

Laurence Defago

**Les « processus explicatifs »
en thérapie centrée sur la personne
chez des « thérapeutes » de
différents niveaux d'expérience**

Une analyse expérimentale des
interventions et de leurs implications
cognitives et affectives

Thèse de doctorat présentée devant la
Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg (Suisse)

Approuvé par la Faculté des Lettres sur proposition des
Professeurs
Dr Michaël Reicherts et Dr Meinrad Perrez

Fribourg, le 30 janvier 2007
Le Doyen, Prof. Dr Jean-Luc Lambert

Abstract

The aim of this experimental study in the field of intervention in clinical psychology is to analyse how students and therapists in training in client-centered therapy (CCT) intervene with clients et perceive and manage information with reference to their cognitive and affective components, in the course of therapeutic micro-processes.

The theoretical part addresses different aspects of information processing in a clinical perspective (for ex., Power & Dalgleish, 1997), and with regard to the client-centered therapy and also to new approaches to interventions, especially the « explicative process » according to Sachse (1992). The therapists' cognitive and affective comprehension and representation, as well as a comparison between novice and experienced therapists are presented with different theoretical and empirical contributions.

The empirical part provides a complex experimental paradigm which implies a standardized presentation of the statements of five clients in three stages in the course of therapeutic sequences filmed in real time, and illustrating different levels of explicative processing (according to Sachse). The objective is to evaluate the quality of the therapeutic response and various cognitive and affective implications. The research design combines intra-subjects factors (different levels and directions of the client's sequences) and a between-subject factor : novice clinical psychology students, before and after a practical course in basic skill training in CCT, are compared with psychologists in advanced post-grad training in CCT.

Results show an effect of learning (out and inner experience), and of practical experience on the quality of interventions (explicative process, empathy and unconditional regard) of both the students following basic skills training and the psychologists in advanced training. Moreover, the latter can follow the clients better during a deepening process and perceive more precisely the direction of the client's process, without underevaluating their proposals. Psychologists tend to feel more implicated affectively than cognitively during the processes, compared to the students without practice. In this sense, the quality of the interventions seems positively related to cognitive implication and negatively related to affective implication by the students. The opposite can be observed for the psychologists in postgraduate training.

The limits of this research paradigm – therapy process simulation based on real clinical material – are discussed with regard to the possibility of taking into account the therapeutic alliance. Benefits are mentioned with regard to the perspective of integrating such a paradigm as part of training in the different therapeutic approaches.

Résumé

Dans le cadre de l'intervention en psychologie clinique, cette étude expérimentale a pour but d'analyser comment des étudiants et des thérapeutes en formation centrée sur la personne (TCP) interviennent auprès des clients, et perçoivent et gèrent l'information transmise en référence aux composantes cognitives et affectives, lors de micro-processus thérapeutiques.

La partie théorique aborde différents aspects du traitement de l'information dans une perspective clinique (par ex., Power & Dalglish, 1997), ainsi que la thérapie centrée sur la personne et les nouvelles approches orientées vers des interventions, principalement le « processus explicatif » selon Sachse (1992). La compréhension et la représentation cognitive et affective des thérapeutes, ainsi qu'une comparaison entre thérapeutes novices et expérimentés sont présentées au regard de différentes contributions théoriques et empiriques.

La partie empirique prévoit un paradigme expérimental sophistiqué impliquant la présentation standardisée d'énoncés de cinq clients en trois étapes lors de séquences thérapeutiques filmées en temps réel et illustrant différents niveaux de traitement explicatif (selon l'approche de Sachse), afin d'évaluer la qualité de la réponse thérapeutique et certaines implications cognitives et affectives. Le design de recherche combine des facteurs intra-sujets (différents niveaux et directions des séquences présentées par les clients) et un facteur inter-groupe : des étudiants en psychologie clinique, novices, et avant et après un cours pratique en thérapie centrée sur la personne, sont comparés à des psychologues en formation post-grade en TCP. Les résultats montrent un effet de l'apprentissage (en dehors et au sein de l'expérience vécue), et de l'expérience pratique sur la qualité des interventions (processus explicatif, empathie et regard positif) formulées par les étudiants avec expérience pratique et les psychologues en formation. De plus, ces derniers suivent mieux les clients lors d'un processus approfondissant et perçoivent plus précisément la direction du processus chez les clients, tout en ne sous-évaluant pas leurs propres offres. Les psychologues en formation ont tendance à plutôt se sentir impliqués affectivement que cognitivement, lors des processus, comparés aux étudiants sans pratique. Dans ce sens, la qualité des interventions semble être liée positivement avec l'implication cognitive et négativement avec l'implication affective chez les étudiants, tandis que l'inverse s'observe chez les psychologues en formation.

Les limites de ce paradigme de recherche – simulation d'un processus thérapeutique basé sur un matériel clinique réel – sont discutées notamment par rapport à l'impossibilité de prendre en compte l'alliance thérapeutique. Les avantages sont soulignés quant à la perspective d'élément de formation dans différentes approches thérapeutiques.

Remerciements

Cette thèse de doctorat est le résultat d'une réflexion sur la perception du processus et de la relation thérapeutiques par les thérapeutes. Grâce à la collaboration de différentes personnes au cours des diverses phases d'élaboration et de réalisation de cette étude expérimentale, le présent travail a pu aboutir à ce qu'il est aujourd'hui.

Ainsi, je tiens tout d'abord et tout particulièrement à remercier très sincèrement le *Professeur Dr. Michaël Reicherts*. Ses indications théoriques et méthodologiques, ses (re)lectures et son suivi attentifs et continus m'ont été très bénéfiques. Je lui dois également beaucoup pour le cadre et les conditions de travail qu'il m'a offerts au long de ces années parfois mouvementées.

Un merci particulier, je l'adresse à *lic. phil. Philippe Wandeler*, pour la présentation de ce projet aux thérapeutes en formation centrée sur la personne. Sans son aval et sa collaboration, cette étude n'aurait pu avoir l'envergure qu'elle a.

Mes remerciements s'adressent encore à *Philippe Mottet*, pour sa confiance et son autorisation à me laisser filmer des entretiens thérapeutiques individuels à la Villa Flora.

Ma gratitude va pour *chaque thérapeute en formation post-grade avancée* et *chaque étudiant(e)s de l'Université* qui ont accepté de s'engager à participer à cette étude expérimentale. Leur implication a été vivement appréciée et enrichissante, sans eux, ce projet n'aurait pas vu le jour.

Pour la cotation de l'ensemble des interventions, travail laborieux, long et fructueux, je remercie *Célia Hertig, lic. phil. Déborah Pucci* et *Sonia Vasquez* qui toutes trois se sont engagées de manière très consciencieuse. Pour les passations du groupe des étudiant(e)s, la collaboration de *Estelle Hita* fut très précieuse et aidante.

Les apports, aide, présence et participation variés à différents moments de mes collègues assistants *lic. phil. Frédéric Baumann, lic. phil. Virginie Salamin, lic. phil. Fabrice Brodard et lic. phil. Christian Maggiori*, ainsi que ceux de *Dr. Bernard Plancherel, Dr. Laurent Rossier et Dr. Philippe Genoud*, m'ont bien souvent facilité la résolution de plusieurs difficultés survenues lors de l'élaboration de ce travail. Je les remercie tous très sincèrement.

Un remerciement tout spécial va pour mon père, *Jean-Pierre Defago*, pour son soin particulier apporté à la correction de ce texte et pour son soutien paternel et bienveillant.

