

---

## Rôle des traits de la personnalité dans l'intervention psychologique

### Role of Personality Traits in Psychological Treatment

---

Yann Le Corff

*Université de Sherbrooke*

---

#### RÉSUMÉ

Cet article s'appuie sur une recension de la littérature pour présenter le rôle des traits de la personnalité dans l'intervention psychologique. En première partie, l'approche des traits de la personnalité et le Modèle à cinq facteurs sont introduits. Le corps principal de l'article discute de l'influence des traits sur le choix de l'approche, l'alliance thérapeutique, le contre-transfert, l'adhésion au traitement, et l'établissement des cibles de changement thérapeutique au regard de la stabilité temporelle des traits. Enfin, certaines pistes de recherche sont suggérées afin que les cliniciens puissent tirer le plein potentiel de l'évaluation des traits de leurs clients.

#### ABSTRACT

Based on a literature review, this article discusses the role of personality traits in psychological treatment. First, personality traits theory and the Five-Factor Model of Personality are introduced. The main body of the article discusses the influence of personality traits on the choice of therapeutic approach, therapeutic alliance, counter-transference, treatment compliance, and the choice of therapeutic goals in light of the temporal stability of traits. In conclusion, suggestions are made for future research so that clinicians can benefit from the full potential of evaluating their clients' personality traits.

Therapy will finally become both a true art and a true science when therapists become able to predict who will respond to what treatment approaches, and to know the reasons why (T. Miller, 1987, communication personnelle citée dans McCrae & Costa, 1989, p. 451-452).

S'appuyant sur une recension systématique de la littérature, cet article traite du rôle des traits de la personnalité dans l'intervention psychologique. Il s'inscrit dans le courant de recherche qui vise à faire le pont entre la psychopathologie et les traits la personnalité (Krueger & Tackett, 2006). À l'heure actuelle, les traits de la personnalité, en particulier ceux du Modèle à cinq facteurs (Costa & McCrae, 1992), sont considérés comme l'unité de mesure fondamentale de la personnalité (McCrae & Costa, 2006). À la lumière de la recension, nous soutenons que ceux-ci contribuent à l'évaluation du client et à la planification de l'intervention. Étant associés à une réponse différenciée selon le type d'intervention utilisée, les traits permettent ainsi une meilleure adéquation entre le client et l'approche thérapeutique (Anderson, 1998; Harkness & Lilienfeld, 1997; Miller, 1991; Piper, Joyce,

McCallum, Azim, & Ogrodniczuk, 2002). De plus, les traits de la personnalité ont un impact sur plusieurs éléments du processus thérapeutique dont principalement l'alliance (Coleman, 2006; Nelson & Stake, 1994), le contre-transfert (Rossberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2008), ainsi que l'engagement et l'adhésion au traitement (Miller, Pilkonis, & Mulvey, 2006; Staiger, Kambouropoulos, & Dawe, 2007). Enfin, le rôle des traits dans l'établissement des cibles de changement thérapeutique est discuté au regard de leur stabilité temporelle. Ces éléments justifient de se pencher sur la relation entre les traits de la personnalité et les troubles mentaux, de même que de recenser les principaux écrits sur l'impact qu'ont les traits sur l'intervention psychologique.

## LES TRAITS DE LA PERSONNALITÉ

### *L'approche des traits de la personnalité*

L'étude de la personnalité est un domaine de la psychologie à elle seule (Harkness & Lilienfeld, 1997) dont les principaux avancements des deux dernières décennies ont eu lieu autour de l'approche des traits (Morizot & Miranda, 2007a). Selon cette approche, la personnalité est composée de traits, universels chez l'humain, sur lesquels les individus varient. Ainsi, tous sont dotés des mêmes traits, sur lesquels ils diffèrent quantitativement. Par exemple, toute personne a un certain niveau d'extraversion, qu'il soit élevé ou faible (introversion), mais il est impossible de ne pouvoir qualifier une personne sur cette caractéristique. Les traits traduisent les styles cognitifs, émotionnels, relationnels, expérientiels, motivationnels, et attitudinaux, relativement stables dans le temps et à travers les situations, qui caractérisent les individus. Ils permettent donc de saisir le fonctionnement général d'une personne à travers les divers aspects de sa vie (Costa & McCrae, 1992; McCrae & John, 1992) et sont considérés comme l'unité de mesure fondamentale de la personnalité (McCrae & Costa, 2006).

Bien que selon certains chercheurs les traits de la personnalité sont purement descriptifs (Goldberg, 1990; Saucier & Goldberg, 2001), la majorité des chercheurs soutiennent plutôt que les traits sont explicatifs. Les traits sont ainsi conceptualisés comme des phénotypes causaux, soit des structures internes qui organisent le comportement de façon dynamique à travers le temps, en interaction avec d'autres caractéristiques individuelles et avec l'environnement. Ce sont des construits latents, qu'on ne peut donc mesurer directement mais seulement par leurs indicateurs (comportements, émotions, etc.). Finalement, les traits sont conceptualisés comme étant l'expression phénotypique du bagage génotypique, du fait qu'ils seraient largement d'origine biologique (Caspi & Shiner, 2006; McCrae & Costa, 2006). Nous référons le lecteur intéressé à un exposé complet et en profondeur de la théorie des traits à l'article de Morizot et Miranda (2007a).

### *Le Modèle à Cinq Facteurs*

L'absence d'un modèle universel et consensuel de la personnalité qui puisse être mesuré de manière fidèle et valide a pendant longtemps rendu de nombreux cliniciens réticents à utiliser la personnalité dans leur pratique clinique (Costa,

1991). Or, l'avènement du Modèle à cinq facteurs de la personnalité (MCF, Costa & McCrae, 1992) a, au cours des dernières années, fortement contribué au renversement de cette tendance, si bien que plusieurs auteurs recommandent que les traits fassent partie de l'évaluation initiale des clients, au même titre que le trouble pour lequel ils consultent (Anderson, 1998; Harkness & Lilienfeld, 1997). D'ailleurs, un sondage récent mené aux États-Unis auprès de 256 psychologues cliniciens montre qu'ils ont une perception très favorable de l'utilité pratique du MCF (Samuel & Widiger, 2006).

Le MCF est à l'heure actuelle le modèle de la personnalité le plus validé empiriquement (Mervielde, De Clercq, De Fruyt, & Van Leeuwen, 2005; Saucier & Goldberg, 2001). Il a pour origine « l'hypothèse lexicale » selon laquelle les différences individuelles les plus saillantes et socialement pertinentes sont encodées en tant que mots dans le langage usuel (Galton, 1884, dans Goldberg, 1990). Suivant cette hypothèse, Allport et Odbert (1936) ont relevé dans des écrits littéraires plus de 4500 caractéristiques individuelles considérées comme décrivant des traits stables. Par exemple, les gens utilisent naturellement des centaines de mots tels que « nerveux », « sociable », « sérieux », « original », ou « généreux » pour décrire, se décrire, et décrire autrui (McCrae, Costa, & Dolliver, 1991). Des analyses factorielles ont révélé que cinq facteurs indépendants (orthogonaux) permettent de rendre compte de cette liste exhaustive de qualificatifs (voir Goldberg, 1990). Des méthodes similaires ont permis de confirmer la structure à cinq facteurs de la personnalité dans une diversité de langues, dont notamment l'allemand, le tchèque, le polonais et le turc (McCrae & Allik, 2002; Saucier & Goldberg, 2001). Cette structure à cinq facteurs est retrouvée non seulement chez les adultes, mais aussi chez les enfants et les adolescents, suggérant ainsi que le MCF représente les dimensions fondamentales de la personnalité humaine (McCrae & Costa, 2006).

