

L'alliance thérapeutique : un incontournable pour la pratique clinique

Audette Sylvestre et Suzie Gobeil

Le rôle de l'alliance thérapeutique dans le succès de l'intervention a été bien démontré dans des domaines connexes à celui de l'orthophonie. S'appuyant sur ces connaissances, l'objectif de cet article est de présenter les fondements théoriques de l'alliance thérapeutique en la distinguant de la relation thérapeutique. Le concept central de décision partagée sera ensuite présenté, suivi des facteurs susceptibles d'influer sur l'établissement et la qualité de l'alliance thérapeutique. Une alliance thérapeutique de faible niveau est associée à la possibilité que le patient abandonne le suivi, d'où l'importance d'accorder une attention toute particulière à cette dimension. Dans les situations où le clinicien a de la difficulté à établir une alliance, il est de sa responsabilité d'identifier de quelle façon il contribue à cette situation et de réfléchir sur ses propres actions afin d'apporter les correctifs qui s'imposent.

1. Introduction

Dans tout exercice professionnel, il importe de posséder une double compétence soit la *compétence disciplinaire*, c'est-à-dire la maîtrise de l'ensemble des savoirs propres au domaine d'expertise, et la *compétence relationnelle* qui renvoie à l'ensemble des attitudes et des habiletés dictées par la relation thérapeutique.

La relation orthophoniste-patient est la pierre angulaire du travail clinique en orthophonie. En effet, même s'il est pertinent, le plan d'intervention élaboré par l'orthophoniste ne pourra se concrétiser avec succès que si celui-ci parvient à créer, à développer et à maintenir une alliance thérapeutique avec le patient et ses proches dans le cadre d'une relation professionnelle structurée et orientée vers l'atteinte des objectifs visés. Dans son travail clinique, l'orthophoniste active donc simultanément une double démarche, soit la démarche *clinico-relationnelle* (Côté, Gobeil & Sylvestre, 2017).

La démonstration empirique de l'existence d'une relation entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité des interventions a été bien établie au cours des dernières décennies dans le domaine de la psychothérapie et dans le domaine médical. Des méta-analyses portant sur la relation entre les variables relationnelles et les résultats d'interventions auprès d'adultes (Horvath & Symonds, 1991 ; Kelley, Kraft-Todd, Schapira, Kossowsky & Riess, 2014 ; Martin, Graskie & Davis, 2000) et d'enfants et adolescents (Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006 ; Shirk & Karver, 2003) indiquent que l'alliance thérapeutique est l'élément le plus déterminant du succès de l'intervention et ce, indépendamment du type de traitement offert. Elle est plus fortement associée aux résultats de l'intervention que les techniques et approches elles-mêmes (Norcross, 2002). La taille de l'effet¹ varie entre 0,21 et 0,26 (Horvath & Bedi, 2002 ; Karver et al., 2006) dans le domaine psychosocial. Elle est établie à 0,11 dans le domaine médical (Kelley et al., 2014). Bien que ces tailles d'effet puissent sembler modestes de prime abord, dans des domaines où tant de variables peuvent exercer une influence sur l'efficacité du traitement, leur impact est considéré très important (Rutledge & Loh, 2004).²

S'appuyant sur les connaissances développées dans des domaines connexes, l'objectif du présent article est de présenter les fondements théoriques de l'alliance thérapeutique en la distinguant d'abord de la relation thérapeutique. Le concept central de décision partagée sera ensuite présenté, suivi des facteurs susceptibles d'influer sur l'établissement et la qualité de l'alliance thérapeutique.

2. Pratique guidée par les faits scientifiques (evidence-based practice)

Au cours des dernières décennies, le mouvement de recherche sur la pratique guidée par les faits scientifiques (*evidence-based practice*) s'est imposé dans le domaine de l'intervention auprès de personnes présentant divers types de difficultés, incluant celui de l'orthophonie (American Speech-Language-Hearing Association, 2005). Pour réduire l'incertitude liée à une décision clinique et pour guider les choix thérapeutiques, l'intervenant se doit d'utiliser activement les connaissances générées par la recherche scientifique et ce, en conjonction étroite avec les connaissances découlant de son expérience clinique (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996).