Pour son amitié et sa présence précieuse et si spécifique au cours de nombreux mois, je tiens aussi à remercier *Mathias Theler*. Les nombreux moments de « décompression » dans lesquels il était là, m'ont également permis d'arriver au bout de ce travail.

Pour son amitié sincère et franche, ainsi que sa présence inestimable et discrète, j'exprime toute ma gratitude à *lic. phil. Christine Demierre*.

Enfin, je tiens vraiment à exprimer toute ma reconnaissance à *lic. phil. Frédéric Soum*, pour son soutien authentique, attentif et continu.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
1.1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE	1
1.2 LA RECHERCHE SUR LE PROCESSUS	2
1.3 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	5
1.3.1 <i>Le psychothérapeute au centre de l'étude</i>	5
1.3.2 <i>Cadre heuristique du processus psychothérapeutique</i>	6
1.3.3 <i>Définition et précision de l'objectif de la recherche</i>	9
2. CADRE DE RECHERCHE	13
2.1 INTRODUCTION : LES PROCESSUS COGNITIFS ET AFFECTIFS DANS LE PROCESSUS DE COMPRÉHENSION THÉRAPEUTIQUE EN THÉRAPIE CENTRÉE SUR LA PERSONNE	13
2.2 LE TRAITEMENT DE L'INFORMATION : APPROCHE GÉNÉRALE ET CLINIQUE	13
2.2.1 <i>L'importance des états émotionnels du thérapeute lors des entretiens psychothérapeutiques</i>	13
2.2.2 <i>Caractéristiques générales du traitement de l'information</i>	15
2.2.3 <i>Modèle de Power : SPAARS</i>	19
2.2.4 <i>Schémas cognitifs</i>	21
2.2.5 <i>Schémas affectifs et émotionnels</i>	23
2.3 LE PROCESSUS DE COMPRÉHENSION THÉRAPEUTIQUE	24
2.3.1 <i>Enjeux de la compréhension thérapeutique</i>	24
2.3.2 <i>La compréhension comme processus complexe de reconstruction</i>	25
2.3.3 <i>Savoir du thérapeute et modèle du client</i>	27
2.3.4 <i>Stratégies d'élaboration de la compréhension</i>	31
2.4 LA THÉRAPIE CENTRÉE SUR LA PERSONNE ET LES VARIABLES DE BASE	33
2.4.1 <i>Approche traditionnelle de la thérapie centrée sur la personne</i>	33
2.4.2 <i>Les variables de base : présentation générale</i>	35

2.4.3	<i>Empathie</i>	37
2.4.4	<i>Authenticité ou congruence</i>	40
2.4.5	<i>Considération positive ou regard positif inconditionnel</i>	42
2.5	VARIABLES DE BASE ET NOUVELLES APPROCHES DE LA THÉRAPIE CENTRÉE SUR LA PERSONNE	44
2.5.1	<i>Apparition des nouvelles approches</i>	44
2.5.2	<i>Process-Experiential Therapy ou thérapie expérientielle orientée vers le processus (Greenberg)</i>	45
2.5.3	<i>Zielorientierte Gesprächspsychotherapie ou thérapie orientée vers un but (Sachse)</i>	47
2.5.4	<i>Les interventions ciblées ou orientées vers des tâches spécifiques</i>	49
2.5.5	<i>Marqueurs procéduraux, règles technologiques et processus moment-to-moment</i>	50
2.6	LE PROCESSUS EXPLICATIF DE SACHSE	54
2.6.1	<i>Présentation générale</i>	54
2.6.2	<i>Définition et enjeux des interventions approfondissantes</i>	57
2.6.3	<i>Méthodes d'analyses des modes et des offres de traitement explicatif</i>	60
2.6.4	<i>Revue des études de Sachse : L'hypothèse de l'effet directionnel (« Steuerungshypothese »)</i>	61
2.7	THÉRAPEUTES « NOVICES » ET « EXPÉRIMENTÉS »	65
2.7.1	<i>Caractéristiques générales des thérapeutes « novices » et « expérimentés »</i>	65
2.7.2	<i>Apprentissage et connaissance</i>	67
2.7.3	<i>Différences de conceptualisations de cas entre thérapeutes novices et expérimentés</i>	69
2.7.4	<i>Complexité cognitive et flexibilité cognitive</i>	71
2.7.5	<i>Stratégies et focalisation</i>	73
2.7.6	<i>Structure du problème</i>	74
2.7.7	<i>Temps</i>	75
2.7.8	<i>Qualité de la réponse thérapeutique et perception du client</i>	76
2.7.9	<i>Etat affectif et émotionnel</i>	76
2.7.10	<i>Expérience et expertise</i>	78

3. QUESTIONS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	81
3.1 OBJECTIF CENTRAL	81
3.2 QUESTIONS DE RECHERCHE	83
3.2.1 <i>Qualité des interventions thérapeutiques</i>	83
3.2.2 <i>Effet directionnel des modes de traitement explicatif des clients</i>	84
3.2.3 <i>Perception des caractéristiques internes et externes lors du processus thérapeutique</i>	87
3.2.4 <i>Amélioration de la qualité des interventions en fonction de l'apprentissage (en cours d'expérience et après entraînement pratique)</i>	88
3.2.5 <i>Questions supplémentaires</i>	89
3.3 HYPOTHÈSES	89
3.3.1 <i>Hypothèse générale</i>	89
3.3.2 <i>Groupes d'hypothèses opérationnelles</i>	89
3.4 DÉFINITION DES VARIABLES	92
3.4.1 <i>Variables indépendantes</i>	92
3.4.2 <i>Variables dépendantes</i>	92
4. METHODE	95
4.1 GROUPES EXPÉRIMENTAUX	95
4.2 MATÉRIEL EXPÉRIMENTAL STIMULUS	98
4.3 DÉROULEMENT DE LA PASSATION	100
4.3.1 <i>Secret professionnel</i>	100
4.3.2 <i>Présentation de la démarche expérimentale</i>	100
4.4 INSTRUMENTS UTILISÉS	104
4.4.1 <i>Echelle du niveau de traitement explicatif</i>	104
4.4.2 <i>L'échelle d'Empathie – Verbalisation des expériences émotionnelles (VEE)</i>	108
4.4.3 <i>Echelle de Congruence / authenticité du thérapeute</i>	110
4.4.4 <i>Echelle de la Considération positive – le Regard positif inconditionnel</i>	110

4.4.5	<i>Description des questions visant la perception du processus thérapeutique</i>	111
4.5	ANALYSES STATISTIQUES UTILISÉES	116
5.	RESULTATS	117
5.1	COTATION DES INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES : ACCORDS INTER-JUGES	117
5.1.1	<i>Procédure de formation et d'entraînement des juges</i>	117
5.1.2	<i>Accords inter-juges avant et pendant la « cotation finale »</i>	118
5.2	ANALYSES STATISTIQUES DESCRIPTIVES PRÉLIMINAIRES	120
5.2.1	<i>Groupes expérimentaux</i>	120
5.2.2	<i>Manipulations expérimentales</i>	121
5.3	ANALYSES SELON LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	122
5.3.1	<i>Groupe 1 : Qualité des interventions thérapeutiques</i>	122
5.3.2	<i>Groupe 2 : Effet directionnel des processus de traitement explicatif des clients</i>	125
5.3.3	<i>Groupe 3 : Perception des caractéristiques internes lors du processus thérapeutique</i>	140
5.3.4	<i>Groupe 4 : Amélioration de la qualité des interventions</i>	149
5.3.5	<i>Groupe 5 : Analyses exploratoires supplémentaires</i>	155
6.	ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	165
6.1	LE THÉRAPEUTE AU CENTRE DE L'ÉTUDE	165
6.2	REVUE DES RÉSULTATS LES PLUS INFLUENTS SELON LES GROUPES D'HYPOTHÈSES	166
6.2.1	<i>Groupe 1 : Qualité des interventions thérapeutiques</i>	166
6.2.2	<i>Groupe 2 : Effet directionnel des processus de traitement explicatif des clients</i>	169
6.2.3	<i>Groupe 3 : Perception des caractéristiques internes (« charge cognitive », « charge affective », « experiencing ») lors du processus thérapeutique</i>	175
6.2.4	<i>Groupe 4 : Amélioration de la qualité des interventions</i>	180
6.3	ASPECTS DE VALIDITÉ	183