Ces cinq traits se nomment Névrosisme, Extraversion, Ouverture, Agréabilité, et Consciencieux. Le trait Névrosisme réfère à la propension à vivre des affects négatifs tels l'anxiété, la colère, la tristesse, et la culpabilité, ainsi qu'à la tendance à avoir des idées irrationnelles et à avoir de la difficulté à contenir ses désirs. Son pôle opposé est la stabilité émotionnelle. L'Extraversion réfère à la sociabilité et la volubilité, mais aussi à l'affirmation de soi, à un haut niveau d'activité, et à la recherche d'excitation, alors que son pôle opposé est l'introversion. L'Ouverture décrit les personnes à l'imagination active, sensibles à l'esthétisme, introspectives, faisant preuve de curiosité intellectuelle et d'ouverture à la nouveauté. Les gens ayant un faible trait Ouverture sont terre-à-terre, conservateurs, et pratiques. L'Agréabilité désigne la tendance à être sympathique, altruiste, honnête, et à faire confiance aux autres, alors que son pôle opposé, l'antagonisme, caractérise les personnes antipathiques, méfiantes envers autrui, égocentriques, et compétitives plutôt que coopératives. Enfin, le trait Consciencieux décrit les personnes centrées sur la tâche, organisées, déterminées, et sur qui l'on peut compter. À l'opposé de ce trait se trouvent les personnes plus hédonistes, qui manquent de volonté et qui ont tendance à être désorganisées (Costa & McCrae, 1992).

Selon le modèle de Costa et McCrae (1992), chacun de ces traits peut être décomposé en six facettes. Par exemple, le trait Extraversion inclut les facettes

Chaleur, Grégarité, Affirmation, Activité, Recherche d'excitation, et Émotions positives. Ainsi, les traits de la personnalité s'organisent de façon hiérarchique; les comportements, émotions, attitudes, et cognitions covarient de manière à former des traits primaires, qui à leur tour covarient pour former des traits d'ordre supérieur (Morizot & Miranda, 2007a). Avec ses cinq traits, le MCF offre une évaluation parcimonieuse de la personnalité d'un individu alors que ses 30 facettes en permettent une description exhaustive et spécifique (De Clercq & De Fruyt, 2003; Paunonen & Ashton, 2001).

Sur le plan psychométrique, le MCF a été reproduit par analyse factorielle de différents questionnaires de la personnalité n'ayant pas été construits pour le mesurer (Costa & McCrae, 1997) et par analyse de descriptions orales de la personnalité dans le langage usuel (Kohnstamm, Halverson, Mervielde, & Havill, 1998). Sa validité est d'autant plus affirmée que les cinq facteurs sont retrouvés à l'aide de diverses méthodes psychométriques et divers répondants, démontrant que sa structure à cinq facteurs n'est pas un artefact de la mesure et ne résulte pas d'une « préstructuration » de l'instrument de mesure (Mervielde et al., 2005). Enfin, sa structure factorielle n'est pas affectée par le degré de désirabilité sociale associée au contexte dans lequel les sujets répondent au questionnaire (Marshall, De Fruyt, Rolland, & Bagby, 2005) et il peut être mesuré de manière fidèle et valide même au cours d'un trouble mental grave (Costa, Bagby, Herbst, & McCrae, 2005). L'outil de référence pour sa mesure est le *Revised NEO Personality Inventory* (NEO-PI-R, Costa & McCrae, 1992), disponible en version canadienne-française. Notons que la version 3 de cet outil (NEO-PI-III) est disponible en anglais (McCrae, Costa, & Martin, 2005) depuis peu et devrait être disponible en français dans un avenir rapproché.

En clinique, l'utilisation du MCF offre plusieurs avantages, vu ses caractéristiques présentées ci-dessus. Samuel et Widiger (2006) soulignent que le fait que le MCF soit basé sur le langage usuel facilite la communication des informations aux clients et à ses proches, car elles sont alors formulées dans des termes plus familiers. Cela fait également en sorte que le langage du MCF n'est pas péjoratif, ce qui facilite aussi la communication avec les gens concernés. Comme il s'agit d'un modèle général de la personnalité, il permet de donner à un client une image claire et objective de sa personnalité (Costa, 1991; McCrae & Costa, 1989), soit non seulement de ses limites ou pathologies, mais aussi de ses forces (Harkness & Lilienfeld, 1997; Miller, 1991), ce qui peut par la même occasion contribuer au processus d'empowerment (McCrae et al., 1991).

### *Personnalité et psychopathologie*

Traditionnellement, le champ d'étude de la personnalité était relativement distinct de celui de la psychopathologie. Or, depuis une quinzaine d'années, un courant de recherche faisant le pont entre ces deux champs de la psychologie a émergé (Krueger & Tackett, 2006). L'hypothèse fondamentale de ce courant est que s'il est vrai que les traits généraux de la personnalité reflètent les tendances profondes des individus qui se manifestent à travers les diverses facettes de leur vie, alors ceux-ci devraient également être liés aux troubles mentaux et à l'adaptation

psychosociale. À cet égard, il a été observé que le MCF est fortement associé aux troubles de la personnalité (Samuel & Widiger, 2008), aux comportements antisociaux (Miller & Lynam, 2001), ainsi qu'aux troubles intériorisés, aux troubles alimentaires, et à la schizophrénie (Malouff, Thorsteinsson, & Schutte, 2005).

Les traits étant théorisés comme des phénotypes causaux relativement stables, il est postulé que la plupart des troubles mentaux peuvent être conceptualisés comme l'expression inadaptée et transitoire de traits sous-jacents qui sont en interaction avec l'environnement (Costa, Patriciu, & McCrae, 2005). Cette influence causale des traits sur l'expression symptomatique peut se manifester de diverses façons. Premièrement, selon l'hypothèse d'un effet de vulnérabilité, certains traits de la personnalité mettent une personne à plus haut risque de développer certains troubles (Tackett, 2006). Par exemple, les gens ayant un trait Névrosisme élevé sont plus à risque de dépression majeure (Ormel, Oldehinkel, & Vollebergh, 2004; Shea et al., 1996). Deuxièmement, selon l'hypothèse d'un effet d'exacerbation, les traits de la personnalité influencent les troubles en termes de gravité, de présentation, et de pronostic. Par exemple, chez les enfants, le trait Névrosisme serait associé négativement à la gravité du trouble des conduites et à son pronostic (Tackett, 2006). Troisièmement, selon l'hypothèse d'un effet dit « cicatriciel », l'occurrence répétée de troubles mentaux provoquerait des changements au niveau de la personnalité. Par exemple, plusieurs épisodes de dépression majeure pourraient augmenter le trait Névrosisme en comparaison à son niveau pré-morbide (Tackett). Toutefois, les études longitudinales tendent à infirmer cette hypothèse (Ormel et al.; Shea et al.). Il semble donc que les traits de la personnalité ont un impact important sur la symptomatologie, mais que l'inverse n'est pas observé (Anderson & McLean, 1997; Warner et al., 2004). L'influence des traits de la personnalité sur l'expression symptomatique des individus suggère qu'ils pourraient jouer un rôle important sur plusieurs dimensions de l'intervention psychologique.

