.38	-.38*	-.40	.38	-.18
Accommodating												
IIP-Self-sacrificing	.19	.28	.08	.45	.28	.20	.11	.29	.05	.38	.29	.17

\*\*\*  $p \leq .001$ . \*\*  $p \leq .01$ . \*  $p \leq .05$ .

Table III. Logistic Regression Predicting Split Alliances Alliance at Session Three from IIP-32 Subscales.

Variable	Split Alliance at Session 3 (Liberal Criteria)			Split Alliance at Session 3 (Conservative Criteria)		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	Odds Ratio	<i>B</i>	<i>SE</i>	Odds Ratio
Equation 1 - Men's IIP-32 Subscales						
IIP-Domineering	-.08	.04	.92			
IIP-Vindictive	-.02	.05	.98			
IIP-Cold	-.06	.07	.94			
IIP-Socially Inhibited	.12*	.05	1.13			
IIP-Non Assertive	-.07	.05	.94			
IIP-Overly Accommodating	.05	.05	1.04			
IIP-Self-sacrificing	-.06*	.04	.94			
IIP-Intrusive	.07	.04	1.08			
Equation 2 - Women's IIP-32 Subscales						
IIP-Domineering				-.04	.03	.96
IIP-Vindictive				.06*	.03	1.06
IIP-Cold				-.05	.04	.96
IIP-Socially Inhibited				.02	.03	1.02
IIP-Non Assertive				-.02	.03	.98
IIP-Overly Accommodating				.02	.03	1.02
IIP-Self-sacrificing				-.02	.03	.98
IIP-Intrusive				-.01	.02	1.01

\*  $p \leq .05$ .

## **DISCUSSION GÉNÉRALE**

## **1. Retour sur les résultats en lien avec les objectifs de la thèse**

L'objectif de cette thèse était de faire avancer l'état des connaissances sur l'alliance thérapeutique dans le contexte de la thérapie conjugale. Plus précisément, cette thèse se proposait 1) d'établir les qualités psychométriques d'un instrument mesurant l'alliance thérapeutique dans le cadre de la thérapie conjugale; 2) d'étudier l'impact de la détresse conjugale, des symptômes psychiatriques et des difficultés interpersonnelles sur la qualité de l'alliance thérapeutique et sur les divisions dans l'alliance; 3) de comparer la qualité de l'alliance thérapeutique et les divisions dans l'alliance thérapeutique à deux moments différents durant la thérapie.

La première étude de cette thèse a permis de décrire les qualités psychométriques de la version francophone du CTAS-r (Pinsof, 1995) grâce à un échantillon de 79 couples. Malgré le fait que cet instrument soit disponible depuis 1995, aucune étude à ce jour n'avait publié de données sur ses propriétés psychométriques. La consistance interne de l'instrument s'est révélée adéquate avec un coefficient alpha pour le score total de .95 et avec des coefficients alpha pour les sous-échelles variant de .73 à .95. Les corrélations entre les sous-échelles de l'instrument et le score total de l'instrument étaient satisfaisantes et variaient de .84 à .96. Cependant, les résultats ont démontré des corrélations élevées entre les sous-échelles, c'est-à-dire variant entre .62 et .86. Ces derniers résultats sont représentatifs de ce qui a été rapporté dans la littérature jusqu'à ce jour (Bourgeois, Sabourin & Wright, 1990; Heatherington & Friedlander, 1990). Étant donné le



nombre de participants à l'étude, il n'a pas été possible d'étoffer ces résultats par une analyse factorielle.

Les deux articles de cette thèse ont également permis de constater que les scores obtenus au CTAS-r sont généralement élevés, avec des scores moyens variant entre 240.87 et 246.39 et des écarts types variant entre 26.78 et 28.28 aux différents temps de mesure. Ces scores sont représentatifs de ce qui a été obtenu dans la littérature jusqu'à maintenant (Bourgeois et al., 1990; Heatherington & Friedlander, 1990; Pinsof et Catherall, 1986, Quinn, Dotson & Jordan, 1997), mais posent néanmoins l'inconvénient de créer un effet de plafonnement. Une discussion des limites inhérentes au CTAS-r est présentée plus loin dans ce chapitre.

Par ailleurs, le premier article de cette thèse a également permis de vérifier l'impact de la détresse conjugale et des symptômes psychiatriques sur l'alliance thérapeutique. Les résultats indiquent que la détresse conjugale d'un conjoint prédit la qualité de son alliance thérapeutique, mais que les symptômes psychiatriques d'un conjoint ne sont pas liés à la qualité de l'alliance. Par contre, il semble que la satisfaction conjugale des hommes et la présence de symptômes psychiatriques des femmes étaient significativement moins élevées chez les couples où l'alliance était divisée. Ainsi, la détresse conjugale était associée à la qualité de l'alliance et à la similitude dans les scores d'alliance des conjoints, alors que la détresse psychiatrique était associée uniquement à la similitude des scores d'alliance.

La deuxième étude de cette thèse a permis d'étudier l'impact des problèmes interpersonnels des conjoints sur l'alliance thérapeutique. L'analyse de cette variable était complexe, puisqu'elle contenait huit sous-échelles et que nous tenions à faire des analyses séparément pour les hommes et les femmes dans le but de détecter des effets spécifiques au sexe des individus. Cette étude a donc été menée avec un échantillon de 108 couples à la troisième session, qui incluait les 79 couples recrutés lors de la première étude. Nous avons également recruté 50 couples à la sixième session. Les résultats indiquent que les hommes qui se décrivent comme trop accommodants ont une alliance significativement plus faible à la troisième rencontre. De plus, les hommes qui se trouvent peu affirmatifs semblent avoir une alliance de meilleure qualité à la troisième et la sixième rencontre, alors que les hommes qui se décrivent comme froids semblent avoir une alliance thérapeutique de moins bonne qualité à la sixième rencontre. Par ailleurs, les résultats indiquent également que la qualité de l'alliance thérapeutique chez les femmes à la sixième rencontre est prédite positivement par la tendance des hommes à se sacrifier pour les autres. Il est intéressant de noter que les problèmes interpersonnels des femmes n'affectent ni leur alliance thérapeutique ni celle de leur conjoint. Enfin, les analyses indiquent que la tendance des femmes à se trouver inhibées socialement ou intrusives et la tendance des hommes à se trouver vindicatifs prédisent une alliance divisée à la troisième rencontre.

La deuxième étude de cette thèse nous a aussi permis de comparer l'alliance thérapeutique à deux moments différents durant la thérapie conjugale. Les scores sur le CTAS-r aux troisième et sixième rencontres indiquent que les

hommes et les femmes percevaient généralement l'alliance thérapeutique de manière très positive. Des analyses de variance indiquent d'ailleurs que la qualité de l'alliance thérapeutique chez les hommes et les femmes ne diffère pas significativement dans le temps, c'est-à-dire entre les rencontres trois et six. Cependant, une analyse qualitative des données souligne une diminution des perceptions négatives ou neutres de l'alliance de la troisième à la sixième rencontre. Par ailleurs, des analyses corrélationnelles indiquent que la qualité de l'alliance thérapeutique est corrélée entre les conjoints à la troisième rencontre, mais pas à la sixième rencontre. Ainsi, les perceptions des conjoints par rapport à l'alliance thérapeutique semblent être indépendantes l'une de l'autre à la sixième rencontre. Les résultats obtenus démontrent qu'environ 10% à 30% des couples à la troisième rencontre et environ 15% à 40% des couples à la sixième rencontre ont une alliance divisée. Des analyses statistiques ont confirmé que la présence d'alliances divisées augmente significativement de la troisième à la sixième rencontre.

## **2. Autres résultats intéressants**

### *2.1. Portrait d'une sous-population clinique québécoise*

La thèse actuelle permet de dresser un portrait clinique des couples québécois qui consultent dans le secteur privé pour recevoir des services de thérapie conjugale. En terme de données démographiques, nous remarquons qu'environ deux tiers des couples de notre échantillon sont mariés. Les hommes ont en moyenne 41.28 ans, 1.67 enfants, 16.19 années de scolarité, avec un salaire

moyen annuel variant entre 50,000\$ et 55,000\$ dollars. Les femmes ont en moyenne 39.38 ans, avec 1.57 enfants, 15.38 années de scolarité, avec un salaire moyen annuel variant entre 30,000\$ et 34,000\$ dollars.

Lorsqu'on compare ces couples à ceux de la population générale au Québec, on remarque que la proportion de couples mariés et de couples vivant en union libre est semblable à celle des couples québécois, où environ 30% des couples étaient en union libre et où environ 70% des couples étaient mariés en 2001 (Statistiques Canada, 2004). On remarque, par contre, que les conjoints de cet échantillon ont un niveau d'éducation plus élevé que celui de la population québécoise où seulement 20% environ des individus ont obtenu un diplôme universitaire (Statistiques Canada, 2004) et donc ont complété un minimum de 14 années d'études. En effet, les individus de l'échantillon ont en moyenne 15.79 années de scolarité, avec environ 70% des hommes et 60% des femmes ayant 15 années ou plus de scolarité. Par ailleurs, il semble que les couples de cette étude ont également un revenu supérieur à la moyenne des couples québécois avec ou sans enfants dont le revenu familial médian était de 54, 938\$ en 2001 (Statistiques Canada, 2004). En effet, les hommes de l'échantillon ont un salaire annuel moyen variant entre 50,000\$ et 55,000\$ et les femmes ont un salaire moyen variant entre 30,000\$ et 34,000\$. De plus, seulement 10% des femmes et aucun des hommes de l'échantillon avaient un salaire inférieur à 5,000\$ par année. Cela implique donc que pour 90% de l'échantillon, le salaire annuel combiné du couple est supérieur au salaire des couples québécois moyens.