6.4 LIMITES DE LA RECHERCHE ET REMARQUES POUR DES ÉTUDES ULTÉRIEURES	188
7. CONCLUSION	191
8. BIBLIOGRAPHIE	195
ANNEXES	201
Annexe 1 : Echelle : Processus explicatif / modes du traitement explicatif	219
Annexe 2 : Echelle : Empathie – verbalisation des expériences émotionnelles	222
Annexe 3 : Echelle : Considération positive – regard positif inconditionnel	223
Annexe 4 : Echelle : Congruence / authenticité du thérapeute	224
Annexe 5 : Série de questions visant l'évaluation de la perception des caractéristiques internes et externes par les sujets	225
Annexe 6 : Série de questions du « debriefing »	233
Annexe 7 : Consigne	235
Annexe 8 : Transcription des énoncés des cinq clients pour les onze séquences	236
Annexe 9 : Analyses statistiques supplémentaires	243

1. INTRODUCTION

1.1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Il y a aujourd'hui un nombre important de recherches consacrées à l'étude des processus en psychothérapie, tant au niveau de l'apport concret des praticiens, qu'à celui de la compréhension et de la mise en évidence empirique de la *manière* dont ils contribuent au succès ou à l'échec d'un traitement (Garfield & Bergin, 1986 ; Bergin & Garfield, 1994 ; Lambert, 2004). Le thérapeute, partenaire de l'interaction avec le client, est l'instigateur principal de l'aide apportée au client demandeur. Sa tâche et son influence sont cruciales : ses interventions verbales sont exprimées selon des intentions particulières et un choix pertinent doit être opéré quant à la formulation à réaliser en réponse au client.

La gestion de toutes les informations dégagées à chaque instant lors d'une situation d'entretien est donc une charge considérable pour les praticiens et des différences interindividuelles au niveau de l'expérience y jouent un rôle important. Sont impliqués des processus de sélection de buts, d'élaboration d'intentions et de décisions, qui comprennent tous les processus cognitifs de sélection, de transformation, de codage, de stockage et de repêchage de l'information qui médiatisent les réponses émotionnelles et comportementales (Anderson, 1993). Leur rapidité, voire leur automatisme, peuvent différer selon le niveau d'expérience et les bases de savoir du thérapeute.

De là découle que la compréhension est considérée comme un processus complexe de reconstruction de caractère hypothétique, devant sans cesse être réévaluée, dépendant de plusieurs facteurs, se basant sur le savoir propre et visant à proposer une structure recueillant les informations fournies qui aide le client à les différencier et/ou les intégrer (Reichert, 1991 ; voir aussi Wexler, 1974 ; Reicherts, 2006a, 2006b). Des traitements contrôlés et automatiques de ces données sont impliqués, faisant respectivement appel à des processus conscients et souvent identifiables, voire maîtrisables, et à des processus préconscients ou non conscients beaucoup plus difficiles à discerner.

S'appuyant principalement sur les développements de Sachse (1992b, 1996b, 2004 ; Sachse & Becker, 1998 ; Sachse, Lietaer & Stiles, 1992 ; Sachse & Maus, 2001 ; Sachse & Takens, 2004) consacrés à une nouvelle approche de la thérapie centrée sur la personne, tout en s'inspirant de références et modèles théoriques issus des théories de traitement de l'information en psychologie cognitive (Anderson, 1993 ; Bower, 1981,

1987 ; Power & Brewin, 1997) ou en psychologie clinique (Beck & Clark, 1988 ; Teasdale, 1995 ; Teasdale & Barnard, 1995 ; Vogel, 1993), cette étude est une analyse de la qualité des interventions thérapeutiques et de la perception et de l'évaluation du client par le thérapeute. Un paradigme expérimental a été élaboré dans le but d'examiner la qualité des formulations des praticiens, et de les interroger directement sur la manière dont ils ont agi et pensé, pour mettre leurs interventions en lien avec leurs processus cognitifs et émotionnels. Une perspective micro-analytique est adoptée, les observations se centrant sur l'aspect immédiat de la compréhension, sans tenir compte du contexte environnant. Les buts procéduraux (Sachse, 1992b) – définis par l'intervention du thérapeute (ou du client) et son effet immédiat sur la formulation suivante du client (ou du thérapeute) – sont visés, dans une perspective immédiate et qualifiée de « moment-to-moment ».

Le cadre thérapeutique délimité se focalise sur la thérapie centrée sur la personne, en y incluant tout particulièrement les variables de base (empathie, considération positive et congruence) et le « processus explicatif » comme intervention ciblée issue des nouvelles approches.

1.2 LA RECHERCHE SUR LE PROCESSUS

Ce qui est à l'heure actuelle incontestable, et corroboré par nombre de méta-analyses synthétisant les résultats d'études de qualité portant sur les effets, c'est que la psychothérapie est efficace (Lambert & Ogles, 2004). Reste à en déterminer les modalités. La recherche sur le processus vise principalement à modéliser le jeu complexe des processus cognitifs, motivationnels et émotionnels. Étonnamment, la revue de littérature de Wampold (2001) sur des décennies d'études consacrées à l'analyse des effets de la psychothérapie met en évidence que les succès thérapeutiques dépendraient plus d'effets généraux ou de facteurs communs (« modèle contextuel ») que de l'efficacité en soi de certains traitements ou interventions spécifiques sur le changement (selon le modèle médical). Les facteurs contribuant à l'efficacité se distribuent selon lui de la façon suivante :

- Effets généraux (facteurs communs à toutes les formes de thérapie, les plus fréquemment étudiés étant les « conditions nécessaires et suffisantes » de la thérapie centrée sur la personne) : > 70%
- Effets spécifiques (aspects différentiels distinguant un traitement particulier) : < 8%

- Variabilité inexplicée (comprenant les différences entre les clients) : 22%

Bien que l'importance de la qualité de l'alliance thérapeutique soit indéniable, ainsi que le rôle de facteurs communs dans les traitements, la revue de Lambert et Ogles (2004) atteste bien du caractère essentiel de l'évidence empirique de l'efficacité de la psychothérapie basée sur des techniques spécifiques. Le développement des manuels de traitement ayant montré leur utilité et leur pertinence en est l'une des conséquences, avec la poursuite des recherches sur les multiples processus en psychothérapie. En effet, intégrer des méthodes de traitement en identifiant les « ingrédients » pertinents qui rendent ce traitement efficace et en tenant compte notamment de facteurs supposés communs et de l'influence propre de la personne du thérapeute, reste l'objectif principal de la plupart des recherches portant sur les interventions psychologiques.