#### TRAITS DE LA PERSONNALITÉ ET INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE

Une recension systématique de la littérature a été réalisée afin de brosser un portrait de l'état des connaissances au sujet du rôle qu'ont les traits de la personnalité dans l'intervention psychologique, en accordant une attention particulière au MCF. Chacun des termes suivants, soient « traits », « personnalité », « modèle à cinq facteurs », et « différences individuelles », ont été combinés aux termes « intervention », « traitement », et « psychothérapie » dans les principales bases de données en psychologie (*PsychInfo*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *ERIC*). Cette recherche a été effectuée tant en anglais qu'en français, utilisant alors l'équivalent anglais de ces termes. Seuls les textes écrits dans ces deux langues ont été consultés. Tous les textes traitant du sujet d'intérêt, qu'il s'agisse d'études primaires, secondaires, ou théoriques, ont été retenus. Les textes qui ne traitaient pas des traits d'un modèle général de la personnalité ont été exclus. Ainsi, les textes portant sur des traits à caractère pathologique, tels les traits des troubles de la personnalité, les traits psychopathiques, ou encore ceux mesurés par des outils cliniques tel le MMPI-2, n'ont pas été inclus. Enfin, vu les avancées importantes

de l'approche des traits réalisées depuis une vingtaine d'années, seuls les textes publiés au cours des vingt dernières années ont été considérés.

Dans l'ensemble, les textes recensés montrent que les traits de la personnalité ont un rôle à jouer dans plusieurs aspects importants de l'intervention psychologique, soit le choix d'une approche thérapeutique appropriée au client, l'établissement de l'alliance thérapeutique, l'expression du contre-transfert, ainsi que l'engagement et l'adhésion au traitement. De plus, certains textes soulèvent la question de l'impact de la stabilité temporelle des traits sur l'établissement des cibles de changement thérapeutique.

### *Les traits pour guider le choix du type d'intervention*

Dans une pratique clinique qui se veut prioritairement appuyée sur des données probantes, l'évaluation du client préalablement à l'intervention s'avère nécessaire (Hunsley, 2007). À cet égard, il est suggéré que les traits de la personnalité fassent partie de l'évaluation initiale des clients, au même titre que le trouble pour lequel ils consultent (Anderson, 1998; Harkness & Lilienfeld, 1997). Une telle pratique implique également que le thérapeute doive adapter l'intervention au client (Sanderson & Clarkin, 2002). Comme un bon nombre d'études montrent que des traits de la personnalité sont associés à une réponse différenciée selon le type de traitement offert pour une même problématique (e.g., Bagby et al., 2008; Beutler et al., 1991; Ogrodniczuk, Piper, Joyce, McCallum, & Rosie, 2003; Piper, McCallum, Joyce, Azim, & Ogrodniczuk, 1999; Spek, Nyklicek, Cuijpers, & Pop, 2008), ceux-ci peuvent permettre un choix d'approche thérapeutique adapté au client (Anderson; Costa, 1991; Harkness & Lilienfeld; Miller, 1991; Piper, Joyce, McCallum, Azim, & Ogrodniczuk, 2002; Sanderson & Clarkin; Snow, 1991; Staiger et al., 2007). Devant la diversité des interventions disponibles aujourd'hui, qui se distinguent entre autres par leurs niveaux de structure, d'introspection, de verbalisation, de confrontation, d'engagement interpersonnel, et d'initiative requis de la part du client, la possibilité d'adapter l'intervention à la personnalité du patient est immense (Harkness et Lilienfeld).

Plusieurs travaux théoriques et empiriques permettent de brosser un portrait des modalités d'intervention les plus appropriés en fonction des traits du MCF. D'abord, il y a consensus chez les auteurs à l'effet que les thérapies d'approche cognitives-comportementales (TCC) sont à privilégier pour les clients ayant un trait Névrosisme élevé. Ceux-ci seraient plus susceptibles d'avoir des pensées irrationnelles et pourraient donc bénéficier grandement d'une TCC (Center & Kemp, 2003). À cet égard, un trait Névrosisme élevé est associé positivement aux progrès réalisés suite à une TCC chez des patients dépressifs (Beutler et al., 1991). Toutefois, une étude récente indique qu'un tel trait élevé est associé à des résultats plus probants pour un traitement pharmacologique que cognitif-comportemental (Bagby et al., 2008), ce qui amène les auteurs à suggérer un traitement séquentiel; les patients dépressifs ayant un trait Névrosisme élevé devraient d'abord débiter un traitement pharmacologique, pour ensuite entreprendre une TCC.

Toujours au niveau du trait Névrosisme, les clients chez qui ce trait est élevé auraient généralement une faible capacité à tolérer l'anxiété générée par une

thérapie psychodynamique interprétative (Piper et al., 2002); ce type d'intervention serait alors à déconseiller. Dans cette veine, le trait d'Évitement de la douleur (du modèle de Cloninger), qui recoupe le trait Névrosisme, est lié négativement au succès d'une thérapie interpersonnelle utilisant des techniques potentiellement anxiogènes (Joyce et al., 2007; Luty et al., 2007). En contrepartie, chez les clients qui ont un trait Névrosisme faible, les approches comportementales seraient moins recommandées. En effet, il semble que chez ces personnes les stimuli de récompense et de punition doivent être plus intenses pour entraîner un changement (Center & Kemp, 2003).

Sur le plan de l'Extraversion, Miller (1991) relate de son expérience clinique que les clients dont ce trait est plus faible seraient plus à l'aise avec une approche thérapeutique plus structurée, telle une TCC. À l'inverse, les clients extravertis bénéficieraient davantage d'une intervention moins structurée et centrée sur le client, telle une thérapie psychodynamique, interpersonnelle, ou d'approche humaniste, misant notamment sur leurs capacités relationnelles et d'expression de soi (Anderson, 1998).

Lorsque combiné avec un trait Agréabilité élevé, un trait Extraversion élevé suggère qu'une thérapie de groupe ou d'approche interpersonnelle pourrait être optimale, car les intérêts et habiletés interpersonnels associés à ce profil de personnalité seraient alors mis à profit. À l'opposé, des traits Extraversion et Agréabilité faibles suggèrent un format d'intervention plus structuré en contexte individuel, vu des dispositions envers l'expression de soi et envers autrui moins positives (Anderson, 1998; Ogrodniczuk et al., 2003; Sanderson & Clarkin, 2002).

Tel qu'il sera discuté à la section suivante, le trait Agréabilité, lorsque faible, nuit à l'établissement de l'alliance thérapeutique (Ogrodniczuk et al., 2003). Comme une capacité à établir une bonne alliance est nécessaire aux interventions psychodynamiques, celles-ci seraient donc moins indiquées chez les clients ayant un faible trait Agréabilité (Anderson, 1998; Ogrodniczuk et al.). Toutefois, l'effet négatif d'une faible Agréabilité s'appliquerait à la plupart des modalités d'intervention psychologique. Par exemple, trois facettes du trait Agréabilité, lorsque faibles, soit Confiance (tendance à percevoir les autres comme malhonnêtes), Droiture-sincérité (tendance à la manipulation et à cacher son opinion) et Sensibilité (tendance à la froideur et au manque d'empathie), entraînent une moins bonne réponse à une TCC, qui requiert l'établissement d'une certaine alliance thérapeutique, qu'à un traitement pharmacologique, dans lequel l'alliance thérapeutique joue un rôle minimal s'il en est un (Bagby et al., 2008). Il semble néanmoins que les clients ayant une faible Agréabilité, étant centrés sur leur propre intérêt, seraient réceptifs à une approche thérapeutique directe, centrée sur la résolution de problème, dans laquelle les gains qu'ils y feront pour eux-mêmes sont clairs (Miller, 1991; Ogrodniczuk et al.). Dans cette veine, il a été observé que plus les clients traités pour agoraphobie ont un trait Agréabilité faible, meilleure est leur réponse à une cyber-thérapie dans laquelle le contact avec le thérapeute est minimal (Harcourt, Kirkby, Daniels, & Montgomery, 1998).