Ainsi, l'on peut constater que les couples de cet échantillon avaient un niveau socio-économique et une scolarité plus élevée que les couples de la population normale au Québec. Il serait intéressant d'examiner, dans des études subséquentes menées dans divers milieux cliniques, (e.g., CLSC, cliniques privés, hôpitaux) si les caractéristiques des couples seraient semblables à celles obtenues à partir de l'échantillon de cette thèse ou si elles ressembleraient plutôt à celles de la population normale. En effet, les services de thérapie conjugale au Québec sont parfois coûteux, surtout dans les milieux privés, ce qui pourrait avoir un impact sur le type de clientèle qui a accès à ces services. Il serait inquiétant de remarquer que seuls les couples les plus fortunés utilisent les services de thérapie conjugale, surtout lorsqu'on prend en considération l'impact négatif des conflits conjugaux sur le bien-être des adultes et des enfants.

Par ailleurs, on remarque que 64.3% des hommes sont insatisfaits de leur relation conjugale, que la majorité d'entre eux souffrent de symptômes dépressifs et hostiles lors de l'évaluation, et que presque la moitié d'entre eux décrivent au moins un type de difficultés interpersonnelles. On remarque également que 68.6% des femmes sont insatisfaites de leur relation, la majorité d'entre elles souffrent de symptômes dépressifs, cognitifs, anxieux et hostiles lors de l'évaluation, et que presque 60% d'entre elles s'attribuent au moins un type de problèmes interpersonnels. Il appert, ainsi, que les couples de notre échantillon sont perturbés à plusieurs niveaux, soit au niveau de leur relation conjugale, au niveau de leurs relations interpersonnelles avec leur entourage en général, ainsi qu'au niveau psychologique.

Ainsi, il semble que les participants de cette étude soient représentatifs d'une sous-population de couples affectés par des problèmes conjugaux, ainsi que par des difficultés en santé mentale et dans leurs relations sociales. Il est difficile de comparer ces couples à la population normale en terme des difficultés qu'ils vivent puisque aucune étude à ce jour n'a étudié les caractéristiques psychologiques des couples québécois consultant en thérapie conjugale. En effet, la plupart des études menées dans le domaine de la thérapie conjugale ont des critères de sélection très restrictifs et auraient éliminé de leur étude une grande partie des couples de cet échantillon en raison de leurs difficultés en santé mentale. Cependant, les résultats obtenus dans cette thèse soulignent l'importance d'étudier la comorbidité des difficultés relationnelles et des problèmes de santé mentale chez les couples.

## *2.2. Lien entre la détresse conjugale et les problèmes interpersonnels*

Le deuxième article de cette thèse met en évidence le lien entre la détresse conjugale et les difficultés interpersonnelles des conjoints. Il semble que la détresse conjugale des hommes et des femmes soit modérément corrélée avec leur niveau général de problèmes interpersonnels. Des analyses corrélationnelles indiquent également que la tendance des hommes à se décrire comme ayant des problèmes interpersonnels, comme étant vindicatifs, froids, inhibés socialement, peu affirmatifs, trop accommodants, trop prêts à se sacrifier pour les autres, ainsi que la tendance des femmes à se représenter comme vindicatives sont modérément et négativement corrélées avec la détresse conjugale chez les hommes. Plus encore, la tendance des femmes et des hommes à se percevoir comme ayant des

problèmes interpersonnels, la tendance des femmes à se dépeindre comme vindicatives, froides, trop accommodantes et trop prêtes à se sacrifier pour les autres, ainsi que la tendance des hommes à se décrire comme froids sont positivement corrélés avec la détresse conjugale chez les femmes. Ces résultats semblent indiquer que les individus aux prises avec des difficultés conjugales et consultant en thérapie pour cette raison se perçoivent comme ayant généralement des difficultés au niveau de leurs interactions sociales.

### **3. Discussion des résultats**

#### *3.1. L'alliance thérapeutique, concept unidimensionnel ou multidimensionnel?*

L'alliance thérapeutique, dans le cadre de la thérapie conjugale, se définit comme la somme des ententes, des accords et des liens qui se forment entre le thérapeute et le couple, entre le thérapeute et chacun des conjoints, ainsi qu'entre les conjoints (Pinsof, 1995). D'après Pinsof et Catherall (1986), la qualité de l'alliance thérapeutique se retrouve non seulement influencée par la perception d'un partenaire sur les diverses composantes de l'alliance thérapeutique, mais aussi par la perception que ce partenaire a de ces mêmes composantes dans la relation entre son conjoint et le thérapeute, entre le couple et le thérapeute, ainsi qu'entre les deux conjoints. Selon cette vision, l'alliance est un concept multidimensionnel, avec plusieurs composantes qui s'influencent mutuellement.

Alors que cette définition apparaît valable d'un point de vue théorique et clinique, les résultats obtenus dans cette thèse semblent la remettre en question. En effet, les corrélations obtenues entre les sous-échelles du CTAS-r sont élevées et

semblent indiquer la présence d'un phénomène unidimensionnel et non multidimensionnel. La discussion du premier article de cette thèse émet deux hypothèses à ce sujet : a) les clients sont réticents à l'idée d'émettre des commentaires négatifs sur leur thérapeute et donc répondent d'une manière positive à tous les items du questionnaire d'alliance thérapeutique; b) les clients ont tendance à se faire une opinion générale et non différenciée de leur thérapeute lorsqu'ils sont satisfaits de la thérapie et donc répondent aux diverses questions du CTAS-r en se basant sur cette opinion générale. Ainsi, lorsque les conjoints remplissent la mesure d'alliance thérapeutique, ils ont tendance à indiquer des cotes similaires pour tous les items.

Certaines théories existantes permettent d'appuyer les hypothèses présentées précédemment. En effet, il devient plus facile de comprendre pourquoi les couples seraient réticents à émettre des opinions négatives en lien avec leur thérapeute lorsque l'on se tourne vers la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957). Cette théorie explique que les individus ressentent une tension lorsque deux croyances ou pensées sont incompatibles. Pour réduire cette tension, les individus ajustent alors leur manière de penser ou de voir la chose. Par exemple, il est possible que lorsqu'un conjoint a l'impression que son thérapeute et son partenaire ne sont pas d'accord sur les objectifs de la thérapie, cela puisse provoquer une certaine détresse chez lui. En effet, un individu qui a l'impression que le lien de collaboration est faible entre son conjoint et son thérapeute peut ressentir plusieurs émotions négatives telles l'angoisse ou l'impuissance, surtout si cet individu s'entend bien avec le thérapeute et veut énormément sauver son



couple. Si le thérapeute et l'autre conjoint ne s'entendent pas sur les objectifs à atteindre et à mettre en priorité, cela veut-il dire que la démarche thérapeutique est vouée à l'échec? Il se peut que dans ces cas, l'individu préfère mettre de côté ou minimiser l'importance de cette impression et se centrer sur ses perceptions positives pour préserver et favoriser la croyance que la relation de collaboration que les deux conjoints entretiennent avec le thérapeute est positive. Plus encore, il est possible que certains individus ne croient pas que les résultats du CTAS-r seront tenus confidentiels et donc ne veulent pas froisser leur thérapeute ou paraître désagréables de peur que cela ne se répercute sur le traitement qu'ils reçoivent.

D'autres théories soutiennent également que les individus ont tendance à combiner diverses informations en lien avec une personne en une impression générale (Anderson, 1974). Plus encore, certains auteurs expliquent que les individus ont tendance à interpréter les comportements des autres par leurs traits de personnalité, ce qu'ils nomment le biais de correspondance (Jones & Harris, 1967) ou l'étiquetage (Beck, 1987; Burns, 1980). Ainsi, il est possible qu'à la place de juger l'alliance thérapeutique entre soi-même, son conjoint et son thérapeute comme la somme des liens, des ententes et des accords, les individus soient plus enclins à la juger comme « bonne » ou « mauvaise » et à juger leur thérapeute comme « aidant » ou « compétent ». De cette manière, les réponses aux items du CTAS-r se feraient plus en lien avec ces impressions générales et moins avec des comportements précis à l'intérieur de la thérapie.

### 3.2. *Les différences entre les hommes et les femmes dans la formation de l'alliance*

Les résultats présentés dans cette thèse mettent en évidence les différences dans la formation de l'alliance thérapeutique chez les hommes et les femmes. En effet, il semble que chez les hommes la détresse conjugale et plusieurs types de problèmes interpersonnels ont un impact sur la qualité de l'alliance thérapeutique, alors que chez les femmes la détresse conjugale et un seul type de difficulté interpersonnelle prédisent la qualité de l'alliance. Il est intéressant de noter que peu d'études s'étant intéressées à l'impact de la détresse conjugale et des problèmes interpersonnels ont effectué des analyses séparées sur les hommes et les femmes (ex : Muran, Segal, Samstag & Crawford, 1994; Santiago et al., 2002; Saunders, 2001). Pourtant, les résultats de cette thèse indiquent que le mécanisme par lequel les individus forment une alliance thérapeutique pourrait être différent chez les hommes et chez les femmes.