Beutler et al. (2004) constatent que, durant les vingt dernières années, l'accent a été surtout mis sur les modèles thérapeutiques spécifiques et les épreuves cliniques randomisées, diminuant généralement l'attention aux facteurs liés au thérapeute¹. Les recherches sur l'efficacité ont insisté sur la maximisation du pouvoir des traitements et sur les efforts de contrôle des influences des thérapeutes, d'où la prolifération des manuels. En contraste, les modèles de recherche sur l'effectivité² sont plus concernés par la qualité des traitements usuels (plutôt qu' « optimaux ») et la généralisation des résultats. Cependant, les contributions uniques des thérapeutes sont encore souvent laissées de côté, pour ne considérer les traitements quasiment que comme des entités séparées de ceux qui les proposent. Il s'agit, dans les recherches actuelles, de dépasser les distinctions conceptuelles faites entre l'influence du thérapeute vu majoritairement de manière erronée comme source d'erreurs, et l'influence du traitement lui-même, lui seul considéré comme source d'effets spécifiques. En effet, à ce jour, il s'avère aberrant de vouloir échapper à la nécessité de reconnaître le rôle du thérapeute et de l'influence réciproque de ses caractéristiques (compétences et manières d'interagir) et de celles du client (voir Asay et Lambert, 2001).

¹ Par exemple, Nutt-Williams et Hill notaient en 1996 le faible nombre d'études empiriques sur les relations entre les cognitions du thérapeute en séance et les variables liées au processus de la thérapie, les cognitions n'étant en soi pas observables.

² Lambert et Ogles (2004) précisent que l'efficacité (*efficacy*) du traitement est déterminée par des essais cliniques dans lesquels la plupart des variables en jeu sont contrôlées (validité interne). Par contre, l'effectivité (*effectiveness*) des traitements est analysée dans les situations cliniques dans lesquelles c'est la validité externe qui est focalisée.

Beutler, Machado et Neufeldt (1994) et Beutler et al. (2004) classifient les variables liées au thérapeute selon qu'elles portent sur les *traits observés* (sexe, âge, race, etc.), et les *états observés* (niveau d'expérience professionnelle, compétences, comportements relationnels, communication non verbale, etc.), ainsi que sur les *traits inférés* (personnalité générale, style de coping, lieu de contrôle, valeurs, croyances, etc.) et les *états inférés* (contribution du thérapeute à la relation thérapeutique (évaluée par le thérapeute, le client ou un observateur extérieur)³, croyances théoriques et orientation thérapeutique censées représenter la philosophie et la représentation du thérapeute sur ce qui induit et maintient le changement, etc.)⁴. Il faut noter que Perrez et Baumann (2005) traduisent ces termes sur un axe contenant les « caractéristiques objectives et subjectives » et un autre représentant les « caractéristiques dépendantes ou indépendantes de la thérapie ».

En ce qui concerne l'efficacité d'interventions particulières (états observés), Beutler et al. (2004) notent le peu de résultats en faveur d'une certaine classe d'interventions, même si des effets positifs sont démontrés. Le rôle de facteurs modérateurs chez le client est essentiel pour déterminer l'effectivité de ces interventions.

Pour les *états inférés*, les études portant sur le modèle de traitement du thérapeute et sa contribution à la relation thérapeutique ont accumulé un corpus valide de recherche dont les tailles d'effet s'avèrent modérément fortes pour les qualités de la relation, bien que la relation causale avec les effets demeure incertaine. L'évaluation de la force des effets associés avec le modèle ou l'orientation théorique du thérapeute est plus mitigée. Cependant, comparés au traitement placebo ou à l'absence de traitement, ces effets s'approchent plus de ceux liés à l'alliance thérapeutique, tout en étant plus modestes. En fait, la majorité des résultats montrent que les variables modératrices du client sont répétitivement impliquées et les priorités majeures des futures recherches sont d'y intégrer le client, le thérapeute et des facteurs procéduraux et relationnels⁵.

³ Beutler et al. (2004) incluent la relation ou l'alliance thérapeutique dans les états *inférés*. Néanmoins, compte tenu de la variabilité, en cours de thérapie, de la qualité et de la force de cette alliance, il semble plus pertinent de la considérer comme un état *observé*.

⁴ Selon Beutler et al. (2004), l'*état* définit le degré auquel la variable en question a été utilisée, développée ou définie de manière spécifique dans le but de promouvoir le rôle du thérapeute. Un *trait* reflète une qualité durable manifestée dans la vie extérieure à la thérapie. Ce sont les traits observés et inférés des thérapeutes qui ont connu le plus grand déclin dans les recherches de ces vingt dernières années.

⁵ Même si Clarken et Levy (2004), dans leur reprise de la revue de la littérature sur les variables du client, rappellent que 40% de l'amélioration thérapeutique serait due à ces variables et à des influences extra thérapeutiques, ils insistent sur l'importance de les considérer en interaction avec celles liées au thérapeute et au traitement.

En thérapie centrée sur la personne, selon Sachse et Elliott (2001), la recherche portant sur les caractéristiques du thérapeute et les processus du client par rapport aux effets a été initiée par Rogers (1957) et poursuivie par Barrett-Lennard (1962) et Truax (1963). Au niveau *macro* de l'analyse se situent les stratégies thérapeutiques humanistes et les processus du client. Au niveau *micro*, est notamment évaluée l'influence directe et immédiate des interventions thérapeutiques – postulées théoriquement comme pertinentes – sur les processus du client pendant la séance, ainsi que l'effet de l'expression de ce dernier sur le traitement de l'information et la planification des actions par le thérapeute. Typiquement, les résultats de ce type de recherche visent la question suivante : « Quels processus du client sont soutenus par quelles interventions thérapeutiques et sous quelles conditions ? » (e.g. Gazzola & Stalikas, 1997 ; Greenberg & Elliott, 1997 ; Harris, 1999 ; Hill, 1990 ; Hill, Thompson & Corbett, 1992 ; Lambert, 2004 ; Lietaer, 1992 ; Rice & Greenberg, 1984 ; Sachse, 1990a, 1992a).

Cette perspective d'analyse est en partie basée sur la confiance en la valeur thérapeutique de la directivité du processus : le thérapeute peut influencer positivement le client en portant son attention sur des caractéristiques particulières du client (« marqueurs »), et en intervenant de façon à l'aider à aborder des tâches thérapeutiques spécifiques (e.g. Greenberg, Rice & Elliott, 1993 ; Rice & Saperia, 1984 ; Sachse, 1992b ; Toukmanian, 1986). La relation entre la qualité de l'offre du thérapeute et la réponse du client définit l'effet directif du processus proposé par le thérapeute sur la qualité du travail explicatif du client (Sachse & Elliott, 2001).

La relation thérapeutique implique une interaction continue entre le thérapeute et le client, dans laquelle chacun a un rôle particulier. Dans la création de l'alliance de travail, la simple expression d'émotions par le client n'est pas suffisante pour le processus. En effet, si l'essentiel de ses émotions n'est pas suffisamment reçu et compris par le thérapeute, le client peut se désengager du traitement ou y résister (Iwakabe, Rogan & Stalikas, 2000 ; Rennie, 2000).