1 Une taille d'effet est une mesure de la force de la relation entre deux variables. Elle correspond ici à la différence entre deux moyennes, divisée par l'écart-type. Conformément aux directives publiées par Cohen (1988), un effet modeste est établi à 0,20, un effet modéré à 0,50 et un effet élevé à 0,80 et plus.

2 Pour illustrer ce fait, Kelley et ses collaborateurs (2014) rapportent l'exemple de la taille de l'effet de la médication par l'aspirine dans la réduction de l'infarctus du myocarde sur cinq ans qui est établie à 0,06 alors qu'il s'agit d'un traitement dont l'efficacité est largement reconnue et qui permet de sauver de nombreuses vies humaines.

Au départ essentiellement centré sur l'efficacité des traitements, ce mouvement s'est graduellement tourné vers les processus relationnels mis en avant au cours des interventions et qui sont reconnus indispensables à leur succès autant, sinon davantage, que les approches d'intervention privilégiées (Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2005 ; Lecomte, Savard, Drouin & Guillon, 2004; Manning, 2010; Norcross, 2002). La nécessité d'inclure le patient dans la prise de décision au sujet de l'intervention qui le concerne en tenant compte de ses préférences et de ses valeurs est dorénavant incontournable (Dollaghan, 2007 ; Roddam & Skeat, 2010 ; Schelstraete, 2011 ; Wolter et al., 2011).

Cette posture exige des cliniciens de maîtriser non seulement la théorie du problème et du traitement, mais aussi d'instaurer une alliance thérapeutique de qualité dont on sait qu'elle améliore l'expérience de soin des patients et a un effet bénéfique sur l'efficacité de l'intervention (Schapira, 2013).

3. Relation thérapeutique et alliance thérapeutique : de quoi parlons-nous ?

La relation thérapeutique comprend l'ensemble des sentiments et attitudes dont l'intervenant et le patient témoignent l'un envers l'autre (Fourie, Crowley & Oliviera, 2012 ; Norcross, 2002). Une relation thérapeutique exemplaire se compose d'ouverture et d'engagement envers son patient. Elle demande du respect, de l'écoute, de l'authenticité et de l'empathie ainsi qu'un réel intérêt pour l'expérience personnelle du patient aux prises, dans le cas des orthophonistes, avec des difficultés de communication (Di Blasi, Harkness, Georgiu & Kleijne, 2001 ; Kelley et al., 2014).

Se distinguant du terme plus général de relation thérapeutique, l'alliance thérapeutique renvoie plutôt à la qualité du lien collaboratif et mutuel qui se développe entre un intervenant et son patient dans le cadre d'une intervention (Côté & Hudon, 2016 ; Despland, Zimmermann & de Roten, 2006). Bien sûr, une alliance thérapeutique de qualité inclut une bonne relation thérapeutique, mais également une entente entre le clinicien et le patient sur les objectifs à atteindre et les moyens pour y arriver. L'établissement d'une alliance thérapeutique implique donc une co-construction du plan d'intervention. L'alliance thérapeutique se caractérise par une symétrie relationnelle résultant d'une alternance de complémentarité des rôles, l'orthophoniste occupant celui de l'expert des troubles de la communication alors que le patient est l'expert de sa propre vie et, en conséquence, le mieux placé pour identifier et signifier ses besoins.

Un tel type de relation présuppose une confiance mutuelle et une communication sincère en vue d'une prise de décision partagée (*shared decision making*) sur la définition du problème, les objectifs poursuivis dans

le cadre de l'intervention, les types d'interventions à mettre en œuvre et les modalités de collaboration entre le patient, ses proches et le clinicien (Côté et al., 2017 ; Légaré, Ratté, Stacey, Kryworuchko, Gravel, Graham & Turcotte, 2010). La collaboration active et la recherche de consensus sont centrales à la notion d'alliance thérapeutique (Horvath & Bedi, 2002). En bref, le clinicien propose mais ne peut décider seul, pas plus d'ailleurs que le patient. Le terrain d'entente doit être satisfaisant pour les deux partenaires. Dans les situations où l'intervenant est incapable d'établir une alliance thérapeutique de qualité, l'intervention se traduit généralement par un abandon du suivi ou un échec (Biehal, 2008).