À l'inverse, les thérapies interpersonnelles seraient toutes indiquées pour les clients dont le trait Agréabilité est élevé (Anderson, 1998). D'ailleurs, le trait

Dépendance à la récompense (du modèle de Cloninger), qui recoupe conceptuellement le trait Agréabilité, est associé aux effets d'une thérapie interpersonnelle chez des patients dépressifs, alors qu'il ne l'est pas à ceux d'une TCC (Joyce et al., 2007). Empiriquement, plus l'Agréabilité est élevée, meilleure est la réponse à une psychothérapie interprétative d'approche psychodynamique, alors que l'élévation de ce trait n'est pas associée aux effets d'une thérapie de soutien (Ogrodniczuk et al., 2003; Piper et al., 1999). Selon les auteurs de ces études, cela serait probablement dû au fait qu'un niveau plus élevé de maturité relationnelle, qui serait favorisé par un trait Agréabilité élevé, est requis pour faire face aux aspects confrontants d'une thérapie interprétative. Des études révèlent que l'Agréabilité est associée au succès thérapeutique d'une intervention de groupe (Talbot, Duberstein, Butzel, Cox, & Giles, 2003) et qu'une facette Altruisme (du trait Agréabilité) plus élevée est associée à une meilleure réponse à une thérapie de groupe qu'à une cyber-thérapie par Internet (Spek et al., 2008). Globalement, ces résultats permettent d'avancer que les thérapies ayant un aspect relationnel important ont un effet accru chez les gens ayant un trait Agréabilité élevé.

Certains auteurs suggèrent qu'un trait Ouverture élevé oriente vers les approches imaginatives et introspectives, telles la psychodynamique et la gestalt (McCrae & Costa, 1989; Miller, 1991), ou qui demandent des changements de paradigmes, comme certaines interventions cognitives (Anderson, 1998). La combinaison de traits Ouverture et Extraversion élevés formerait un profil particulièrement propice aux thérapies psychodynamiques, qui requièrent du client qu'il parle librement de son vécu et participe activement au processus d'interprétation (Miller). Un trait Ouverture faible, indiquant une personne plus terre-à-terre, guiderait vers une approche plus concrète, telles certaines TCC orientées sur les symptômes ou le développement d'habiletés (Anderson; Bliwise, Friedman, Nekich, & Yesavage, 1995; Miller; Piper et al., 2002).

Finalement, il a été suggéré que le trait Consciencieux, lorsque faible, orienterait lui aussi vers une approche très concrète, structurée, et encadrante (pour palier le manque de structure et d'organisation personnelle), alors qu'il serait associé à l'engagement et l'adhésion au traitement lorsqu'élevé (Anderson, 1998). Devant le faible engagement dans la thérapie généralement manifesté par les clients ayant un faible trait Consciencieux, Miller (1991) croit que le mieux est de leur offrir une thérapie principalement palliative ou de soutien, qui ne leur demandera donc que très peu d'engagement. En contrepartie, un trait Consciencieux élevé indiquerait une personne disposée à profiter de l'intervention, indépendamment de la modalité de traitement (Anderson; Ogrodniczuk et al., 2003); dans ce cas, les autres traits suggéreront la meilleure modalité d'intervention.

En somme, les thérapies plus structurées, en particulier les TCC, sont recommandées chez les clients qui ont un trait Névrosisme élevé et des traits Ouverture, Extraversion, et Consciencieux faibles. Les thérapies moins structurées, d'approches psychodynamiques, humanistes, et interpersonnelles, bénéficieraient particulièrement aux clients ayant des traits Ouverture et Extraversion élevés, qui indiquent un intérêt pour l'introspection et la verbalisation, à condition qu'ils n'aient pas un trait Névrosisme élevé, qui indiquerait une difficulté à gérer l'anxiété

généree par ce type d'intervention. Dans les thérapies qui impliquent un certain niveau de confrontation du client, comme certaines thérapies psychodynamiques ou la gestalt, un trait Agréabilité faible devient alors une contre-indication, car celui-ci nuirait à l'établissement de la relation de confiance nécessaire à ce type d'intervention. En fait, le lien entre le trait Agréabilité et la réponse au traitement semble tributaire de l'importance qu'y a la dimension relationnelle. Enfin, les thérapies interpersonnelles et de groupe seraient particulièrement indiquées pour les clients ayant des traits Extraversion et Agréabilité élevés.

Il apparaît donc que l'évaluation des traits de la personnalité des clients puisse guider le choix du type d'intervention, offrant ainsi une meilleure chance de succès thérapeutique. Toutefois, le succès thérapeutique peut également être influencé par nombre de facteurs, dont la sévérité et la chronicité du problème (De Maat, Dekker, Schoevers, & De Jonghe, 2007), l'intensité et la durée de l'intervention (Haby, Donnelly, Corry, & Vos, 2006), les habiletés et l'expérience des thérapeutes (Cuijpers, Van Straten, Warmerdam, & Smits, 2008), et ainsi de suite. De plus, l'adaptation de l'approche thérapeutique à la personnalité du client demande que le thérapeute, d'une part, soit à l'aise de travailler avec plusieurs approches et, d'autre part, croit en la validité et l'efficacité de différentes approches, ce qui n'est pas toujours le cas. Néanmoins, tel que discuté à la section suivante, les traits ont une influence sur plusieurs facettes importantes de l'intervention qui sont communes aux différentes approches thérapeutiques, notamment sur l'alliance thérapeutique, le contre-transfert, l'engagement et l'adhésion au traitement, ainsi que l'établissement des cibles de changement.

### *Le rôle des traits dans l'établissement de l'alliance thérapeutique*

La qualité de l'alliance thérapeutique (soit la relation de collaboration et le lien affectif entre le client et le thérapeute) est l'un des éléments du processus thérapeutique les plus fortement associés à l'atteinte des objectifs de la thérapie (Martin, Garske, & Davis, 2000; Piper et al., 2002). De l'avis de plusieurs auteurs, celle-ci serait influencée par certains traits de la personnalité. Le trait Agréabilité, indiquant entre autres la capacité à créer des relations interpersonnelles et à faire confiance à autrui (Anderson, 1998; Costa & McCrae, 1992), serait selon Miller (1991) fortement associée à la qualité de l'alliance thérapeutique. Les clients ayant un faible trait Agréabilité seront de prime abord méfiants envers le thérapeute, douteront de sa capacité à les aider, et seront critiques envers toute apparence d'erreur de sa part (Ogrodniczuk et al., 2003). Ainsi, un faible trait Agréabilité suggère d'éviter autant que possible toute manœuvre de confrontation, ou pouvant être perçue comme telle, dont certaines analyses, interprétations, ou conseils de la part du thérapeute (Anderson). Un psychothérapeute travaillant avec un client ayant un faible trait Agréabilité devra être particulièrement attentif au développement de l'alliance thérapeutique, car ce client sera beaucoup moins enclin à établir une bonne relation de collaboration.

L'Extraversion serait également associée à l'alliance thérapeutique. Les clients plus extravertis aborderaient la thérapie avec plus d'enthousiasme et d'optimisme et seraient plus prompts à s'ouvrir au thérapeute et à s'engager dans la relation

thérapeutique. Par contre, le thérapeute doit être vigilant face à la possibilité d'une pseudo-alliance chez les clients très extravertis; pour ceux-ci, communiquer des informations personnelles ne serait pas garant d'une alliance thérapeutique solide (Miller, 1991).