1.3 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1.3.1 Le psychothérapeute au centre de l'étude

Selon Vogel (1993), en thérapie centrée sur la personne, l'influence liée à la personne du thérapeute sur le déroulement de la thérapie est

particulièrement fondamentale. En effet, pour lui, c'est moins la « technique », mais la « personne du thérapeute », i.e. sa position, son attitude, son rapport relationnel au client qui sont considérés comme le facteur central de changement. Dans son analyse des processus de décision dans une perspective microthérapeutique, Vogel (1993) met en évidence que les thérapeutes peuvent changer de points de vue ou le modifier selon les situations concrètes toutes les 1,7 minutes. Cette observation éclaire d'emblée l'enjeu de son influence sur l'évolution ou la détérioration du processus en cours pour le client. Avoir accès au dialogue interne du thérapeute, comme l'a tenté notamment Siegrist (1995), pour qui ce dialogue est un processus cognitif important dans l'acquisition de la connaissance de soi-même, permettrait de discerner plus finement l'interaction entre les formulations explicites du thérapeute et son pensée, ses intentions, ses hypothèses (voir aussi Caspar, 1997 ; de Vries, 1997). Cette recherche tente par des moyens détournés d'avoir accès à quelques aspects de ce dialogue interne, en demandant aux sujets de se focaliser sur les perceptions et pensées qu'ils ont vécues durant leur engagement dans des séquences thérapeutiques.

Ainsi, la recherche présente a pour but d'observer de quelle manière le client influence, de manière réciproque, l'offre de « traitement explicatif » (intervention ciblée issue des nouvelles approches de la thérapie centrée sur la personne) proposée par le thérapeute. Des thérapeutes et des étudiant(e)s⁶ de différents degrés de formation et d'expérience interviendront de manière différenciée en réponse à certaines expressions des clients. Discerner la nature de ces différences contribuera à mettre en évidence la nature et l'intensité de la charge mentale (cognitive et affective), à l'aide d'un questionnaire présenté aux sujets, ainsi qu'à cerner les « acquis », mais aussi les améliorations à promouvoir dans la formation des thérapeutes, notamment dans la détermination des aspects favorisant ou limitant les processus explicatifs en thérapie centrée sur la personne et, à plus long terme, le succès thérapeutique.

1.3.2 Cadre heuristique du processus psychothérapeutique

Strunk et Schiepek (2002) ont étudié la complexité dynamique de l'interaction entre le client et son thérapeute. Ils s'intéressent à ce qui n'y est pas structuré, selon la perspective de systèmes complexes non linéaires. Ce type d'analyse les amène à avancer l'idée que l'interaction

⁶ Par seul souci de lisibilité, la forme masculine uniquement sera dorénavant utilisée.

thérapeutique s'apparente à un « processus chaotique auto-organisé » (voir aussi la méthode de l'analyse séquentielle en plans de Caspar, 1984, 1995). La présente étude adopte un autre angle d'analyse. Elle se veut plus « structurée », en cherchant à identifier des indicateurs permettant d'articuler et de définir les liens entre les énoncés du thérapeute et du client, ainsi que les liens entre la charge mentale et les interventions du thérapeute.

Le thérapeute soutient le client dans son vécu d'états cognitifs et émotionnels et dans la création de voies vers d'autres états. Il s'agit d'une forme de résonance réflexive permettant de contextualiser des stratégies et des techniques thérapeutiques en vue de l'actualisation de ces états cognitifs et émotionnels. Il s'ensuit pour le thérapeute de se sensibiliser à la dynamique propre du processus d'interaction et de savoir la représenter explicitement. En fait, thérapeute et client ajustent continuellement leur comportement interactionnel selon les conditions de communication en cours.

Le processus psychothérapeutique s'avère composé de niveaux différents d'interaction et de perception. Certains semblent aisément repérables et facilement analysables, comme l'échange strictement verbal entre les deux interlocuteurs, mais le niveau des cognitions du thérapeute au sujet de son client, par exemple, est plus difficilement approchable. Afin d'illustrer les principaux angles d'analyse des échanges possibles entre thérapeute et client lors de la séance, le schéma 1.1 de la page suivante (tiré de Reicherts (2006a) et adapté par l'auteure), présente un cadre heuristique pertinent du processus thérapeutique.

Deux niveaux d'analyse sont distingués, bien que les passages de l'un à l'autre soient permanents :

- Le niveau des *comportements verbaux et non verbaux*⁷
- Le niveau des *représentations* : la compréhension, les intentions, les hypothèses, etc. Toute attitude manifeste possède en elle une certaine représentation pour la personne, et chacune de ces représentations peut être actualisée.

Cette étude cible les comportements manifestes et le traitement interne du thérapeute. Pour ce faire, décrire par avance l'expression du client permettra d'articuler les interventions de thérapeutes différents en réponse

⁷ Reilly et Seibert (2003), dans leur article consacré à l'interaction entre langage et émotions, rappellent que dans le discours, chaque expression est produite et interprétée dans un contexte émotionnel. Au niveau paralinguistique, cela se repère par l'expression faciale, la prosodie vocale, la gestualité. Des indicateurs se retrouvent évidemment au niveau lexical et selon un vaste répertoire de dispositifs linguistiques (« j'aime », « je préfère », etc.).

aux énoncés prédéfinis du client. Impensable en situation thérapeutique réelle, l'élaboration d'une procédure expérimentale permettra, selon le schéma ci-dessous, de connaître les comportements manifestes de C1, C2 et suivants. Plus précisément, il s'agira de répondre aux questions suivantes (selon le schéma 1.1 ci-dessous) :

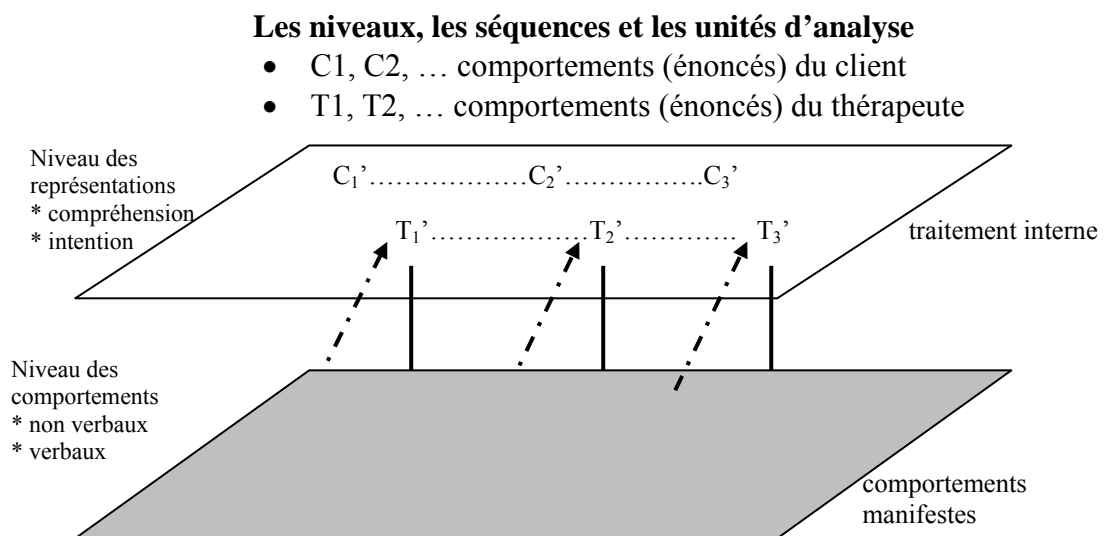
T1 – T2 : La qualité de l'intervention du thérapeute varie-t-elle ?

C1 – T1 : Comment se présente l'articulation des énoncés verbaux entre client et thérapeute ?

C1 – T1' : Comment le thérapeute se représente-t-il le client à partir des comportements manifestes de ce dernier (sélection de différentes caractéristiques)⁸ ?