3.1 Prise de décision partagée

La prise de décision partagée se définit comme un processus par lequel les choix relatifs aux actions thérapeutiques sont effectués conjointement par le clinicien et le patient (Légaré et al., 2010). Un certain nombre de recherches ont permis de confirmer qu'une proportion significative de patients souhaite jouer un rôle actif dans les décisions concernant leur santé (Kiesler & Auerbach, 2006). De plus en plus de patients reconnaissent qu'ils sont les meilleurs juges lorsqu'ils débattent de ces questions et lors des décisions concernant les interventions qui les concernent (O'Connor, Drake, Wells, Tugwell, Laupacis & Elmslie, 2003). Il est vrai toutefois que ce ne sont pas tous les patients qui sont disposés d'emblée à prendre part activement à la prise de décision. Des facteurs relatifs à l'âge, à l'expérience antérieure d'utilisation des soins de santé, à l'étape d'acceptation du problème, à des valeurs culturelles par exemple, peuvent influencer le degré auquel ils désirent s'impliquer dans cette prise de décision (McKeown, Reininger, Martin & Hoppmann, 2002). Ce fait doit amener les cliniciens à avoir des attentes réalistes sur l'implication que peuvent avoir différents patients et à s'ajuster au rôle que chacun d'eux est disposé à jouer dans cette prise de décision (Pomey, Flora, Karazivan, Dumez, Lebel, Vanier & Jouet, 2015). Prenons pour exemple un enfant de 9 mois pour lequel un diagnostic de déficience auditive profonde vient d'être confirmé. La nécessité d'intervenir ne fera pas l'objet d'un débat entre les intervenants et les parents.

Pour que cette décision soit non seulement partagée mais éclairée, il est impératif que le patient dispose d'une conception claire du problème présenté, d'une compréhension juste des différentes options d'intervention possibles et des faits scientifiques qui les étayaient. Il importe aussi que le clinicien discute avec le patient des avantages et des inconvénients de chacune des alternatives qui s'offrent à lui (Légaré et al., 2010). Les valeurs et les préférences du patient doivent être clarifiées et discutées ouvertement (Dollaghan, 2007). Le clinicien doit veiller à s'assurer en tout temps de la compréhension du patient et ne pas hésiter à proposer le report de la décision si celui-ci a besoin de davantage d'explications ou d'un temps de réflexion (Légaré et al., 2010). La décision doit

être prise en toute connaissance de cause.

Le processus inhérent à la prise de décision partagée a pour effet d'augmenter la compréhension que le patient a de son problème, son observance du traitement, sa confiance, sa satisfaction et, plus globalement, sa santé et son bien-être. Inclure les patients dans la prise de décision est d'autant plus important que cela a été associé à des résultats plus favorables relativement à leur santé (Duncan, Best & Hagen, 2010 ; Légaré et al., 2010). En somme, elle augmente la qualité et l'efficacité de l'intervention (Côté & Hudon, 2016).

3.2 Sources de variabilité dans l'alliance thérapeutique

Le rôle crucial joué par l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité dans l'efficacité de l'intervention ne fait plus beaucoup de doutes. Celle-ci peut cependant être modulée positivement ou négativement par des facteurs relatifs aux cliniciens, aux patients et au contexte de l'intervention (Baldwin, Wampold & Imel, 2007 ; de Roten, 2011).

a. Facteurs relatifs aux cliniciens

Établir, développer et maintenir une alliance thérapeutique de qualité est plus facile à dire qu'à faire. Cela implique que le clinicien soit constamment attentif à son rôle et à l'expérience subjective du patient afin d'y répondre avec empathie. Il exprime sa réceptivité au point de vue du patient et intervient de façon à générer de l'espoir (Horvath & Bedi, 2002). Soutenir le processus de changement nécessite de la souplesse dans l'application de l'approche thérapeutique (Côté et al., 2017). Les intervenants qui sont chaleureux et flexibles et qui mettent en évidence les forces des patients tendent à développer une meilleure alliance thérapeutique avec eux (Ackerman et Hilsenroth, 2003; Horvath & Bedi, 2002).