### *Le rôle des traits dans le contre-transfert*

Le contre-transfert, défini comme l'ensemble des réactions émotionnelles du thérapeute envers son client (Rossberg et al., 2008), est aussi un élément qui affecte le processus thérapeutique. Une étude suggère que des traits Névrosisme, Ouverture, et Consciencieux élevés sont associés plus de réactions de contre-transfert positives et moins de réactions de contre-transfert négatives chez du personnel en milieu psychiatrique (psychiatre, psychologue, infirmier, travailleur social, art thérapeute) (Rossberg et al., 2008). Un trait Névrosisme élevé, associé à un niveau de plainte plus élevé de la part du client (Miller, 1991), contribuerait à confirmer les intervenants dans leur rôle d'aidant (Holmqvist, 2000). Les traits Ouverture (indiquant une plus grande ouverture au changement) et Consciencieux (indiquant une meilleure autodiscipline et une plus grande capacité à travailler vers un but) sont associés à une plus grande utilisation des services thérapeutiques (Miller et al., 2006) et confirmeraient aussi les thérapeutes dans leur rôle d'aidant. De plus, l'expérience clinique suggère que les gens plus Consciencieux s'impliqueraient davantage dans la thérapie, feraient plus d'efforts, et seraient plus persistants face à l'adversité souvent nécessaire au changement thérapeutique (Miller; Sanderson & Clarkin, 2002). Cette plus grande implication des clients contribuerait à susciter chez les intervenants un contre-transfert plus positif.

### *Le rôle des traits dans l'engagement et l'adhésion au traitement*

Outre le trait Consciencieux, le trait Extraversion pourrait aussi influencer l'engagement et l'adhésion au traitement. Les patients plus introvertis seraient davantage portés à utiliser les services thérapeutiques à leur disposition (Miller et al., 2006). De plus, chez les patients dépressifs, l'introversion contribue significativement à prédire l'adhésion au régime de médication prescrit, alors que ni la gravité de l'état dépressif ni les effets secondaires négatifs de la médication ne sont associés à l'adhésion au traitement (Cohen, Ross, Bagby, Farvolden, & Kennedy, 2004). Il est possible que les personnes introverties aient un réseau social de soutien moins développé et aient ainsi davantage besoin de recourir aux services professionnels lorsque confrontés à des difficultés d'ordre psychologique (Miller et al.). Dans cette veine, l'élévation des traits de Recherche de sensation et de Recherche de nouveauté (tous deux associés à l'Extraversion du MCF) contribue à prédire l'abandon d'un traitement pour problèmes de consommation de drogue (Kravitz, Fawcett, McGuire, Kravitz, & Whitney, 1999; Staiger et al., 2007). Il semble donc que bien que les gens extravertis abordent généralement la thérapie avec optimisme et enthousiasme, cette caractéristique de leur personnalité pourrait les conduire à un abandon précoce. Il est donc important pour le thérapeute d'être sensible à la possibilité de pseudo-alliance, et d'offrir un cadre thérapeutique ajusté à la personnalité du client, afin de favoriser l'engagement et l'adhésion au traitement.

Enfin, une forte association prospective a été observée entre les traits Agréabilité, Ouverture, et Conscientieux et l'engagement dans la thérapie en contexte de groupe. L'ouverture à autrui, au partage, et à la diversité des expériences indiquée par ces traits favoriserait l'implication dans ce type de thérapie (Canuto, Meiler-Mitelu, Herrmann, Giannakopoulos, & Weber, 2008).

*Le rôle des traits dans l'établissement des cibles de changement*

La nature même des traits de la personnalité, en particulier leur stabilité temporelle élevée, joue un rôle important dans l'intervention psychologique. On sait aujourd'hui que la génétique explique environ 50% de la variance des traits (Bouchard & Loehlin, 2001; Jang, McCrae, Angleitner, Riemann, & Livesley, 1998) et que ceux-ci affichent une stabilité importante, avec des coefficients de stabilité allant de ,54 à ,74 au cours de l'âge adulte (Roberts & DelVecchio, 2000). Ces coefficients suggèrent donc, d'une part, une stabilité temporelle élevée et d'autre part, une certaine plasticité des traits de la personnalité; bien que relativement stables, ceux-ci ne seraient pas des caractéristiques entièrement fixes (Morizot & Miranda, 2007b).

Comme les traits de la personnalité auraient un rôle causal en psychopathologie, une question corollaire est de savoir s'ils sont changés significativement par l'intervention psychologique. En effet, si certains traits engendrent une vulnérabilité à développer certains troubles mentaux ou encore en exacerbent les manifestations, il serait alors souhaitable de voir un changement de ces traits suite à l'intervention. Malheureusement, à notre connaissance, aucune étude n'a évalué l'effet d'une intervention qui viserait à modifier des traits de la personnalité. Les quelques études longitudinales qui ont mesuré les traits de patients en traitement (pour dépression dans quatre des cinq études) ont observé certains changements au niveau des traits (Anderson & McLean, 1997; De Fruyt, Van Leeuwen, Bagby, Rolland, & Rouillon, 2006; Hofmann & Loh, 2006; Quilty et al., 2008; Richter, Eisemann, & Richter, 2000). Toutefois, mis à part les patients de l'étude de Hofmann et Loh qui ne rapporte pas cette information, tous étaient sous médication psychotrope, ce qui pourrait avoir induit des changements neuropsychologiques responsables des changements dans les traits (Bagby, Levitan, Kennedy, Levitt, & Joffe, 1999; Costa, Bagby, et al., 2005). Ensuite, aucune étude n'a vérifié si les traits reviennent à leur niveau prétraitement suite à l'arrêt de la médication psychotrope. En plus, ces études ont suivi les patients pendant une période maximale de six mois seulement; il est raisonnable de penser qu'une intervention de plus longue durée serait nécessaire afin de changer considérablement des caractéristiques aussi stables que les traits de la personnalité. Ainsi, bien qu'il ait été suggéré que les traits sous-jacents aux troubles mentaux puissent être changés par l'intervention psychologique (Sanderson & Clarkin, 2002), il semble que cette possibilité demeure à démontrer scientifiquement (Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004).

Les changements dans les traits de la personnalité suite aux interventions, même pharmacologiques, semblent modestes. Malgré certains changements statistiquement significatifs, les patients chez qui le traitement d'un épisode dépressif majeur

a été un succès ont toujours, suite au traitement, un profil de traits de la personnalité qui diffère de la norme populationnelle (Costa, Bagby, et al., 2005; De Fruyt et al., 2006; Hofmann & Loh, 2006). Ainsi, les traits pouvant rendre la personne vulnérable à un trouble et l'exacerber représentent toujours un facteur de risque une fois ce trouble dument traité. Dans cette veine, Harkness et Lilienfeld (1997) affirment qu'une erreur fréquente chez les cliniciens est de s'attendre à ce que des traits du client changent au cours de la thérapie, par exemple, qu'une personne instable émotionnellement (trait Névrosisme élevé) devienne en quelques semaines ou en quelques mois une personne émotionnellement stable (trait Névrosisme faible). Dans l'optique où un trait de la personnalité ne peut disparaître ou devenir son opposé, une évaluation des traits pourra alors permettre aux cliniciens de fixer des cibles de changement réalistes (Harkness & Lilienfeld; MacKenzie, 2002).