T1' – T1 : Est-il possible de repérer des indices de compréhension, d'intention ou de préparation thérapeutique en ce qui concerne l'intervention immédiate du thérapeute ?

Schéma 1.1 : Cadre heuristique du processus thérapeutique selon la perspective du thérapeute (tiré et adapté de Reicherts, 2006a)



⁸ En confrontant les points de vue des thérapeutes et des clients quant aux réponses thérapeutiques, Caskey, Barker et Elliott (1984) ont montré des discrepancies fréquentes entre eux. Par exemple, un client peut penser que le thérapeute récolte des informations, alors que ce dernier estime qu'il l'aide à l'auto-exploration. Ce faible accord suggère que les thérapeutes ont généralement peu conscience de l'impact immédiat de leurs interventions. Ils devraient être critiques quant à leurs perceptions des clients, et demeurer attentifs aux impressions erronées de ces derniers concernant le processus thérapeutique.

1.3.3 Définition et précision de l'objectif de la recherche

Basée sur une démarche expérimentale, cette recherche a pour principal objectif la description et la différenciation de la qualité des offres thérapeutiques et de certains processus cognitifs et affectifs de thérapeutes et d'étudiants de différents degrés de formation et d'expérience lors des « processus explicatifs » en thérapie centrée sur la personne, ce sur la base de l'organisation de leur savoir disponible actuel.

Le thème de ce travail se focalise donc uniquement sur la manière dont s'articule l'intervention thérapeutique avec l'expression du client, sans prendre en compte son influence subséquente sur l'énoncé suivant du client. Il s'agit d'une analyse de dyades expérimentales créées par des situations standardisées de plusieurs clients, communes à des thérapeutes différents. Bien que l'accent soit placé sur le thérapeute, les résultats auront des implications possibles à long terme pour le client, en termes de la nature et de la qualité de l'offre thérapeutique qui peut lui être proposée en lien avec la perception et la reconnaissance d'indicateurs relatifs à sa personne.

Il est possible de situer cette étude selon deux plans d'analyse. En effet, la thérapie centrée sur la personne en elle-même représente le niveau de l'*application pratique*, incluant les attitudes de base et l'intervention ciblée du « processus explicatif » (Sachse, 1992b, 1996b). Aux niveaux *cognitif et émotionnel*, sont impliquées les notions liées au traitement de l'information (schémas cognitifs et affectifs, interférences, rappel, mémoire, émotions, etc.)⁹. De fait, la thérapie centrée sur la personne vise en premier lieu le vécu et la signification personnels, en attribuant un rôle central aux aspects émotionnels. Néanmoins, la communication concerne le plus souvent les contenus cognitifs. Il s'agit donc pour le thérapeute de tenter de lier ces deux aspects et d'en dégager les implications.

Parvenir à cerner l'état émotionnel de son interlocuteur améliore la qualité de la communication, spécialement en psychothérapie (Machado, Beutler & Greenberg, 1999). Par exemple, l'empathie, variable prise en compte dans cette étude, requiert de reconnaître à la fois la qualité et l'intensité de l'expérience émotionnelle du client (Greenberg & Goldman, 1988 ; Greenberg & Safran, 1987). Chercheurs et psychothérapeutes devraient

⁹ Le niveau des neurosciences, permettant de lier « anatomiquement » les niveaux pratique, cognitif et émotionnel, ne sera pas pris explicitement en compte, du fait de sa non-pertinence première pour le caractère pratique et expérimental de cette étude (voir par exemple LeDoux, 2000, 2005 ; Motschnig-Pitrik & Nykl, 2003).

être capables d'identifier les émotions exprimées pour déterminer précisément le rôle qu'elles jouent dans le changement psychothérapeutique (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993). Cette reconnaissance émotionnelle dépend de l'information reçue des canaux verbaux et non verbaux, et sa précision décline quand il y a limitation à un seul canal, ou lorsque des canaux différents fournissent des informations contradictoires (Ekman, 1992, 1993 ; Scherer, 1986).

En somme, l'intérêt pour tout praticien de connaître et d'être conscient des différents fonctionnements du traitement de l'information cognitive et affective réside dans le fait que cela l'aide à considérer d'un regard critique ses propres attitudes ainsi que le *pourquoi*, le *comment* et les *enjeux* de ses interventions pour le client¹⁰.

Concrètement, le matériel expérimental a été élaboré à partir de séquences d'entretiens issues de séances thérapeutiques filmées en temps réel. L'intention pratique de ce dispositif est de placer des sujets « thérapeutes et étudiants » de différents degrés et d'expérience en thérapie centrée sur la personne, en situation thérapeutique certes artificielle, mais face à des clients interagissant lors d'entretiens originaux. Les composantes manifestes et standardisées C1, C2, etc., exposées dans le schéma 1.1 (p.8), permettent d'analyser les particularités objectives des composantes T1, T2, etc., et d'inférer des caractéristiques du traitement interne T1', T2', etc. Ce matériel standardisé présente l'avantage certain de pouvoir contrôler nombre de variables autrement incontrôlables dans toute situation thérapeutique « in real time ». Toutes les influences liées à un contact direct de face à face, autrement dit à la relation, et engageant les réactions de chacun des interlocuteurs, sont en grande partie contrôlées puisque seule l'attitude du « sujet-thérapeute », dans cette situation expérimentale, varie. L'avantage d'évaluer l'expression du thérapeute à la fois de manière objective (évaluation externe des comportements manifestes) et subjective (évaluation par les sujets eux-mêmes) réside dans la possibilité de confronter ces deux points de vue et d'en faire ressortir les divergences et les ressemblances¹¹.

¹⁰ Dans son étude des relations entre les réactions affectives des thérapeutes et des caractéristiques du patient, lors du processus diagnostique, Faller (1999) a confirmé l'importance des réactions émotionnelles des thérapeutes et suggère que la sélection du traitement devrait être conceptualisée dans une perspective interactionnelle.

¹¹ Selon Orlinsky, Grawe et Parks (1994), une perspective externe est plus précise qu'évaluer soi-même son propre comportement et est souvent source de meilleurs prédicteurs des effets thérapeutiques.

L'angle d'observation est micro-analytique. De ce fait, l'attention est portée sur la planification contextuelle ou tactique, et non sur la planification stratégique. Vogel (1993) décrit ce type de planification comme suit :

« Die primäre Informationsverarbeitungsweise ist die Ebene der kontextuellen Planung. Auf dieser Ebene muss der Therapeut „on-line“ die vom Patienten angebotenen Informationen verarbeiten und aufgrund dieser Informationen unmittelbar mit seinem sprachlichen Handeln reagieren. »
(Vogel, 1993, p.170)

Le cadre de recherche source de l'élaboration des hypothèses de travail est présenté dans le chapitre suivant. Il ancre les objectifs visés dans les études empiriques et scientifiques de référence pour ce projet.

2. CADRE DE RECHERCHE

2.1 INTRODUCTION : LES PROCESSUS COGNITIFS ET AFFECTIFS DANS LE PROCESSUS DE COMPRÉHENSION THÉRAPEUTIQUE EN THÉRAPIE CENTRÉE SUR LA PERSONNE

Les processus cognitifs et affectifs, étudiés dans le cadre des recherches sur les processus et les effets psychothérapeutiques, sont conçus selon les différentes approches de traitement de l'information issues des théories cognitives et des neurosciences. Le présent chapitre aborde quelques-unes de ces approches, développées notamment dans le but de les appliquer à la psychologie clinique, s'appuyant sur les modèles récents de la neuropsychologie et des modèles cognitifs, et illustrant l'intérêt et l'actualité des questions de charge cognitive et affective. La thérapie centrée sur la personne peut actuellement être présentée du point de vue cognitif, impliquant également les émotions et les affects, tout en y intégrant les avancées au niveau des neurosciences (Motschnig-Pitrik & Nykl, 2003). Cela contribue à favoriser son appréciation positive et son adaptation, et à fournir des critères permettant de la distinguer précisément des autres approches thérapeutiques.