Il importe toutefois de préciser que, si pour certains patients l'empathie peut favoriser l'alliance thérapeutique en leur donnant l'impression d'être compris, elle peut également être perçue comme une intrusion par d'autres patients (Horvath et Bedi, 2002). Pour avoir un effet bénéfique sur l'alliance thérapeutique, il est donc essentiel que l'empathie démontrée par l'intervenant soit cohérente avec les préférences et les perceptions des patients (Constantino, Castonguay, Zack & DeGeorge, 2010 ; Horvath et Bedi, 2002).

D'autres stratégies et comportements sont aussi associés négativement à l'alliance thérapeutique. Par exemple, le fait de pousser le patient à parler alors qu'il ne veut pas ou d'être trop formel peuvent compromettre la qualité de l'alliance thérapeutique (Constantino et al., 2010). Le fait de ne pas reconnaître l'émotion du patient, ses éventuelles critiques et de mettre l'accent sur des détails sont autant d'éléments mentionnés par Karver et ses collègues (2006) comme des entraves possibles à l'établissement de l'alliance

thérapeutique.

b. Facteurs relatifs aux patients

Les attentes des patients face au changement et en regard de l'utilité de l'intervention, la réceptivité au changement et la motivation à changer sont considérées comme des éléments pouvant influencer la formation d'une bonne alliance thérapeutique avec l'intervenant (Constantino et al., 2010 ; Karver et al., 2005 ; Hersoug, Hoglend, Havik et Monsen, 2010 ; Ross, Polaschek et Ward, 2008). Certains patients ont pu connaître des expériences négatives par le passé qui les rendent méfiants à s'engager dans une nouvelle relation thérapeutique (Rooney, 2009). Certains ont aussi des attentes disproportionnées qu'il conviendra de discuter.

Le fait de percevoir le clinicien comme digne de confiance, fiable, honnête, authentique et empathique peut amener des sentiments positifs envers celui-ci et conduire au développement d'une alliance thérapeutique favorable (Karver et al., 2005). En s'inspirant du modèle d'influence interpersonnelle (Strong, 1968), des auteurs précisent que les patients peuvent être influencés ou persuadés de faire ce que leur intervenant suggère lorsque ce dernier a bien établi sa crédibilité à travers ses connaissances, compétences et comportements. La perception de la crédibilité de l'intervenant favorise la propension du patient à former alliance avec lui (Karver et al., 2005).

c. Facteurs externes

D'autres sources peuvent également influencer l'établissement de l'alliance thérapeutique entre le patient et l'intervenant notamment la famille, les amis et autres figures significatives dans la vie des patients (Ross et al., 2008). Par les valeurs qu'ils transmettent, leurs perceptions et commentaires sur l'intervention, ces différents acteurs ont tous le potentiel d'encourager ou de miner l'alliance thérapeutique qui se développe entre le patient et son intervenant.

Le contexte d'intervention figure également parmi les facteurs externes susceptibles d'influencer la dyade patient-intervenant (Wolter et al., 2011). En effet, des contraintes liées à l'organisation des services (p.ex. un nombre limité d'entrevues octroyées par l'établissement, l'impossibilité de se déplacer au domicile ou dans le service de garde éducatif d'un enfant) sont susceptibles de nuire à l'établissement de l'alliance thérapeutique en rendant impossible une action que l'intervenant jugerait pertinente mais qu'il n'est pas en mesure d'appliquer.