C'est probablement au niveau de l'expression situationnelle des traits que les changements les plus significatifs pourraient être provoqués par l'intervention (Harkness & Lilienfeld, 1997). Ces expressions situationnelles des traits sont les « adaptations caractéristiques », soit principalement les habitudes comportementales et relationnelles, les tendances émotionnelles et attitudinales, ainsi que les rôles qui résultent de l'interaction entre les traits et l'environnement (McCrae & Costa, 1999). En ce sens, la plupart des troubles mentaux sont des (mal) adaptations caractéristiques (McCrae & Costa, 2006). Par exemple, un adolescent délinquant pourrait avoir une personnalité caractérisée par une Recherche d'excitation (facette de l'Extraversion) et une Impulsivité (facette du Névrosisme) élevées, ainsi que par une faible Agréabilité (voir Le Corff & Toupin, 2009). En guise d'adaptation caractéristique, suite à l'interaction de ces traits avec des facteurs environnementaux tels des pratiques parentales coercitives et la fréquentation de pairs antisociaux (voir Dishion & Patterson, 2006), il pourrait avoir développé une tendance relationnelle axée sur l'hostilité et une promptitude à la violence, qui se manifesterait entre autres par la participation fréquente à des bagarres. Or, le même adolescent pourrait développer des adaptations caractéristiques qui permettraient une expression beaucoup plus pro-sociale de ses traits (voir Hansen & Breivik, 2001). Celui-ci pourrait se vouer à un sport de contact physique tel le football, où ses traits susmentionnés pourraient s'exprimer librement dans un cadre socialement acceptable, voir valorisé, tout en fournissant un réseau social plus normatif.

Comme un même niveau d'intensité sur un (ou des) trait peut donner lieu à plusieurs adaptations caractéristiques potentielles (Harkness & Lilienfeld, 1997), il est donc possible de modifier ces dernières sans qu'un changement au niveau des traits ne soit requis. D'ailleurs, la plupart des thérapies supportées empiriquement, telles les thérapies cognitivo-comportementales, interpersonnelles, et psychoéducatives, visent à modifier les schémas dysfonctionnels ou les patrons interpersonnels qui résultent de l'interaction entre les traits de la personnalité et l'environnement de la personne, sans pour autant viser à changer les traits eux-mêmes (Westen et al., 2004). Dans cette veine, une évaluation des traits de la personnalité d'un client permettra au clinicien de tenir compte des traits qui sont sous-jacents aux adaptations caractéristiques—à la problématique travaillée—dans l'établissement

des cibles de changement thérapeutique (Harkness & McNulty, 2002). Toutefois, de plus amples études cliniques devront être conduites afin que puissent être développés des programmes d'interventions spécifiques articulés autour des traits de la personnalité (Harkness & McNulty).

Il apparaît donc qu'une évaluation des traits pourrait permettre d'identifier les forces et les limites du client sur le plan de sa personnalité et, par le fait même, permettre une évaluation objective de son potentiel de changement (Harkness & Lilienfeld, 1997; Sanderson & Clarkin, 2002). Harkness et Lilienfeld soutiennent d'ailleurs qu'il y aurait une forte tendance chez les psychothérapeutes à surestimer le potentiel de leurs clients, ce que pourrait palier une évaluation objective de la personnalité. Il est à souhaiter que, dans un avenir rapproché, des études rendent possible de détailler avec précision l'influence des traits de la personnalité sur le pronostic des divers troubles mentaux, afin qu'ils puissent être utilisés avec un maximum d'efficacité pour évaluer le potentiel de changement des clients.

#### CONCLUSION

Depuis une quinzaine d'années, le rôle des traits de la personnalité dans la compréhension et le traitement des troubles mentaux est de plus en plus considéré et ce rôle est appelé à être mieux compris dans les années à venir. Les intervenants qui appuient leur pratique sur des données probantes ont tout intérêt à considérer l'évaluation des traits de la personnalité. En somme, les traits contribuent à guider la sélection de l'approche thérapeutique la mieux adaptée au client et l'établissement de cibles de changement réalistes, aident à anticiper le développement de l'alliance thérapeutique ainsi que le niveau d'engagement et d'adhésion au traitement, et enfin éclairent certaines réactions de contre-transfert.

Bien sûr, les efforts en recherche devront être poursuivis afin que les cliniciens soient éventuellement en mesure de tirer le plein potentiel de l'évaluation des traits de la personnalité de leurs clients. À cet effet, il sera important que des études établissent des seuils cliniques qui permettront aux cliniciens, par exemple, d'évaluer à quel niveau d'extraversion une thérapie moins structurée devient préférable à une thérapie structurée, ou encore à quel niveau d'Agréabilité l'établissement d'une alliance thérapeutique devient si problématique qu'il est alors préférable d'opter pour une approche directe, centrée sur la résolution de problèmes. Dans la même veine, les effets des interactions entre les traits sur les différents aspects de l'intervention psychologique devront être mieux connus. De plus, il serait utile que les études cliniques futures mesurent et rapportent de manière plus complète l'ampleur des gains engendrés par l'appariement du type d'intervention à la personnalité du client. Par exemple, il serait intéressant de comparer les progrès thérapeutiques d'un groupe de clients pour lesquels le choix des interventions aurait pris en considération leurs traits de personnalité aux progrès d'un second groupe de clients pour lesquels le choix des interventions n'aurait pas été influencé par leurs traits. Enfin, il sera important que la possibilité de changer les traits par le biais d'une intervention psychologique, ou encore de manière durable par pharmacothérapie, soit étudiée davantage et sur de plus longues périodes. En effet, la possibilité de

modifier les traits par une intervention psychologique n'a à notre connaissance jamais été testée indépendamment de l'effet de la pharmacothérapie, et il n'a jamais été vérifié si les changements modestes observés sont maintenus après cessation de la pharmacothérapie. Si des traits de la personnalité peuvent rendre une personne plus vulnérable à développer certains troubles ainsi que les exacerber, il est alors impératif d'évaluer la possibilité de modifier les traits par le moyen d'une intervention. À la lumière de cette recension, nous sommes convaincus que des avancées sur le plan de la recherche entraîneront une plus grande utilisation des traits de la personnalité dans la pratique de l'intervention psychologique, ce qui permettra d'améliorer significativement l'efficacité des interventions.

### Remerciements

Cet article a été écrit dans le cadre de la thèse de doctorat de l'auteur, pour laquelle il a reçu le support financier du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, du Fond québécois pour la recherche sur la société et la culture, et de l'Université de Sherbrooke. L'auteur tient à remercier Jean Toupin, Ph.D., et Karine Forget, M.D., FRCPC, pour leurs précieux conseils lors de la rédaction de cet article.