Les études de Sachse sont considérées comme fil rouge de ce cadre de recherche car, en intégrant les notions de la psychologie générale et scientifique, ses hypothèses se situent proches de l'action thérapeutique et permettent de distinguer la conception de la charge cognitive et affective du thérapeute, de celle liée à la pathologie.

A partir de ces approches, une esquisse de la nature de la charge cognitive et affective que le thérapeute supporte lors des entretiens psychothérapeutiques sera exposée, en y impliquant toute la complexité du processus de compréhension.

2.2 LE TRAITEMENT DE L'INFORMATION : APPROCHE GÉNÉRALE ET CLINIQUE

2.2.1 L'importance des états émotionnels du thérapeute lors des entretiens psychothérapeutiques

L'implication émotionnelle dans toute prise de décision n'est plus contestable. En plus de la complexité de la tâche cognitive de compréhension qui est demandée au thérapeute lors des entretiens,

l'importance de l'influence de ses états émotionnels sur sa perception du processus thérapeutique est mise en évidence.

Selon Vogel (1993), il s'agit de se demander comment et sous quelles conditions les affects sont touchés dans le processus de traitement des thérapeutes, quel rôle et quelle fonction ils ont dans le vécu, la décision et l'action des thérapeutes ?

Par exemple, des thérapeutes vivant des moments de colère ou de résignation parviendront à d'autres décisions que des thérapeutes enthousiastes et confiants par rapport à telle situation thérapeutique (e.g. Harris, 1999). Il y a deux perspectives à tenir en compte : *comment* les affects du thérapeute *surgissent* lors du processus thérapeutique, et *comment* ces affects *influencent* les processus de décisions des thérapeutes.

En ce qui concerne leur apparition, les affects peuvent être activés sur la base du savoir relatif à soi, i.e. des schémas liés au savoir d'expérience, la réalité étant représentée tant au niveau cognitif, qu'émotionnel (Bower, 1981, 1987). Toutefois, les affects peuvent aussi surgir suite à des processus interactifs. En effet, la formation de jugement, la sympathie éprouvée ou le vécu de confiance définissent dans une large mesure le climat affectif d'une relation thérapeutique (Rice & Greenberg, 1984). De tels affects régulent par l'expression, la parole et le comportement non verbal, de manière très subtile le déroulement de l'interaction. Des événements particuliers lors de la thérapie, comme un manque de consensus avec le client, une baisse de motivation, ou une compliance faible sont encore des sources possibles d'activation d'affects spécifiques. Enfin, ces derniers apparaissent également selon la nature de l'impression de compétence et de la gestion d'échecs par le thérapeute.

Ces points mettent en évidence que différents moments du processus de décision thérapeutique peuvent être influencés par des états affectifs, que ce soit lors de la récolte des informations, ou de leur traitement. Leur influence directe sur les instances cognitives de traitement est indéniable.

Les apports sociaux-cognitifs de l'émotion, ceux des méthodologies expérimentales de la psychologie cognitive et ceux des neurosciences ont permis de déterminer des voies multiples vers les émotions. En se référant aux processus d'évaluations et d'attributions, aux schémas et émotions dites complexes, ainsi qu'aux théories de l'esprit, l'implication de différents systèmes dans la régulation émotionnelle est décrite (Dalglish, 2003). Tous ces apports sont intégrés dans différents modèles de traitement

de l'information¹², dont celui de Power, le SPAARS, fait l'objet d'une présentation détaillée au sous-chapitre 2.2.3 (p. 19).

2.2.2 Caractéristiques générales du traitement de l'information

Bien que la thérapie cognitive de Beck (1976) ait eu beaucoup de succès dès son apparition, l'approche des cognitions et des émotions comme discipline empirique et théorique rigoureuse ne s'est instaurée véritablement qu'au début des années quatre-vingts (Dalglish, 2003 ; Dalglish & Power, 1999).

Derryberry et Reed (2003), dans leur inventaire des approches de traitement de l'information relatives aux différences individuelles dans la réactivité émotionnelle, rappellent l'importance des approches dites par évaluations (*primaires*, qui consistent à évaluer l'importance de l'information entrante ou activée, et *secondaires*, qui consistent à évaluer sa propre capacité à faire face à des situations critiques de manière effective). Ces dernières impliquent que les multiples évaluations liées à l'événement (nouveau, attirance, but, causalité) et aux options de réponse (disponibilité, effectivité, compatibilité de la réponse) modifient la nature de l'émotion qui se développe. L'activation automatique explique les effets congruents à l'humeur¹³, l'escalade et la persistance de certains états émotionnels (comme dans la dépression, par exemple), la fonction adaptative ou les états défensifs comme l'anxiété.

Limitation de capacité et sélectivité dans le traitement de l'information

Ellsworth et Scherer (2003) définissent les bases fondamentales et le statut actuel des théories de l'évaluation de l'émotion par le fait que les personnes évaluent les événements en terme de la *relevance perçue* par rapport à leurs besoins et objectifs actuels, en y incluant d'une part la prise en compte de leur capacité à gérer les conséquences, d'autre part la compatibilité des actions sous-jacentes avec les normes sociales et idéales.

¹² Pour quelques références relatives au traitement de l'information et issues de la psychologie cognitive, voir notamment Anderson, 1993; Anderson & Bower, 1972 ; Dalglish, 2003 ; Martins, 1989 ; Oatley & Johnson-Laird, 1987 ; Weisberg, 1980.

¹³ Bower (1981, 1987) a montré que des événements appris dans un certain état psychique sont mieux rappelés si l'individu se trouve dans l'humeur liée à l'événement en question (« State-Dependant Memory »). Dans sa théorie d'un « réseau associatif » (« associative network theory »), l'émotion est une unité de mémoire pouvant entrer en jeu dans les associations avec les événements vécus et dont l'activation aide à leur rappel et influence (positivement ou négativement) les processus cognitifs en général (libre association, imagination, interprétation, attentes et prédictions, etc.). Pour Bower et Cohen (1982), une sorte de filtre sélectif n'accepterait que des informations congruentes avec l'humeur et les sensations du moment.

Critiqués pour leur focalisation trop importante sur les aspects cognitifs, les défenseurs de cette approche rappellent que l'évaluation de la significativité d'un événement peut aussi se passer à des niveaux très faibles de traitement, incluant les évaluations inconscientes fortement automatisées (voir le modèle SPAARS de Power au chapitre 2.2.3, p.19). En lien avec les traitements automatiques et contrôlés, le déploiement de l'attention est l'un des indicateurs essentiels de la distribution des ressources dans le traitement cognitif (et par là des troubles émotionnels). Dans le contrôle et la régulation de l'émotion, la perception de soi occupe une place prépondérante (Gross, 1999). L'expérience ou le sentiment subjectif sont essentiels. Pour Scherer (2003), deux sources majeures permettent d'expliquer les effets récursifs entre cognition et émotion. L'un est le feedback des réactions émotionnelles sur le processus d'évaluation courant, certainement impliqué dans toute tentative de régulation à la fois aux niveaux conscients et inconscients (Gross, 1999). L'autre concerne l'impact des décisions ou des comportements déterminés par des réactions émotionnelles, tant sur l'émotion elle-même que sur les processus d'évaluation courants¹⁴. Sans que ce modèle n'explique directement le processus de compréhension, il en capte différents niveaux qui y jouent un rôle.