Une alliance thérapeutique de faible niveau est associée à la possibilité d'abandonner le suivi, d'où l'importance d'accorder une attention toute particulière à cette dimension surtout lors des premières rencontres

(Horvarth et Bedi, 2002). Dans les situations où le clinicien a de la difficulté à établir une alliance thérapeutique, il relève de sa responsabilité d'identifier de quelle façon il contribue à cette situation et non pas de mettre l'accent sur les caractéristiques du patient. Il se doit de réfléchir à ses propres actions et d'apporter les correctifs qui s'imposent. La supervision clinique est une voie possible dans un tel contexte. La rétroaction est notamment reconnue comme un puissant outil de développement professionnel et d'apprentissage (van de Ridder, McGaghie, Stokking, ten Cate, 2015).

4. Conclusion

Il est essentiel que les services d'orthophonie soient basés sur les connaissances scientifiques les plus récentes et sur les meilleures pratiques professionnelles. Une expertise clinique de haut niveau ne suffit toutefois pas à garantir l'efficacité des interventions en orthophonie. Il incombe aussi et surtout au clinicien de parvenir à établir une alliance thérapeutique de qualité avec le patient et ses proches s'il veut maximiser les bénéfices de ses interventions.

Audette SYLVESTRE

Orthophoniste, professeure titulaire au programme de maîtrise en orthophonie de l'Université Laval (Québec, Canada) et chercheuse au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS) et au Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJef) - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale.

Contact : audette.sylvestre@fmed.ulaval.ca

Suzie GOBEIL

Orthophoniste, chargée d'enseignement en médecine au programme de maîtrise en orthophonie de l'Université Laval (Québec, Canada) et clinicienne auprès de personnes présentant une déficience auditive au CIUSSS de la Capitale-Nationale (Québec).

ACKERMAN, S.J., HILSENROTH, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (2005). *Evidence-based practice in communication disorders* [Position Statement]. Repéré sur www.asha.org/policy

BALDWIN, S.A., WAMPOLD, B.E., IMEL, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852.

- BIEHAL, N. (2008). Preventive services for adolescents: exploring the process of change. *British Journal of Social Work*, 38, 444-461.
- BORDIN, E.S. (1979). The generalisability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- COHEN, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- CONSTANTINO, M.J., CASTONGUAY, L.G., ZACK, S.E., DEGEORGE, J. (2010). Engagement in psychotherapy: factors contributing to the facilitation, demise, and restoration of the therapeutic alliance. Dans D. Castro-Blanco & M.S. Karver (Éds.), *Elusive alliance: Treatment engagement strategies with high-risk adolescents* (p.21-57). Washington, DC: American Psychological Association.
- CÔTÉ, L., GOBEIL, S., SYLVESTRE, A. (2017). La compétence «communication» en orthophonie : pour commencer, parlons-en !, *Semaine d'accueil du programme de maîtrise en orthophonie de l'Université Laval, septembre*.
- CÔTÉ, L., HUDON, E. (2016). L'approche clinique centrée sur le patient : des principes et des pratiques adaptées. Dans C. Richard & M.T. Lussier (Éds.), *La communication professionnelle en santé* (2e éd.). Montréal : ERPI.
- DE ROTEN, Y. (2011). L'alliance thérapeutique est-elle la clé du changement ? Dans E. Collot (Éd.), *L'alliance thérapeutique : fondements et mise en œuvre* (p. 3-16). Paris: Dunod.
- DESPLAND, J.-N., ZIMMERMANN, G., DE ROTEN, Y. (2006). L'évaluation empirique des psychothérapies. *Psychothérapies*, 26(2), 91-95.
- DI BLASI, Z., HARKNESS, E., ERNST, E., GEORGIU, A., KLEIJNEN, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet*, 357, 757-762.
- DOLLAGHAN, C.A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore: Brookes.
- DUNCAN, E., BEST, C., HAGEN, S. (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1 [doi: 10.1002/14651858.CD007297.pub2]
- FOURIE, R., CROWLEY, N., OLIVIERA, A. (2011). A qualitative exploration of therapeutic relationships from the perspective of six children receiving speech-language therapy. *Topic Language Disorders*, 31(4), 310-324.
- HERSOU, A.G., HOGLEND, P., HAVIK, O.E., MONSEN, J.T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 145-159.
- HORVATH, A.O., BEDI, R.P. (2002). The Alliance. Dans J.C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work* (p.37-69). New York: Oxford University Press.
- HORVATH, A., SYMONDS, R.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