En particulier, il semble que les problèmes interpersonnels des conjoints n'influencent ni positivement ni négativement la qualité de l'alliance thérapeutique chez les femmes, ce qui n'est pas le cas chez les hommes. Est-ce que cela voudrait dire que la capacité des hommes à former une alliance thérapeutique serait plus facilement affectée par divers facteurs alors que celle des femmes serait plus imperméable? Une situation semblable a été rapportée par Fincham, Paleari et Regalia (2002) qui ont trouvé que le pardon chez les hommes était prédit par leur empathie et par leurs attributions, alors que le pardon chez les femmes était prédit uniquement par leurs attributions. Il serait nécessaire d'étudier l'impact de

plusieurs facteurs sur l'alliance thérapeutique avant de pouvoir se prononcer sur cette hypothèse, puisqu'il est également possible que l'alliance chez les hommes et les femmes soit modérée par une multitude de facteurs différents qui n'ont pas été abordés dans cette thèse.

Werner-Wilson, Michaels, Thomas & Thiesen (2003) émettent également des hypothèses sur les différences entre les hommes et les femmes dans la formation de l'alliance thérapeutique. Ils postulent qu'il pourrait être plus difficile pour les hommes de créer une bonne alliance thérapeutique, puisqu'ils sont souvent les partenaires les plus réticents à venir en thérapie. Ils ajoutent également que la manière dont les hommes sont socialisés les mènent à être plus axés vers les solutions et moins axés vers le développement des relations. Il se pourrait donc que la présence de difficultés interpersonnelles puisse avoir un impact important sur la qualité de l'alliance chez les hommes. Ainsi, si les hommes éprouvent plus de difficultés à former une bonne alliance ou si ceux-ci sont plus réticents à suivre une thérapie, la tendance à être peu affirmatif pourrait être favorable à l'établissement de l'alliance puisqu'ils seraient alors plus enclins à trouver un accord satisfaisant quant aux tâches et aux objectifs de la thérapie. De la même manière, l'attitude vindicative de leur conjointe pourrait nuire à l'établissement de leur alliance.

### *3.3. Les difficultés interpersonnelles, l'insatisfaction conjugale et l'alliance thérapeutique : y a-t-il un facteur confondant?*

La présente thèse s'est intéressée, entre autres choses, au lien qui existe entre l'insatisfaction conjugale, les difficultés interpersonnelles et l'alliance

thérapeutique. Le deuxième article présenté a permis d'établir un lien entre ces trois variables chez les hommes, ainsi qu'un lien entre deux de ces variables chez les femmes. Il convient de se demander si les instruments utilisés pour quantifier ces concepts ne mesurent pas en fait une difficulté fondamentale dans l'établissement des liens avec autrui, puisque le IIP-32 concerne les relations avec l'entourage en général, le DAS questionne la relation avec le conjoint et le CTAS-r traite de la relation de collaboration entre le thérapeute et les conjoints. Si ces instruments sont corrélés entre eux, cela implique-t-il qu'une personne qui a des difficultés dans ses relations sociales avec autrui a plus de chances d'en avoir dans ses relations intimes et que ces problèmes affecteront probablement l'alliance thérapeutique formée en thérapie conjugale? Il serait important d'adresser cette question dans une étude subséquente.

Les données disponibles suite à cette thèse ne nous permettent pas de répondre à cette question. En effet, les analyses effectuées dans cette thèse ont visé à décrire pour une première fois les liens entre la détresse conjugale, les problèmes interpersonnels et l'alliance. Cependant, des analyses plus approfondies de validité convergente auraient été nécessaires pour répondre à cette interrogation. En effet, il faudrait observer une relation solide entre ces trois variables dans des contextes différents, par exemple avec différents modèles de thérapie conjugale dans des milieux différents, et avec des mesures différentes. Ce questionnement souligne l'importance de continuer les recherches en lien avec les problèmes interpersonnels, l'ajustement conjugal et l'alliance. Plus particulièrement, les auteurs devraient se demander si les difficultés interpersonnelles des individus

interfèrent toujours avec leur satisfaction conjugale et si non, dans quelles circonstances cela ne se produirait pas. Plus encore, il serait important d'étudier le lien entre les habiletés et/ou difficultés interpersonnelles et la formation de l'alliance.

#### *3.4. Attrition et recherche clinique*

Le deuxième article de cette thèse met en évidence un taux d'attrition à la recherche de 35.6% entre la première et la troisième rencontre et de 54.3% entre la troisième et la sixième rencontre. Ces taux d'attrition sont comparables à ceux obtenus dans des études examinant les facteurs prédictifs de l'alliance thérapeutique en thérapie individuelle (Brown & O'Leary, 2000; Connolly Gibbons, Crits-Christoph, de la Cruz, Barber, Siqueland & Gladis, 2003; Muran et al., 1994; Santiago et al., 2002; Saunders, 2001). Il n'a pas été possible de comparer les taux d'attrition obtenus à ceux des études examinant les variables clients prédisant l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale, puisque ces dernières n'ont pas révélé les leurs (Bourgeois et al., 1990; Johnson & Talitman, 1997).

Tel que mentionné dans le deuxième article de la thèse, les taux d'attrition élevés peuvent être expliqués par divers facteurs tels la nature du mandat thérapeutique, le nombre de sessions demandées et reçus par les couples, l'interruption de la thérapie pour des raisons éthiques (ex : présence d'une psychopathologie qui requiert l'interruption de la thérapie pour un certain temps) et pratiques (ex : le couple a des difficultés financières et doit interrompre l'intervention). Une étude menée par Masi, Miller et Olson (2003) sur l'abandon

de la thérapie a d'ailleurs rapporté que plus de 25% des couples (N=140) quittaient la thérapie après seulement une ou deux rencontres, alors que 30% des couples quittaient la thérapie alors que leurs objectifs n'avaient pas encore été atteints. Plus encore, les couples qui viennent consulter dans des milieux privés pour recevoir de l'aide avec leur relation conjugale, qui payent pour les services qu'ils reçoivent et qui poursuivent une thérapie pendant plusieurs rencontres ne sont pas toujours enclins à participer à des études en parallèle avec leur thérapie. En effet, tel que mentionné dans l'article 1 de la thèse, certains clients mentionnent qu'ils n'ont pas le temps de répondre aux questionnaires et/ou qu'ils n'en voient pas l'utilité.

Les chercheurs qui mènent des études en milieux cliniques réels font ainsi face à plusieurs défis. En effet, selon plusieurs cliniciens, les clients acceptant de participer à des protocoles de recherche avec des mesures répétées à plusieurs moments durant l'intervention ont peu d'avantages à participer (Sandberg, Johnson, Robila & Miller, 2002), puisqu'ils ne reçoivent ni compensation financière ni avantages qui soient détectables à leurs yeux. Ainsi, même s'ils acceptent de participer à l'étude en début de thérapie, il arrive qu'ils rétractent leur participation en cours de route. Une étude menée en 1996 démontre d'ailleurs qu'une compensation financière constitue un motivateur important pour certains couples participant à des projets de recherche évaluative (McCollum, Trepper, Nelson, McAvoy, Lewis & Wetchler, 1996). Il est également possible qu'après avoir développé un lien solide de collaboration avec leur thérapeute, les couples aient confiance que celui-ci comprenne les raisons pour lesquelles ils ne veulent ou ne peuvent pas continuer leur participation au protocole de recherche et donc

mettent un terme à leur participation. McCollum et al. (1996) ont d'ailleurs documenté que plusieurs clients mentionnent ne pas apprécier la longueur des questionnaires et la répétition de ceux-ci à plusieurs reprises durant la thérapie.

De plus, les cliniciens participant à ces protocoles de recherche font face à des dilemmes éthiques importants lorsqu'ils tentent de concilier la clinique et la recherche. Une étude récente menée auprès de 120 psychologues membres de l'American Association for Marital and Family Therapy démontre d'ailleurs que les cliniciens perçoivent ces questions comme un obstacle à la recherche en milieu clinique (Sandberg et al., 2002). En effet, il est difficile de convaincre un couple des vertus associées à la complétion de questionnaires de recherche lorsqu'ils arrivent à la quatrième rencontre en disant : « Écoutez, on est vraiment désolé mais on n'a pas eu le temps de remplir le questionnaire que vous nous avez donné et puis on n'a pas fait notre exercice de communication non plus. C'est la fin de l'étape scolaire et puis on est débordé avec les examens des enfants, en plus la plus petite a attrapé une gastro! ». Le clinicien fait à ce moment face à un dilemme important : s'il insiste pour que le couple prenne le temps de remplir un questionnaire de recherche alors qu'ils disent ne pas avoir le temps de le faire, cela mettra-t-il en péril l'exécution des exercices thérapeutiques? Plus encore, cela est-il dans le meilleur de leur intérêt? Enfin, comment justifier à un couple l'importance de remplir un questionnaire, tel le CTAS-r, auquel leur clinicien n'aura même pas accès, certes pour leur permettre d'émettre une opinion honnête, mais qui ainsi n'aura aucun impact positif sur le traitement qu'ils recevront?