### Références

- Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names. A psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, 47 (1 Whole No. 211).
- Anderson, K. W. (1998). Utility of the Five-Factor Model of Personality in psychotherapy aptitude-treatment interaction research. *Psychotherapy Research*, 8, 54–70.
- Anderson, K. W., & McLean, P. D. (1997). Conscientiousness in depression: Tendencies, predictive utility, and longitudinal stability. *Cognitive Therapy & Research*, 21, 223–238. doi:10.1023/A:1021836830389
- Bagby, R. M., Levitan, R. D., Kennedy, S. H., Levitt, A. J., & Joffe, R. T. (1999). Selective alteration of personality in response to noradrenergic and serotonergic antidepressant medication in depressed sample: Evidence of non-specificity. *Psychiatry Research*, 86, 211–216. doi:10.1016/S0165-1781(99)00041-4
- Bagby, R. M., Quilty, L. C., Segal, Z. V., McBride, C. C., Kennedy, S. H., & Costa, P. T. Jr. (2008). Personality and differential treatment response in major depression: A randomized controlled trial comparing cognitive-behavioural therapy and pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 361–370. PMID:18616856 or PMCID:2543930
- Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R. J., Bergan, J., Meredith, K., & Merry, W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59, 333–340. doi:10.1037/0022-006X.59.2.333
- Bliwise, D. L., Friedman, L., Nekich, J. C., & Yesavage, J. A. (1995). Prediction of outcome in behaviourally based insomnia treatments. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 26, 17–23. doi:10.1016/0005-7916(94)00073-U
- Bouchard, T. J., & Loehlin, J. C. (2001). Genes, evolution, and personality. *Behavior Genetics*, 31, 243–273. doi:10.1023/A:1012294324713
- Canuto, A., Meiler-Mititelu, C., Herrmann, F., Giannakopoulos, P., & Weber, K. (2008). Impact of personality on termination of short-term group psychotherapy in depressed elderly outpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 22–26. doi:10.1002/gps.1829
- Caspi, A., & Shiner, R. L. (2006). Personality development. Dans D. W. Damon & R. M. Lerner (Éds. Sér.), N. Eisenberg (Éd. Vol.), *Handbook of child psychology, vol. 3: Social, emotional, and personality development* (6ième éd.) (pp. 300–365). New York, NY: Wiley.

- Center, D., & Kemp, D. (2003). Temperament and personality as potential factors in the development and treatment of conduct disorder. *Education & Treatment of Children, 26*, 75–88.
- Cohen, N. L., Ross, E. C., Bagby, R. M., Farvolden, P., & Kennedy, S. H. (2004). The 5-factor model of personality and antidepressant medication compliance. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*, 106–113. PMID:15065744
- Coleman, D. (2006). Therapist-client five-factor personality similarity: A brief report. *Bulletin of the Menninger Clinic, 70*, 232–241. doi:10.1521/bumc.2006.70.3.232
- Costa, P. T. Jr. (1991). Clinical use of the Five-Factor Model: An introduction. *Journal of Personality Assessment, 57*, 393–398. doi:10.1207/s15327752jpa5703\_1
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Professional manual: Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1997). Stability and change in personality assessment: The Revised NEO Personality Inventory in the year 2000. *Journal of Personality Assessment, 68*, 86–94. doi:10.1207/s15327752jpa6801\_7
- Costa, P. T. Jr., Patriciu, N. S., & McCrae, R. R. (2005). Lessons from longitudinal studies for new approaches to the DSM-V: The FFM and FFT. *Journal of Personality Disorders, 19*, 533–539. doi:10.1521/pedi.2005.19.5.533
- Costa, P. T. Jr., Bagby, R. M., Herbst, J. H., & McCrae, R. R. (2005). Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *Journal of Affective Disorders, 89*, 45–55. doi:10.1016/j.jad.2005.06.010
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Warmerdam, L., & Smits, N. (2008). Characteristics of effective psychological treatments of depression: A meta-regression analysis. *Psychotherapy Research, 18*, 225–236. doi:10.1080/10503300701442027
- De Clercq, B., & De Fruyt, F. (2003). Personality disorder symptoms in adolescence: A five-factor model perspective. *Journal of Personality Disorders, 17*, 269–292. doi:10.1521/pedi.17.4.269.23972
- De Fruyt, F., Van Leeuwen, K., Bagby, R. M., Rolland, J.-P., & Rouillon, F. (2006). Assessing and interpreting personality change and continuity in patients treated for major depression. *Psychological Assessment, 18*, 71–80. doi:10.1037/1040-3590.18.1.71
- De Maat, S. M., Dekker, J., Schoevers, R. A., & De Jonghe, F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *European Psychiatry, 22*, 1–8. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.008
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (2006). The development and ecology of antisocial behaviour in children and adolescents. Dans D. Cicchetti & D. J. Cohen (Éds.), *Developmental psychopathology, vol. 3: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 503–541). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative “description of personality”: The Big-Five factor structure. *Journal of Personality & Social Psychology, 59*, 1216–1229. doi:10.1037/0022-3514.59.6.1216
- Haby, M. M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 9–19. PMID:16403033
- Hansen, E. B., & Breivik, G. (2001). Sensation seeking as a predictor of positive and negative risk behavior among adolescents. *Personality & Individual Differences, 30*, 627–640. doi:10.1016/S0191-8869(00)00061-1
- Harcourt, L., Kirkby, K., Daniels, B., & Montgomery, I. (1998). The differential effect of personality on computer-based treatment of agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry, 39*, 303–307. doi:10.1016/S0010-440X(98)90039-6
- Harkness, A. R., & Lilienfeld, S. O. (1997). Individual differences science for treatment planning: Personality traits. *Psychological Assessment, 9*, 349–360. doi:10.1037/1040-3590.9.4.349
- Harkness, A. R., & McNulty, J. L. (2002). Implications of personality individual differences science for clinical work on personality disorders. Dans P. T. Costa Jr. & T. A. Widiger (Éds.), *Personality disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp. 391–403). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10423-023

- Hofmann, S. G., & Loh, R. (2006). The Tridimensional Personality Questionnaire: Changes during psychological treatment of social phobia. *Journal of Psychiatric Research, 40*, 214–220. doi:10.1016/j.jpsychires.2005.03.010
- Holmqvist, R. (2000). Staff feelings and patient diagnosis. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 349–356. PMID:10813068
- Hunsley, J. (2007). Training psychologists for evidence-based practice. *Canadian Psychology, 48*, 32–42. doi:10.1037/cp2007\_1\_32
- Jang, K. L., McCrae, R. R., Angleitner, A., Riemann, R., & Livesley, W. J. (1998). Heritability of facet-level traits in a cross-cultural twin sample: Support for a hierarchical model of personality. *Journal of Personality & Social Psychology, 74*, 1556–1565. doi:10.1037/0022-3514.74.6.1556
- Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Carter, J. D., Rae, A. M., Luty, S. E., Frampton, C. M. A., & Mulder, R. T. (2007). Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry, 190*, 503–508. doi:10.1192/bjp.bp.106.024737
- Kohnstamm, G. A., Halverson, C. F. Jr., Mervielde, I., & Havill, V. L. (1998). *Parental descriptions of child personality: Developmental antecedents of the big five?* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kravitz, H. M., Fawcett, J., McGuire, M., Kravitz, G. S., & Whitney, M. (1999). Treatment attrition among alcohol-dependent men: Is it related to novelty seeking personality traits? *Journal of Clinical Psychopharmacology, 19*, 51–56. doi:10.1097/00004714-199902000-00010
- Krueger, R. F., & Tackett, J. L. (2006). *Personality and psychopathology*. New York, NY: Guilford.
- Le Corff, Y., & Toupin, J. (2009). Comparing persistent juvenile delinquents and normative peers with the Five-Factor Model of Personality. *Journal of Research in Personality, 43*, 1105–1108. doi:10.1016/j.jrp.2009.06.011
- Luty, S. E., Carter, J. D., McKenzie, J. M., Rae, A. M., Frampton, C. M. A., Mulder, R. T., & Joyce, P. R. (2007). Randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry, 190*, 496–502. doi:10.1192/bjp.bp.106.024729
- MacKenzie, K. R. (2002). Using personality measurement in clinical practice. Dans P. T. Costa Jr. & T. A. Widiger (Éds.), *Personality disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp. 377–390). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10423-022
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the Five-Factor Model of Personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment, 27*, 101–114. doi:10.1007/s10862-005-5384-y
- Marshall, M. B., De Fruyt, F., Rolland, J.-P. & Bagby, R. M. (2005). Socially desirable responding and the factorial stability of the NEO-PI-R. *Psychological Assessment, 17*, 379–384. doi:10.1037/1040-3590.17.3.379
- 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 & Clinical Psychology, 68*, 438–450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- McCrae, R. R., & Allik, J. (2002). *The Five-Factor Model of Personality across cultures*. New York, NY: Kluwer Academic.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (1989). More reasons to adopt the Five-Factor Model. *American Psychologist, 44*, 451–452. doi:10.1037/0003-066X.44.2.451
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (1999). A five-factor theory of personality. Dans L. A. Pervin & O. P. John (Éds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2ième éd.) (pp. 139–153). New York, NY: Guilford.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (2006). Perspectives de la théorie des cinq facteurs (TCF) : traits et culture. *Psychologie Française, 51*, 227–244. doi:10.1016/j.psfr.2005.09.001
- McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr., & Dolliver, R. H. (1991). The NEO Personality Inventory: Using the Five-Factor Model in counselling. *Journal of Counselling & Development, 69*, 367–372.
- McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr., & Martin, T. A. (2005). The NEO-PI-3: A more readable Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment, 84*, 261–270. doi:10.1207/s15327752jpa8403\_05

- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the Five-Factor Model and its applications. *Journal of Personality, 60*, 175–215. doi:10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x
- Mervielde, I., De Clercq, B., De Fruyt, F., & Van Leeuwen, K. (2005). Temperament, personality, and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 19*, 171–201. doi:10.1521/pedi.19.2.171.62627
- Miller, T. R. (1991). The psychotherapeutic utility of the Five-Factor Model of Personality: A clinician's experience. *Journal of Personality Assessment, 57*, 415–433. doi:10.1207/s15327752jpa5703\_3
- Miller, J. D., & Lynam, D. R. (2001). Structural models of personality and their relation to antisocial behavior: A meta-analytic review. *Criminology, 39*, 765–795. doi:10.1111/j.1745-9125.2001.tb00940.x
- Miller, J. D., Pilkonis, P. A., & Mulvey, E. P. (2006). Treatment utilization and satisfaction: Examining the contributions of Axis II psychopathology and the Five-Factor Model of Personality. *Journal of Personality Disorders, 20*, 369–387. doi:10.1521/pedi.2006.20.4.369
- Morizot, J., & Miranda, D. (2007a). Approche des traits de la personnalité : postulats, controverses et progrès récents. *Revue de psychoéducation, 36*, 363–419.
- Morizot, J., & Miranda, D. (2007b). Développement des traits de la personnalité au cours de la vie : continuité ou changement? *Psychologie canadienne, 48*, 156–173.
- Nelson, B. A., & Stake, J. E. (1994). The Myers-Briggs Type Indicator personality dimensions and perceptions of quality of therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, & Training, 31*, 449–455. doi:10.1037/0033-3204.31.3.449
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Rosie, J. S. (2003). NEO-five factor personality traits as predictors of response to two forms of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 53*, 417–442. doi:10.1521/ijgp.53.4.417.42832
- Ormel, J., Oldehinkel, A. J., & Vollebergh, W. (2004). Vulnerability before, during, and after a major depressive episode. *Archives of General Psychiatry, 61*, 990–996. doi:10.1001/archpsyc.61.10.990
- Paunonen, S. V., & Ashton, M. C. (2001). Big five factors and facets and the prediction of behavior. *Journal of Personality & Social Psychology, 81*, 524–539. doi:10.1037/0022-3514.81.3.524
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., Azim, H. F., & Ogrodniczuk, J. S. (2002). *Interpretative and supportive psychotherapies: Matching therapy and patient personality*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10445-000
- Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Azim, H. F., & Ogrodniczuk, J. S. (1999). Follow-up findings for interpretative and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 67*, 267–273. doi:10.1037/0022-006X.67.2.267
- Quilty, L. C., De Fruyt, F., Rolland, J.-P., Kennedy, S. H., Rouillon, F., & Bagby, R. M. (2008). Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 108*, 241–250. doi:10.1016/j.jad.2007.10.022
- Richter, J., Eisemann, M., & Richter, G. (2000). Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neurosciences, 250*, 40–47. doi:10.1007/PL00007538
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 126*, 3–25. doi:10.1037/0033-2909.126.1.3
- Rosberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions: An empirical study. *Journal of Nervous & Mental Disease, 9*, 702–708. doi:10.1097/NMD.0b013e318186de80
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2006). Clinician's judgments of clinical utility: A comparison of the DSM-IV and five-factor models. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 298–308. doi:10.1037/0021-843X.115.2.298
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the Five-Factor Model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 1326–1342. doi:10.1016/j.cpr.2008.07.002

- Sanderson, C., & Clarkin, J. F. (2002). Further use of the NEO-PI-R personality dimensions in differential treatment planning. Dans P. T. Costa & T. A. Widiger (Éds.), *Personality disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp. 351–375). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10423-021
- Saucier, G., & Goldberg, L. R. (2001). Lexical studies of indigenous personality factors: Premises, products, and prospects. *Journal of Personality, 69*, 847–878. doi:10.1111/1467-6494.696167
- Shea, M. T., Leon, A. C., Mueller, T. I., Solomon, D. A., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1996). Does major depression result in lasting personality change? *American Journal of Psychiatry, 153*, 1404–1410. PMID:8890672
- Snow, R. E. (1991). Aptitude-treatment interaction as a framework for research on individual differences in psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 59*, 205–216. doi:10.1037/0022-006X.59.2.205
- Spek, V., Nyklicek, I., Cuijpers, P., & Pop, V. (2008). Predictors of outcome of group and internet-based cognitive behaviour therapy. *Journal of Affective Disorders, 105*, 137–145. doi:10.1016/j.jad.2007.05.001
- Staiger, P. K., Kambouropoulos, N., & Dawe, S. (2007). Should personality traits be considered when refining substance misuse treatment programs? *Drug & Alcohol Review, 26*, 17–23. doi:10.1080/09595230601036952
- Tackett, J. L. (2006). Evaluating models of the personality-psychopathology relationship in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 26*, 584–599. doi:10.1016/j.cpr.2006.04.003
- Talbot, N. L., Duberstein, P. R., Butzel, J. S., Cox, C., & Giles, D. E. (2003). Personality traits and symptom reduction in a group treatment for women with histories of childhood sexual abuse. *Comprehensive Psychiatry, 44*, 448–453. doi:10.1016/S0010-440X(03)00142-1
- Warner, M. B., Morey, L. C., Finch, J. F., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Shea, M. T., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2004). The longitudinal relationship of personality traits and disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 217–227. doi:10.1037/0021-843X.113.2.217
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin, 130*, 631–663. doi:10.1037/0033-2909.130.4.631

### Présentation de l'auteur

Yann Le Corff, Ph.D., est professeur adjoint au département d'orientation professionnelle de l'Université de Sherbrooke. Il s'intéresse notamment aux applications pratiques des modèles de la personnalité et à l'interrelation entre la personnalité et la psychopathologie.

Correspondance à l'auteur Yann Le Corff, Département d'orientation professionnelle, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke, 2500, boul. de l'Université, Sherbrooke, QC, J1K 2R1; courriel <Yann.Le.Corff@USherbrooke.ca>.