- KARVER, M., HANDELSMAN, J.B., FIELDS, S., BICKMAN, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research*, 7 (1), 35-51.
- KARVER, M., HANDELSMAN, J.B., FIELDS, S., BICKMAN, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65.
- KELLEY, J.M., KRAFT-TODD, G., SCHAPIRA, L., KOSSOWSKY, J., RIESS, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 9(4), e94207.
- KIESLER, D.J., AUERBACH, S.M. (2006). Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient Education and Counseling*, 61(3), 319-41.
- LECOMTE, C, SAVARD, R, DROUIN, MS, GUILLON, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- LÉGARÉ, F., RATTÉ, S., STACEY, D., KRYWORUCHKO, J., GRAVEL, K., GRAHAM, I.D., TURCOTTE, S. (2010). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD006732. [doi: 10.1002/14651858.CD006732.pub2]
- MANNING, W.H. (2010). Evidence of clinically change: The therapeutic alliance and the possibilities of outcomes-informed care, *Seminars in Speech and Language*, 31(4), 207-216.
- MARTIN, D.J., GRASKE, 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.
- MCKEOWN, R.E., REININGER, B.M., MARTIN, M., HOPPMANN, R.A. (2002). Shared decision making: Views of first-year residents and clinic patients. *Academic Medicine*, 77(5), 438-45.
- NORCROSS, J.C. (2002). Empirically supported therapy relationships. Dans J.C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy Relationships that Work* (p.3-16). New York: Oxford University Press.
- O'CONNOR, A.M., DRAKE, E., WELLS, G., TUGWELL, P., LAUPACIS, A., ELMSLIE, T. (2003). A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expectations*, 6(2), 1-13.
- POMEY, M., FLORA, L., KARAZIVAN, P., DUMEZ, V., LEBEL, P., VANIER, M., JOUET, E. (2015). Le «Montreal model» : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, s1(HS), 41-50. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>

- RODDAM, H., SKEAT, J. (2010). What does EBP mean to speech and language therapists ? Dans H. Roddam & J. Skeat (Eds.), *Embedding Evidence-Based Practice in Speech and Language Therapy, International Examples*. (pp. 9-16). Chichester (UK): Wiley-Blackwell.
- ROONEY, R. H. (2009). *Strategies for Work with Involuntary Patients*. New York, NY: Columbia University Press.
- ROSS, E.C., POLASCHEK, D.L.L., WARD, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Applied & Preventive Psychology*, 5, 85-100.
- RUTLEDGE, T., LOH, C. (2004). Effect sizes and statistical testing in the determination of clinical significance in behavioral medicine research. *Annals of Behavioral Medicine*, 27, 138-145.
- SACKETT, D. L., ROSENBERG, W. M. C., GRAY, J. A. M., HAYNES, R. B., RICHARDSON, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- SCHAPIRA, L. (2013). The essential elements of a therapeutic presence, *Cancer*, 1609-1610.
- SCHELSTRAETE, M.A. (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant. Interventions et indications cliniques*. Elsevier Masson: Issy-les-Moulineaux, France.
- SHIRK, S.R., KARVER, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (3), 452-464.
- STRONG, S.R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15(3), 215-224.
- VAN DE RIDDER, J.M.M., MCGAGHIE, W.C., STOKKING, K.M., TEN CATE, O.T.J. (2015). Variables that affect the process and outcome of feedback, relevant for medical training: A meta-review. *Medical Education*, 49, 658-673.
- WOLTER, J.A., CORBIN-LEWIS, K., SELF, T., ELSWEILER, A. (2011). An evidence-based practice model across the academic and clinical settings. *Communication Disorders Quarterly*, 32(2), 1-15.