Malgré ces difficultés, il a été possible de recruter 343 individus à la première rencontre, 221 à la troisième rencontre et 101 à la sixième rencontre, ce qui représente un nombre significatif de participants. En effet, aucune étude publiée examinant l'alliance thérapeutique dans la thérapie conjugale n'a pu recueillir autant de participants. Plus encore, aucune de ces études n'a récolté des données sur la perception des couples de l'alliance thérapeutique après la troisième rencontre. Pourtant, il est possible que certaines mesures puissent diminuer les taux d'attrition dans des recherches futures du même type. En effet, les couples seraient probablement plus enclins à participer à toutes les phases du protocole s'ils tiraient des avantages financiers, par exemple des rencontres de thérapie gratuites en échange de leur participation. Cette mesure pourrait d'ailleurs être bénéfique pour les couples à faibles revenus qui ne peuvent s'offrir une thérapie conjugale en milieu privé et qui désirent un service rapide qui est difficile à offrir en CLSC ou dans les hôpitaux. De plus, l'utilisation de versions courtes des questionnaires pourrait encourager les couples à les remplir de manière plus assidue. Finalement, l'utilisation de vidéos pourrait également être bénéfique, puisque les couples n'auraient pas à « travailler » pour leur participation à la recherche, c'est-à-dire que les vidéos pourraient être cotés par des assistants de recherche pour évaluer l'alliance thérapeutique formée entre les couples et le thérapeutes.

### *3.5. Implications cliniques*

La plupart des chercheurs en Amérique du Nord s'entendent pour affirmer que la thérapie conjugale constitue une spécialité qui nécessite une formation et



des habiletés distinctes (Johnson & Lebow, 2000). La thérapie conjugale constitue d'ailleurs aux Etats-Unis une spécialisation en psychologie avec un titre qui peut être décerné par l'American Association for Marital and Family Therapy (AAMFT). Plusieurs auteurs s'entendent également pour dire que les jeunes intervenants dans ce domaine font face à des préoccupations concernant l'absence de familiarité et le sentiment de manque de maîtrise face à la thérapie, la difficulté à créer un bon rapport de travail avec les deux conjoints, ainsi que la difficulté à déterminer si le degré de détresse du couple est trop élevé pour leur niveau de compétence (Jacobson & Gurman, 1995; Simoneau, 1995; Wright & Sabourin, 1985).

Malgré cela, les recherches menées actuellement dans le domaine de la thérapie conjugale permettent difficilement aux intervenants de généraliser les résultats obtenus à leur population clinique (Markman, Leber, Cordova, & St. Peters, 1995; Sprenkle, 2003). En effet, la plupart des études utilisent des schèmes d'expérimentation très contrôlés (ex : manuels de traitements standardisés, nombre de rencontres limitées) avec des échantillons très sélectionnés (ex : pas de psychopathologie, pas de consultation en thérapie individuelle en parallèle avec la thérapie conjugale, pas de troubles sexuels) qui représentent peu la réalité des milieux cliniques (Markman, Halford, & Cordova, 1997; Pinsof & Wynne, 2000). Plus encore, peu d'auteurs prennent la peine de traduire leurs résultats scientifiques en outils et recommandations pour les professionnels du domaine (Markman et al., 1997). En réponse à ces lacunes, la présente thèse se propose de

dégager plusieurs principes applicables aux thérapeutes qui pratiquent la thérapie conjugale.

3.5.1 Pour créer une bonne alliance avec les deux conjoints, il faut tenir compte des différences de genre. Les résultats obtenus dans cette thèse ont permis de souligner que les facteurs qui influencent la qualité de l'alliance thérapeutique ne sont pas les mêmes chez les hommes que chez les femmes. Cela implique que la formation de l'alliance thérapeutique revêt certaines particularités propres au sexe des conjoints. Il est donc important pour le thérapeute conjugal de se rappeler que les stratégies utilisées pour créer ou améliorer l'alliance thérapeutique chez un des conjoints n'auront pas nécessairement comme effet de favoriser l'alliance chez l'autre conjoint. Ainsi, il est essentiel de tenter de créer une alliance de qualité avec chacun des conjoints et non d'opter pour une stratégie globale qui ne tient pas compte des différences entre les deux individus.

3.5.2 Créer une bonne alliance avec un couple qui semble difficile à première vue ne l'est pas automatiquement. Cette thèse permet d'arriver à une constatation intéressante, soit que les difficultés dont souffrent les individus n'ont pas toutes le même impact sur l'établissement de l'alliance thérapeutique. En effet, il semble que la détresse conjugale et les problèmes interpersonnels sont associés à la qualité de l'alliance thérapeutique, alors que les symptômes psychiatriques ne le sont pas. Ainsi, les jeunes intervenants qui reçoivent une nouvelle référence pour un couple qui semble vivre plusieurs difficultés ne devraient pas assumer automatiquement que ce couple sera très difficile à traiter. Il se pourrait que travailler avec des

conjoints sans difficultés individuelles apparentes mais très insatisfaits de leur relation soit plus difficile que de travailler avec des conjoints ayant une faible insatisfaction conjugale mais souffrant de certains symptômes dépressifs et anxieux. En effet, un conjoint qui vit des difficultés au niveau individuel aurait peut-être moins tendance à blâmer son partenaire pour sa détresse que si elle provenait, d'après lui, de leur interaction conjugale. Plus encore, il serait plus facile pour le partenaire de se montrer empathique et aidant face aux difficultés de son conjoint puisqu'il ne se sentirait pas blâmé ou responsable de sa détresse et vice versa. Ainsi, les conjoints seraient peut-être plus enclins à initier des changements émotifs, cognitifs et comportementaux, sans attendre que ce soit leur partenaire qui change. Par ailleurs, il est peut-être plus facile de travailler avec de tels couples, puisque ceux-ci ont moins tendance à entrer dans le bureau du psychologue en disant « on vient vous voir parce qu'on se donne une dernière chance ». Dans ces cas là, les conjoints sont souvent tellement en détresse et fâchés l'un contre l'autre qu'il est difficile d'atteindre des changements significatifs à l'intérieur du nombre de rencontres que les conjoints se sont donnés.

Bien sûr, cette thèse n'a pas étudié tous les facteurs qui pourraient influencer l'alliance thérapeutique et il reste certain que d'autres facteurs pourraient venir promouvoir ou nuire à la formation de l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale. Par exemple, la motivation des conjoints à venir en thérapie conjugale et leur volonté d'apporter des changements à leurs comportements pourraient aussi avoir un impact sur la qualité de l'alliance qui est formée. Ainsi, il se pourrait qu'un couple très perturbé au niveau de la satisfaction conjugale, mais

très motivé à faire des efforts et à changer certains comportements soit plus facile à aider qu'un couple moyennement perturbé au niveau de la satisfaction conjugale, mais où un des deux conjoints ne veut pas venir en thérapie et où l'autre croit que c'est l'autre qui devrait changer.

### 3.5.3 Faire une évaluation complète peut permettre d'anticiper certaines difficultés dans la formation et dans l'évolution de l'alliance thérapeutique.

L'utilité de connaître les facteurs qui ont un impact sur la qualité de l'alliance thérapeutique est de pouvoir utiliser ces connaissances pour promouvoir et maximiser l'alliance entre les thérapeutes et leurs clients. En évaluant de manière détaillée la satisfaction conjugale et les problèmes interpersonnels des conjoints lors de la première rencontre d'évaluation, les thérapeutes pourraient être en mesure d'anticiper plus rapidement les difficultés qui pourraient se former dans l'établissement de l'alliance. Si les thérapeutes, après leur évaluation, anticipent que l'alliance sera difficile à former, ils pourraient alors consacrer plus d'énergie dans les premières rencontres pour consolider le lien de collaboration et ainsi s'assurer que le couple reste engagé dans le processus thérapeutique.

Certains cliniciens expérimentés dans notre étude ont d'ailleurs exprimé le désir d'administrer certains questionnaires à leurs clients avant même la première entrevue. Cela leur permettrait, d'après eux, d'évaluer de manière plus rapide et précise les couples qu'ils voient dans leur pratique privée. D'autres thérapeutes dans notre étude se servaient des résultats des questionnaires pré-intervention pour étayer leur compréhension clinique et pour adresser certaines difficultés qu'ils

anticipaient dans la formation et le maintien de l'alliance tout au long de la thérapie. Par exemple, si un conjoint répondait « toujours » à l'item « il est difficile pour moi de dire non aux autres », le thérapeute pouvait utiliser cette information pour demander au conjoint s'il était vraiment d'accord avec les objectifs négociés pour la thérapie puisqu'il était difficile pour lui d'exprimer des désaccords. Certains auteurs ont également souligné l'impact positif qu'une évaluation complète peut avoir sur la formation de l'alliance thérapeutique (Weeks, 1989).

#### **4. Limitations**

##### *4.1. Instrumentation*

Cette thèse a accru de manière significative les connaissances disponibles sur l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale. Malgré cela, il importe de souligner les limites inhérentes à cet ouvrage. En premier lieu, le questionnaire utilisé pour mesurer la qualité de l'alliance thérapeutique a permis de vérifier la perception de l'alliance qu'avaient les participants, mais non celle des thérapeutes. Cette faille devrait être corrigée dans les études à venir, puisqu'au niveau théorique, l'alliance thérapeutique constitue le lien de collaboration éprouvé à l'intérieur des systèmes clients et thérapeutes, ainsi qu'entre ces systèmes. Ainsi, en tenant compte uniquement de la perception des clients, on néglige un aspect important de l'alliance. Plus encore, le questionnaire utilisé dans cette étude mesure la perception des individus par rapport à l'alliance, mais tient peu compte de l'interaction réelle entre les participants. Il aurait été intéressant d'avoir une

mesure d'observation permettant de détecter les comportements verbaux et non verbaux liés à l'établissement de l'alliance thérapeutique.

Par ailleurs, les cotes élevées obtenues au CTAS-r posent également problème. Il est possible que plusieurs clients perçoivent l'alliance comme étant positive et que la clinique où l'étude a été menée, en raison de l'expérience des thérapeutes, de leur formation et du degré élevé de supervision qu'ils reçoivent, obtienne des cotes d'alliance élevées. Cela en soi n'est pas problématique. Par contre, les scores élevés obtenus au CTAS-r peuvent créer un effet de plafonnement, c'est-à-dire que si un conjoint juge l'alliance de manière positive à la troisième rencontre et que sa perception de la qualité augmente significativement à la sixième rencontre, le CTAS-r sera peu sensible à cette amélioration. Cela sera d'autant plus le cas si le conjoint a dès le départ donné une cote extrêmement positive à la troisième rencontre. Ainsi, le CTAS-r pourrait discriminer de manière limitée entre les différents degrés de qualité de l'alliance thérapeutique perçus par les clients. Tel que discuté précédemment, il est également probable que les scores élevés obtenus par le CTAS-r relèvent d'une certaine hésitation de la part des clients à émettre des opinions négatives sur le processus thérapeutique.

L'article 1 de cette thèse discute d'une modification à l'instrument qui pourrait améliorer sa capacité à discriminer entre divers scores positifs. Il est possible que de modifier l'échelle de cotation actuelle qui varie entre « totalement d'accord » et « totalement en désaccord » à une échelle qui varierait entre « 0% du temps » et « 100% du temps » apporterait une plus grande variation dans les scores

sur le CTAS-r. En effet, un client qui aurait indiqué « la plupart du temps » à l'item « Je fais confiance à mon thérapeute », pourrait coter entre « 70% du temps », « 80% du temps » et « 90% du temps » dans la nouvelle échelle. Ainsi, même si les scores seraient probablement encore très positifs, on retrouvait plus de variabilité dans ceux-ci.

Néanmoins, il est possible que les cotes élevées sur le CTAS-r ne proviennent pas entièrement de l'erreur de mesure, c'est-à-dire de la différence entre le vrai score au CTAS-r et le score observé. En effet, jusqu'à présent, toutes les hypothèses qui ont été discutées en lien avec les scores élevés du CTAS-r ont fait référence soit à une perception positive de l'alliance qui se manifeste par des scores positifs au CTAS-r (peu d'erreur de mesure), ou à une perception plus mitigée de l'alliance qui se traduit en scores positifs au CTAS-r (plus d'erreur de mesure). Il est possible qu'une partie des scores élevés au CTAS-r soit attribuable à certaines lacunes dans la définition même de l'alliance thérapeutique. En effet, l'alliance thérapeutique est un construit qui s'est développé au cours des années, mais qui n'a peut-être pas fini d'être affinée. D'après Cronbach et Meehl (1955), la validité de construit est établie à travers un processus graduel où la définition d'un construit et l'instrument qui le mesure sont simultanément retravaillés. Cela est d'autant plus nécessaire que le construit d'alliance thérapeutique, comme ceux de l'amour ou de l'intelligence par exemples, n'est pas tangible.

Certaines discussions cliniques avec divers thérapeutes lors de la collecte des données a permis de relever certaines faiblesses dans la définition actuelle de l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale (Pinsof & Catherall, 1986; Pinsof,

1995). Examinons, par exemple, la dimension « lien » du CTAS-r qui est définie comme « lien émotif qui se forme entre le thérapeute et le client et qui implique des sentiments mutuels de confiance et d'acceptation ». Il est possible qu'un conjoint rapporte avoir un bon lien de collaboration avec son thérapeute, mais qu'il le décrive également comme quelque peu « faux ». En effet, il est déjà arrivé dans le cadre de cette étude, qu'une thérapeute rapporte que le couple qu'elle suivait en thérapie conjugale disait l'apprécier, savoir qu'elle avait leur bien-être à cœur, ainsi qu'avoir confiance en elle et en sa capacité à les aider. Par contre, les conjoints lui avaient exprimé qu'ils trouvaient difficile le fait qu'elle les aide seulement parce que c'était son travail et que dans le fond l'attachement qu'ils éprouvaient pour elle était artificiel puisqu'ils n'étaient pas amis à l'extérieur des rencontres. Ce sentiment qu'ils avaient les amenait parfois à être amers face à la thérapie et rendait leur dévoilement au thérapeute difficile. Ainsi, lorsque les conjoints répondaient au CTAS-r, ils avaient tendance à répondre de manière très positive aux items traitant du lien émotif, mais dans la réalité percevaient l'alliance de manière moins positive. Il apparaît donc que la définition actuelle de l'alliance thérapeutique ne tient pas compte du degré de confort des couples dans la relation de collaboration qu'ils entretiennent en thérapie.

Par ailleurs, on remarque également certaines lacunes au niveau des dimensions « accord sur les objectifs » et « accord sur les tâches ». Dans le CTAS-r, l'accord sur les objectifs et les tâches sont des signes d'une alliance thérapeutique positive. Il existe des circonstances, cependant, lorsque cet accord traduit au contraire une alliance de moins bonne qualité. En effet, il arrive en



thérapie conjugale qu'un des conjoints soit d'accord avec le thérapeute simplement parce qu'il se sent mal à l'aise de le contredire. Par exemple, une des thérapeutes dans l'étude a rapporté un cas où l'homme dans le couple était d'accord avec toutes ses interventions et ses suggestions, mais n'appliquait aucun des principes discutés en dehors de la thérapie. Après avoir abordé le sujet, la thérapeute s'est rendu compte que l'homme était d'accord avec elle en principe car il la croyait experte dans le domaine des relations conjugales, mais qu'il n'avait pas vraiment envie de faire les exercices recommandés et aurait mieux aimé travailler sur des cibles et objectifs différents. Ainsi, lorsqu'il répondait au CTAS-r, l'homme avait des cotes assez élevées, mais qui ne traduisaient pas vraiment la qualité de l'alliance thérapeutique qu'il entretenait en thérapie. On peut s'imaginer qu'après avoir discuté de cette question avec la thérapeute, l'homme aurait peut-être répondu d'une manière moins positive à certains items ayant trait à l'accord par rapport aux tâches et aux objectifs. Cela se serait traduit par un score d'alliance moins élevé, alors qu'en fait le lien de collaboration entre l'homme et la thérapeute serait plus solide puisque celui-ci serait confiant de pouvoir exprimer des désaccords et de négocier les objectifs thérapeutiques dans une atmosphère d'acceptation.

Il semble donc que le construit d'alliance thérapeutique en thérapie conjugale devrait être retravaillé pour mieux refléter la réalité clinique. En particulier, il pourrait être intéressant d'ajouter des items au CTAS-r qui mesureraient le niveau de confort dans la relation thérapeutique, ainsi que la possibilité perçue par les couples d'être en désaccord avec leur thérapeute. Il

pourrait également être intéressant, à cet effet, d'utiliser des enregistrements vidéo de couples en thérapie conjugale et de les contraster avec leurs cotes au CTAS-r pour arriver à détecter d'autres aspects de l'alliance thérapeutique qui échappent à cet instrument et éventuellement l'améliorer.

Par ailleurs, les autres variables étudiées, soit la détresse conjugale, les symptômes psychiatriques et les problèmes interpersonnels, ont également été mesurées à l'aide de questionnaires auto-rapportés. L'utilisation de ces questionnaires apportait l'avantage d'être rapides et faciles à administrer. Dans notre protocole, les thérapeutes avaient accès aux résultats des évaluations par questionnaire faites à la première rencontre. Cela, leur permettait généralement d'enrichir leur compréhension de la problématique du couple et validait d'un point de vue éthique et professionnel notre collecte de données.

Cependant, les questionnaires auto-rapportés, dans un contexte de recherche clinique, apportent également un inconvénient majeur. En effet, certains participants pourraient être réticents à l'idée de se décrire dans une manière négative au courant de leur thérapie conjugale en répondant à ces questionnaires, de peur d'être identifiés comme le « patient problème ». Par exemple, un conjoint qui dit dans les questionnaires se trouver froid et avoir de la difficulté à se soucier des autres pourrait craindre de paraître égoïste ou insensible aux yeux de son thérapeute et donc devenir le conjoint qui a tort dans la situation conjugale et qui doit changer. Pour cette raison, il est possible que certains participants rapportent moins de difficultés qu'ils n'en vivent réellement ou sélectionnent les difficultés qu'ils rapportent lorsqu'ils remplissent les questionnaires. Ce biais, qui n'est pas

présent dans le contexte de la psychothérapie individuelle, rend l'étude des variables affectant l'alliance en thérapie conjugale encore plus ardue.

Cet inconvénient pourrait être contré par l'utilisation de trois mesures : a) l'ajout d'une mesure de désirabilité sociale dans les protocoles futurs de manière à pouvoir contrôler cette variable lorsqu'on étudie la relation entre des caractéristiques des clients et la qualité de l'alliance à divers moments dans la thérapie; b) l'utilisation de questionnaires destinés aux cliniciens et traitant des difficultés des conjoints qu'ils observent en thérapie de manière à pouvoir tenir compte de la perception des cliniciens et des conjoints quant à leurs difficultés; c) l'addition de mesures d'observation (exemple : enregistrements audio ou vidéo des rencontres de thérapie qui seraient cotés à l'aide d'une grille) pour compléter les données obtenues à l'aide des questionnaires auto-rapportés.

#### *4.2. Hétérogénéité de la population*

Cette thèse est avant-gardiste par rapport à l'échantillon utilisé pour étudier l'alliance thérapeutique, et ce pour plusieurs raisons : a) l'échantillon était de grande taille si on le compare avec les autres études sur l'alliance en thérapie conjugale; b) la population utilisée représentait celle que l'on trouve dans les milieux cliniques privés au Québec, donc une population hétérogène souffrant de diverses et parfois nombreuses difficultés; c) la population était en général perturbée sur plusieurs de nos mesures, soit le DAS, le ISP et le IIP-32.

Alors que cette hétérogénéité apporte une grande validité écologique aux résultats obtenus, elle apporte également certains inconvénients. En effet, avec une population issue d'un milieu clinique réel, il est difficile de contrôler toutes les

variables qui pourraient contaminer les analyses statistiques, par exemple la présence d'un traitement individuel concomitant au traitement conjugal, le nombre de thérapies individuelles ou conjugales poursuivies avant celle-ci, la réalité d'une famille recomposée avec le conjoint actuel, etc. Nous avons cependant fait le choix de privilégier des critères d'inclusion larges pour nos études et de sacrifier un certain contrôle des variables confondantes dans les analyses statistiques, cela en tenant compte des recommandations de nombreux auteurs (Johnson & Lebow, 2000; Markman, Halford & Cordova, 1997; Pinosof & Wynne, 2000).

Un des facteurs qui n'a pas été contrôlé dans les articles de cette thèse est le mandat de la thérapie, c'est-à-dire l'objectif principal qui guide les interventions du clinicien par rapport à la thérapie. Sur 30 études recensées traitant de l'efficacité de la thérapie conjugale, moins de la moitié des études mentionnent ce facteur pourtant important. Seules onze études indiquent que le mandat de la thérapie était « d'améliorer la relation conjugale ». Trois de ces études ajoutent pour objectif « produire des changements dans des domaines spécifiques de la relation » et une ajoute « améliorer le fonctionnement individuel ». Deux autres études indiquent que la thérapie visait à améliorer la communication, alors qu'une étude indique que la thérapie visait à aider les couples à résoudre leurs problèmes (Wright, Sabourin, Mamodhoussen & Mondor, 2004).

Pourtant, ce facteur pourrait avoir un impact important sur les résultats de la thérapie et sur le genre d'alliance thérapeutique créé en thérapie. En effet, certains couples consultent en thérapie conjugale avec l'intention d'améliorer une relation conjugale conflictuelle (ex : « on se chicane tout le temps, ce n'est plus

vivable »), alors que d'autres souhaitent raviver une relation qui s'éteint (ex : « ça va quand même bien, mais avec la naissance des jumeaux on s'est un peu éloigné et on aimerait juste trouver des trucs pour se rapprocher avant que cela ne devienne plus difficile ») ou encore consulter pour quelques rencontres d'appoint seulement concernant un sujet précis (ex : « on s'entend très bien et il n'y a pas vraiment de problèmes en ce moment, mais notre fille a des problèmes à l'école et on aimerait de l'aide pour se faire un plan de discipline et de soutien pour elle pour être certain qu'elle réussisse. On ne sait pas trop quoi faire et comment s'y prendre »). Plus encore, certains couples se rendent compte pendant ou après l'évaluation qu'ils ne sont pas certains de la viabilité de leur union et qu'un ou deux des conjoints aimeraient explorer les options possibles (Clinique de consultation conjugale et familiale Poitras-Wright, Côté, 2004).

Ainsi, il est possible que la présence de divers mandats en thérapie conjugale produise des trajectoires différentes en ce qui a trait au développement de l'alliance thérapeutique. Par exemple, les couples consultant dans l'objectif d'améliorer une relation conflictuelle pourraient avoir plus de fluctuations dans leur alliance en raison du niveau élevé de confrontations et de désaccords, alors que les couples recherchant des rencontres d'appoint en thérapie conjugale pourraient avoir une alliance plus stable dans le temps. Une étude de cas sur cette question, où des couples avec des mandats différents rempliraient le CTAS-r ou une version abrégée de cet instrument à chaque rencontre, pourraient nous renseigner sur les diverses trajectoires possibles. Plus encore, l'étude des facteurs qui influencent l'alliance thérapeutique en lien avec les divers mandats de la

thérapie pourrait nous apporter des connaissances très riches et plus nuancées que celles obtenues dans cette thèse.

#### *4.3. Étude des variables liées à l'intervention et à l'intervenant*

Cette thèse s'est intéressée principalement à la contribution des caractéristiques des couples et des conjoints à la qualité de l'alliance thérapeutique dans la thérapie conjugale. Cependant, il est certain que pour bien comprendre la formation de l'alliance thérapeutique et les facteurs qui s'y rattachent, on devrait étudier d'autres types de facteurs également, tels que les caractéristiques des intervenants et de l'intervention. En effet, il se pourrait que certains types de clients soient plus enclins à former une bonne alliance thérapeutique dans un certain modèle d'intervention avec un thérapeute ayant des caractéristiques précises. L'amas de telles connaissances nous permettra éventuellement de combiner les couples, les thérapeutes et les interventions de manière à obtenir un taux de succès maximal en thérapie conjugale. Plusieurs auteurs préconisent d'ailleurs un tel genre d'étude (e.g., Sexton, Alexander & Mease, 2004). Cependant, étant donné l'état très limité des connaissances sur les facteurs influençant l'alliance en thérapie conjugale, les études menées dans cette thèse constituent un pilier nécessaire à ce genre d'études.

#### **5. Pistes de recherches**

Cette thèse a apporté certaines réponses à nos questions de recherche. Cependant, les connaissances dans le domaine de l'alliance thérapeutique et de la thérapie conjugale restent limitées. L'état des connaissances sur les variables

clients qui pourraient avoir un impact sur l'alliance en thérapie conjugale est encore à l'état embryonnaire. De nombreuses variables restent à étudier, par exemple la motivation des conjoints à venir en thérapie conjugale, leur volonté de changer, la durée de leur insatisfaction conjugale et leur style d'attachement. Les interactions entre ces diverses variables en lien avec leur impact sur l'alliance devraient également être examinées.

Plusieurs autres questions méritent d'être étudiées et devraient l'être dans des recherches futures. Une piste des plus intéressantes constitue l'étude des courbes de développement de l'alliance thérapeutique. Comment l'alliance évolue-t-elle entre les séances? Retrouve-t-on de nombreuses fluctuations et ruptures dans l'alliance? Y a-t-il différents patrons d'évolution de l'alliance et ces patrons sont-ils liés aux gains thérapeutiques? Certains auteurs ont commencé à étudier cette question dans le contexte de la psychothérapie individuelle (e.g., Bachelor & Salamé, 2000; Horvath & Marx, 1990; Kivlighan & Shaughnessy, 1995; Kivlighan & Shaughnessy, 2000). Cependant, les résultats obtenus restent mixtes. Certains auteurs ont trouvé que l'alliance thérapeutique suivant un développement en courbe positive constituait un bon indicateur des gains thérapeutiques dans une thérapie dynamique brève (Kivlighan & Shaughnessy, 1995). Néanmoins, d'autres auteurs ont trouvé qu'un développement plat dans l'alliance était favorable (Bachelor & Salamé, 2000), alors que d'autres ont observé une correspondance entre un patron quadratique et un résultat favorable dans une thérapie limitée dans le temps (Kivlighan & Shaughnessy, 2000; Horvath & Marx, 1990).

Dans le contexte de la thérapie conjugale, il serait également intéressant d'examiner si la correspondance entre les patrons de développement de l'alliance des conjoints est reliée aux gains thérapeutiques. En effet, il est possible qu'un des conjoints développe une bonne alliance thérapeutique très tôt en thérapie et la maintienne tout au long de l'intervention (patron stable), alors que l'autre conjoint pourrait être moins à l'aise avec le thérapeute en début d'intervention mais ensuite développer un lien de collaboration solide avec celui-ci (patron linéaire). Cette situation apparaît probable surtout dans les cas où un des conjoints est réticent à venir consulter en thérapie conjugale, mais que l'autre apparaît très motivé.

Par ailleurs, il serait également intéressant d'intégrer l'étude des mandats et des caractéristiques des thérapeutes aux futures études menées dans le domaine. Plus encore, une comparaison de la qualité et des patrons de développement de l'alliance thérapeutique à travers différentes approches en thérapie conjugale constituerait une première dans le domaine. En effet, si l'alliance peut être décrite comme un concept panthéorique (Bordin, 1979), il reste qu'elle pourrait se manifester de manière différente à travers diverses approches (Arnkoff, 2000). D'après cet auteur, les composantes de l'alliance thérapeutique se retrouvent dans toutes les approches thérapeutiques, mais à des degrés différents. Par exemple, dans la thérapie cognitive comportementale, la composante "accord par rapport aux tâches" pourrait être particulièrement saillante, alors qu'elle serait peut-être moins présente dans la thérapie humaniste où la composante "lien émotif" pourrait être prédominante.



Finalement, une analyse des comportements des clients et des thérapeutes qui favorisent ou nuisent au développement de l'alliance thérapeutique constituerait un avancement important au domaine. Cette avenue de recherche a d'ailleurs été négligée dans le contexte de la psychothérapie individuelle (Crits-Christoph & Connolly Gibbons, 2003) et conjugale. Cela pourrait se faire grâce à l'utilisation de grilles d'analyses pour enregistrements vidéos. Une telle étude a récemment été menée par Werner-Wilson et al. (2003) qui a trouvé que la qualité de la dimension du lien émotif était positivement corrélée avec le nombre d'énoncés contenant des confrontations ainsi que le nombre d'énoncés comportant des conseils de la part de l'intervenant au couple. Cette étude examinait l'impact de quatre styles d'énoncés sur l'alliance, soit les énoncés positifs, négatifs, confrontants et donnant des conseils. Il serait intéressant de poursuivre dans la même optique en examinant d'autres types d'interventions de la part des intervenants.

## **6. Conclusion**

En conclusion, cette thèse a permis plusieurs avancées, soit l'étude des qualités psychométriques d'un instrument mesurant le concept d'alliance thérapeutique en thérapie conjugale et l'investigation de variables clients pouvant influencer le développement de l'alliance thérapeutique chez les couples en traitement. Bien que cette thèse ait certaines limites, elle se distingue par sa contribution à l'avancée des connaissances empiriques et cliniques dans le domaine de la thérapie conjugale. Les recherches présentées dans cette thèse ont

été menées avec un souci constant d'intégrer la clinique et la recherche et de diminuer le schisme important entre ces deux domaines. Il reste beaucoup à accomplir pour comprendre quels sont les facteurs qui ont un impact sur la formation de l'alliance thérapeutique en thérapie conjugale et comment les cliniciens peuvent s'y prendre pour maximiser l'alliance et du même coup augmenter les chances de leurs couples de progresser à l'intérieur de leur démarche thérapeutique. Cette thèse, cependant, constitue un des premiers pas dans cette direction.

**RÉFÉRENCES**

- Alexander, J. F., Holtzworth-Munroe, J. & Jameson, P. B. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 595-630). New York: John Wiley & Sons.
- Anderson, N. H. (1974). Cognitive algebra : Integration theory applied to social attributions. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 7. New York : Academic Press.
- Arnkoff, D. B. (2000). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 187-200.
- Bachelor, A. & Salamé, R. (2000). Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 39-53.
- Baillargeon, J., Dubois, G. & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'Ajustement Dyadique [French translation of the Dyadic Adjustment Scale]. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 18, 24-34.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Meuser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53-88.
- Beaudry, M., & Boisvert, J. M. (1988). *Psychologie du couple : Quand la science*

*se met à parler d'amour*. Montréal: Méridien.

Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*, 2-27.

Bégin, C. (2001). Survie des couples et satisfaction conjugale. *Découvrir, 22 (1)*, 46-47.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16*, 252-260.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York : John Wiley & Sons.

Bourgeois, L., Sabourin, S. & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 608-613.

Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Psychoanalytic Technique and Theory of Therapy, 27*, 137-158.

Brislin, R. W., Lonner, W. J. & Thordike, R.M. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: John Wiley.

Broderick, C. G. (1993). *Understanding family process: Basics of family systems theory*. Newbury Park, CA: Sage.

- Brown, P. D. & O'Leary, K. D. (2000). Therapeutic alliance: predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 340-345.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems : An interactional perspective. *Psychology Bulletin, 112*, 39-63.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Signet.
- Carpenter, J., & Treacher, A. (1989). Problems and issues in marital and family therapy. Oxford : Blackwell.
- Catherall, D. R. (1984). The therapeutic alliance in individual, couple, and family therapy. In Pinsof, W. M. & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*, 137-151.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., Lorelei, E. S. (2004). Traditional versus integrative behavior couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 176-191.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology, 50*, 165-190.
- Clinique de Consultation Conjugale et Familiale Poitras-Wright, Côté (2004). *Définition des mandats en thérapie conjugale*. Manuscript non-publié.

- Cobb, R.J., Davila, J., & Bradbury, T.N. (2001). Attachment security and marital satisfaction: The role of positive perceptions and social support. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 1131-1143.
- 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*, 59-76.
- Cote, K., & Wright, J. (2003). Caractéristiques et traitement des couples dont l'un des conjoints est dépressif. *Canadian Psychology, 44*, 382-393.
- Crits-Christoph, P., & Connolly Gibbons, M. B. (2003). Research developments on the therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry, 23*, 332-349.
- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin, 52*, 281-302. In R. M. Kaplan & D. P. Saccuzo. (1997). *Psychological Testing: Principles, Applications, and Issues (Fourth edition)*. Boston: Brooks/Cole Publishing Company.
- Crowe, M. J., & Ridley, J. (1990). *Therapy with couples*. London : Blackwell.
- Cummings, E. M., Davies, P. (1994). Children and marital conflict: The impact of family dispute and resolution. New York : The Guilford Press.
- Dunn, R. L., & Schwebel, A. I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology, 9*, 56-58.
- Estrada, A. U., & Holmes, J. M. (1999). Couples' perceptions of effective and

ineffective ingredients of marital therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25(2), 151-162.

Falloon, I. (1991). Behavioural family therapy. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy: Volume II*. New York: Brunner/Mazel.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford : Stanford University Press.

Filsinger, E. E. & Wilson, M. R. (1983). Social anxiety and marital adjustment. *Family Relations*, 32, 513-519.

Fincham, F. D., Paleari, G., & Regalia, C. (2002). Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attributions and empathy. *Personal Relationships*, 9, 27-37.

Freud, S. (1913). On the beginning of treatment : Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In J. Strachey (Ed.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 12* (pp. 122-144). London : Hogarth Press.

Freud, S. (1915). Observations on transference-love: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In J. Stachey, (Ed. & Trans.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 12* (pp. 157-173). London: Hogarth Press.

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

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and

psychotherapy : Components, consequences, and theoretical antecedents.

*The Counseling psychologist, 13, 155-243.*

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship : Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychotherapy, 41, 296-306.*

Golden, B. R., & Robbins, S. B. (1990). The working alliance within time-limited therapy : A case analysis. *Professional Psychology : Research and Practice, 21, 476-481.*

Goldfried, M. R., & Davidson, G. C. (1976). *Clinical Behavior Therapy*. New York : Holt, Rinehart & Winston.

Greenberg, L. S., James, P. S., & Conry, R. (1988). Perceived change processes in emotionally focused couples therapy. *Journal of Family Psychology, 2(1), 5-23.*

Greenson, R. R. (1965) The working alliance and the transference neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly, 34, 155-181.*

Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York : International Universities Press.

Gurman, A. S., & Fraenkel, P. (2002). The history of couple therapy: A millennial review. *Family Process, 41, 199-250.*

Gurtman, M. B. (1996). Interpersonal problems and the psychotherapy context: The construct validity of the inventory of interpersonal problems. *Psychological Assessment, 8, 241-255.*

Hahlweg, K., & Klann, N. (1997). The effectiveness of marital counseling in



Germany : A contribution to health services research. *Journal of Family Psychology, 11*, 410-421.

Halford, W. K., & Bouma, R. (1997). Individual psychopathology and marital distress. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.). *Clinical Handbook of Marriage and Couple Interventions* (pp. 291-321). Chichester, England : John Wiley & Sons.

Halford, W. K., Bouma, R., Kelly, A., & Young, R. (1999). Individual psychopathology and marital distress : Analysing the association and implications for therapy. *Behavior Modification, 23*, 179-216.

Halford, W. K. & Markman, H. J. (1997). *Clinical handbook of marriage and couples interventions*. New York: John Wiley & Sons.

Hampson, R. B., Prince, C. C., & Beavers, W. R. (1999). Marital therapy : Qualities of couples who fare better or worse in treatment. *Journal of Marital and Family Therapy, 25*, 411-424.

Heatherington, L. & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family therapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy, 16*, 299-306.

Hentschel, U., & Bijleveld, C. J. H. (1995). It takes two to do therapy : On differential aspects in the formation of therapeutic alliance. *Psychotherapy Research, 5*, 22-32.

Hersen, M., Kazdin, A. E., & Bellack, A. S. (1991). *The Clinical Psychology Handbook (2nd edition)*. New York: Pergamon Press.

- Hersoug, A.G., Monsen, J.T., Havik, O.E., & Hoglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *71*, 18-27.
- Holtzworth-Munroe, A., Jacobson, N. S., DeKlyen, M. & Whisman, M. A. (1989). Relationship between behavioral marital therapy outcome and process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 658-662.
- Horowitz, L.M., Alden, L.E., Wiggins, J.S., & Pincus, A.L. (2000). *IIP Inventory of interpersonal problems: Manual*. The Psychological Corporation.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York : John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 561-573.
- Horvath, A. O. & Marx, R. W. (1990). The development and decay of the working alliance during time-limited counseling. *Canadian Journal of Counselling*, *24*, 240-259.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*(2), 139-149.
- Ilfeld, F. W. (1796). Methodological issues in relating psychiatric symptoms to social stressors *Psychological Reports*, *39*, 1251-1258.

- Jacobson, N. S., & Addis, M. E. (1993). Research on couples and couples therapy : What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 85-93.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmaling, K. B., & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 547-557.
- Jacobson, N. S. & Gurman, A. (1986). *Clinical Handbook of Marital Therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Jacobson, N.S., & Gurman, A.S. (eds.). (1995). Clinical handbook of couple therapy (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Johnson, S. M. (2003). The revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 365-384.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1985). Differential effects of experiential and problem solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 175-184
- Johnson, S.M. & Lebow, J. (2000). The « coming of age » of couple therapy: A decade review. *Journal of marital and family therapy, 26*, 23-38.
- Johnson, S. M. & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 23*, 135-152.
- Jones, E. E. & Harris, V. A. (1967). The attribution of attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology, 3*, 2-24.
- Kivlighan, D. M. & Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the development of the

- working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 338-349.
- Kivlighan, D. M. & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 362-371.
- Kokotovic, A. M. & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 16-21.
- Kovess, V., Murphy, H. G., Tousignant, M. & Fournier, L. (1985). *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des dsc de Verdun et de Rimouski*. Montréal : Unité de Recherche du Centre Hospitalier Douglas.
- Kozart, M. F. (2002). Understanding efficacy in psychotherapy : An ethnomethodological perspective on the therapeutic alliance. *American Journal of Orthopsychiatry, 72*, 217-231.
- Krause, N., & Rook, K. S. (2003). Negative interaction in late life: Issues in the stability and generalizability of conflict across relationships. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 58*, 88-99.
- Lambert, M. J. & Lambert, P. B. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons.
- Lebow, J. L., & Gurman, A. S. (1995). Research assessing couple and family therapy. *Annual Review of Psychology, 46*, 27-57.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful Psychotherapy* (pp. 40-67). New York : Bruner/Mazel.

Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy : A manual for supportive-expressive treatment*. New York : Basic Books.

Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes in psychotherapy : a counting signs vs a global rating method. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-491.

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

Mamodhoussen, S., & Wright, J. (2001). Efficaces, les thérapie conjugales. *Découvrir*, 22(1), 48-49.

Markman, H.J., Halford, W.K. & Cordova, A.D. (1997). A grand tour of future directions in the study and promotion of healthy relationships. In W.K. Halford & H.J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 695-716). New York: John Wiley & Sons.

Markman, H. J., Leber, B. D., Cordova, A. D., & St. Peters, M. (1995). Behavioral observation and family psychology: Strange bedfellows or happy marriage?: Comment on Alexander et al. (1995). *Journal of Family Psychology*, 9(4), 371-379.

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, 438-450.

Martin, F., Sabourin, S. & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse

psychologique : Analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique.

*Journal International de Psychologie, 24, 571-584.*

Masi, M. V., Miller, R. B., & Olson, M. M. (2003). Differences in dropout rates among individual, couple, and family therapy clients. *Contemporary Family Therapy, 25, 63-75.*

McCollum, E. E., Trepper, T. S., Nelson, T. S., McAvoy, P.A., Lewis, R. A., & Wetchler, J. L. (1996). Participating in a couples therapy outcome study: Participants' views. *Contemporary Family Therapy, 18, 607-617.*

Montag, K. R., & Wilson, G. L. (1992). An empirical evaluation of behavioral and cognitive-behavioral group marital treatments with discordant couples. *Journal of Sex and Marital Therapy, 18(4), 255-272.*

Muran, J.C., Segal, Z.V., Samstag, L. & Crawford, C.E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 185-190.*

Neisser, U. (1976). *Cognition and reality*. San Francisco : Freeman.

Owen, M. T., & Cox, M. J. (1997). Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology, 11, 152-164.*

Patterson, J., Williams, L., Grauf-Grounds, C. & Chamow, L. (1998). *Essential skills in family therapy: From the first interview to termination*. New York: The Guilford Press.

Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of*

*family, individual, and biological therapies*. New York: Basic Books.

Pinsof, W. M. (2002). The death of « Till death us do part » : The transformation of pair-bonding in the 20<sup>th</sup> century. *Family Process*, *41*, 135-157.

Pinsof, W. M. & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, *12*, 137-151.

Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (1995). The efficacy of marital and family therapy : An empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*, *21*, 585-613.

Pinsof, W. M., Wynne, L. C., & Hambright, A. B. (1996). The outcomes of couples and family therapy : Findings, conclusions, and recommendations. *Psychotherapy*, *33*, 321-331.

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*, 114-122.

Quinn, W. H., Dotson, D. & Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their association with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*, *7*, 429-438.

Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Psychotherapy in Practice*, *56*, 211-224.

Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working*

alliance: Theory, research, and practice (pp. 13-37). New York : John Wiley & Sons.

- Rao, U., Hammen, C. & Daley, S. (1999). Continuity of depression during the transition to adulthood: A 5-year longitudinal study of young women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 908-915.
- Raytec, H. S., McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Hirsch, L. S. (1999). Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 24, 317-330.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston : Houghton-Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of the therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R., Gendlin, E., Kiesler, D., & Truax, C. (1967). *The Therapeutic Relationship and its Impact : A study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison : University of Wisconsin Press.
- Ruvolo, A. P., & Fabin, L.A. (1999). Two of a kind: Perceptions of own and partner's attachment characteristics. *Personal Relationships*, 6, 57-79.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B. & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 333-337.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Munay, P. (1990). Therapeutic alliance



rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27, 154-164.

Saffrey, C., Bartholomew, K., Scharfe, E., Henderson, A.J.Z., & Koopman, R. (2003). Self- and partner-perceptions of interpersonal problems and relationship functioning. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 117-139.

Sandberg, J. G., Johnson, L. N., Dermer, S. B., Gfeller-Strouts, L. L., Seibold, J. M., Stringer-Seibold, T. A., Hutchings, J. B., Andrews, R. L., & Miller, R. B. (1997). Demonstrated efficacy of models of marriage and family therapy : An update of Gurman, Kniskern, and Pinsof's chart. *American Journal of Family Therapy*, 25, 121-137.

Santiago, N.J., Klein, D.N., Vivian, D., Vocisano, C., Dowling, F., Arnow, B.A., Manber, R., Markowitz, J.C., McCullough, J.P., Riso, L.P.L., Rothbaum, B.O., Rush, A.J., Thase, M.E., & Keller, M.B. (2002). Pretreatment correlates of the therapeutic alliance in the chronically depressed. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 281-290.

Saunders, S. (2001). Pretreatment correlates of the therapeutic bond. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1339-1352.

Sexton, T. L., Alexander, J. F., & Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In A.E. Bergin & S. S. Garfield (Eds.), *Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 590-646). New York : John Wiley & Sons.

Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions.

*Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570.

- Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I., & Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies : A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Shadish, W. R., Ragsdale, R., Glaser, R. R., & Montgomery, L. M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy : A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 345-360.
- Snyder, D. K., Mangrum, L. F. & Wills, R. M. (1993). Predicting couple's response to marital therapy: A comparison of short- and long-term predictors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 61-69.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Sprenkle, D. H. (2003). Effectiveness research in marriage and family therapy: Introduction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 85-97.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics: Fourth edition*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Vallerand, R. J. & Halliwell, W. R. (1983). Vers une méthodologie trans-culturelle des questionnaires psychologiques : implications pour la psychologie du sport. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 8, 9-18.
- Vansteenwegen, A. (1998). Divorce after couple therapy: An overlooked

perspective of outcome research. *Journal of sex and marital therapy*, 24, 123-130.

Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2003). Interpersonal problems, personality pathology, and social adjustment after cognitive therapy for depression. *Psychological Assessment*, 15, 29-40.

Wark, L. (1994). Therapeutic changes in couples' therapy : Critical change incidents perceived by therapists and clients. *Contemporary Family Therapy*, 16, 39-52.

Weeks, G., and Treat, S. (1992). *Couples In Treatment: Techniques and Approaches for Effective Practice*. New York: Brunner/Mazel.

Werner-Wilson, R. J., Michaels, M. L., Thomas, S. G., & Thiesen, A. (2003). Influence of therapist behaviors on therapeutic alliance. *Contemporary Family Therapy*, 25, 381-390.

Wesley, S., & Waring, E. M. (1996). A critical review of marital therapy outcome research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 421-428.

Wilson, G. T., & Evans, I. M. (1977) The therapist-client relationship in behavior therapy. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy : A handbook of research* (pp. 544-565). New York : Pergamon Press.

Whisman, M. A., & Snyder, D. K. (1997). Evaluating and improving the efficacy of conjoint couple therapy (pp. 679-693). In W. K. Halford and H. J. Markman (eds.), *Handbook of marriage and couples interventions*. New York : John Wiley & Sons.

Wright, J., & Sabourin, S. (1985). *L'intervention auprès du couple*. Ottawa :

Consulaction.

Wright, J., Sabourin, S., Mamodhousen, S., & Mondor, J. (2004). The efficacy and effectiveness of couple therapy. In preparation.

Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-376.