Selon Dalglish (2003), les notions de « limitation de capacité » et de « sélectivité » dans le traitement de l'information fournissent un cadre pour comprendre comment les gens dans un certain état émotionnel se trouvent affectés de manière plus ou moins intense dans leurs décisions ou leurs vécus, dans des domaines cognitifs variés, par l'information qui correspond à ces états émotionnels (biais systématiques).

L'expérience émotionnelle et l'activité mentale sont médiatisées par le taux de ressources de traitement à capacité limitée disponible et par les priorités des processus sélectifs variés qui dispensent ces ressources. Dans un système à ressources limitées, la priorité est accordée à des informations ayant des conséquences potentielles immédiates pour l'organisme et traitées de manière sélective. Les états et les traits émotionnels influencent le type d'informations recueillies et imposent une demande de ressources dans le système. En termes de capacité cognitive, ces ressources, limitées, font qu'une tâche dépendant de ressources cognitives s'en trouve entravée, si la personne vit par exemple des émotions ou des états émotionnels négatifs.

¹⁴ Ce schéma sous-tend le modèle des dimensions de l'ouverture émotionnelle développé et validé par Reicherts (1999b).

Une organisation hiérarchique de sous-systèmes modulaires engendre que des processus de niveau élevé, complexes, peuvent déterminer des buts à long terme et déléguer des buts à court terme appropriés à des niveaux plus simples du système. En fait, différents sous-systèmes modularisés sont impliqués dans le traitement de différents aspects de l'information affective. Le traitement est donc affecté par la structure, l'efficacité et la relation hiérarchique des différents modules et étapes qui analysent le flot d'informations.

Un même événement interne ou externe peut être simultanément traité par plusieurs modules ou niveaux différents dans le système. Déjà Shiffrin et Schneider, en 1977, différenciaient les processus automatiques des stratégiques, mais dans l'étude du traitement de l'information « classique »¹⁵. La flexibilité (voir sous-chapitre 2.7.4, p.71, sur la flexibilité cognitive) est identifiée comme l'une des caractéristiques du système cognitif.

Parallèlement à cette limitation et cette sélectivité de traitement, il s'agit de garder à l'esprit les évidences montrant la présence d'un traitement préconscient et/ou inconscient. L'individu est aussi capable d'exprimer plus que ce qu'il peut savoir explicitement (Nisbett & Wilson, 1977 ; Dixon, 1981).

Traitement de l'information « ascendant » et « descendant »

Selon Dalglish (2003), le traitement « ascendant » est dirigé par le stimulus prédominant et plus fortement et directement affecté par les patterns d'input du stimulus. C'est un mode de traitement connu dès le début de tout apprentissage, et supposé fréquent chez les thérapeutes en tout début de formation.

Le mode de traitement « descendant » est dirigé par le concept prédominant, donc plutôt affecté par ce que la personne amène dans le traitement de la situation, par exemple ses attentes. Ce mode requiert des structures de savoir complexe (schémas, scripts, modèles mentaux, unités d'abstraction thématique), qui contiennent des informations capables de modification et d'adaptation en fonction des situations. Elles opèrent en exerçant des influences ou des contraintes (descendantes) sur la manière

¹⁵ Les processus stratégiques sont des séquences temporelles et variables de processus sous le contrôle de l'effort d'attention et de motivation de l'individu, et donc contraints par des limitations en capacité. Les auteurs estiment que les thérapeutes novices utilisent un traitement contrôlé qui s'avère positif, dans le sens qu'il permet de se poser plus de questions et de rester ouvert aux nouvelles informations, au contraire d'un traitement déjà automatisé (caractérisant souvent les thérapeutes expérimentés), voire peut-être figé et indifférent à tout changement (voir chapitre 2.7, p.64, sur les différences entre thérapeutes novices et expérimentés).

dont l'information est traitée à des niveaux plus bas du système, comme la perception, l'attention, la mémoire.

Ces deux modes sont combinés dans la plupart des activités cognitives. Les biais sélectifs de l'humeur agissent comme influences descendantes sur ces dernières. On les trouve aussi dans le traitement sélectif de l'information émotionnelle selon la nature des préoccupations courantes.

Cette approche a un riche potentiel pour expliquer les différences individuelles, notamment car le degré d'automatisation des processus et des routines qui permettent la génération d'émotions est idiosyncrasique.

Modèles cliniques du traitement de l'information

Les caractéristiques générales ressorties sont applicables dans des modèles cliniques du traitement de l'information. Par exemple, Johnson et Magaro (1987), dans un article portant sur la dépression, ont montré que le contenu de la mémoire et la façon de traiter l'information dépendent en partie de l'humeur du thérapeute et de la sévérité de la pathologie présentée par le client. L'état émotionnel influencerait la mémoire en activant un schéma personnel (négatif pour la dépression) responsable de l'encodage sélectif et du rappel d'informations congruentes avec l'humeur du moment, ou en stimulant des nœuds contextuels résultant de l'activation, en mémoire, d'associations congruentes avec l'état affectif.

Selon Beck et Clark (1988), les processus cognitifs médiatisent toutes les réponses émotionnelles et comportementales. Les troubles psychologiques, comme la dépression ou l'anxiété, seraient dus à des schémas mal adaptés induisant une distorsion systématique dans les processus de traitement de l'information et menant à des opérations et productions cognitives défailtantes.

Teasdale (1995 ; Teasdale & Barnard, 1995) présente le modèle de l'« Interactive Cognitive Subsystem » (ICS, sous-système cognitif interactif), dans lequel le précurseur immédiat de la dépression est le traitement des significations génériques, et non spécifiques comme chez Beck et Clark (1988). Un code d'implication traite de façon prototypique les situations dépressiogènes antérieures (Hautekeete, 1995). Le but de la thérapie est de remplacer des patterns du système d'« Implication » se référant aux schémas dépressifs par des patterns alternatifs qui correspondent à des schémas plus adaptés (Hautekeete, 1995)¹⁶.

¹⁶ Pour d'autres références liées à l'application des modèles de traitement de l'information en psychologie clinique, voir notamment Brewin, 1988 ; Ingram, 1986 ; Teasdale, 1995 ; Teasdale et Barnard, 1995 ; Sachse, 1992b ; Power, 1997.

2.2.3 Modèle de Power : SPAARS

Plus récemment, Power (1997 ; Power & Dalgleish, 1997 ; Power & Schmidt, 2004) a développé un modèle plus complet, le SPAARS, dans lequel les systèmes schématique, associatif, analogique, propositionnel et représentationnel (SPAARS) sont intégrés dans une théorie multi-niveaux suggérant que les émotions peuvent être générées de différentes manières selon différents processus. Ce modèle tente de proposer un modèle cognitif de l'expérience émotionnelle non pathologique (Dovero, 2000), en y incluant quatre composantes ou systèmes :

1. **Système analogique** : traitement sensoriel (visuel, auditif, tactile, proprioceptif et olfactif) de base des stimuli environnementaux. Spécifique au mode, ou spécifique aux sensations. En pratique, il constitue un set de modules de traitements parallèles (par exemple dans l'état de stress post-traumatique).
2. **Système prépositionnel** : système d'informations sur le monde et sur soi-même, sans émotion. C'est un niveau intermédiaire de représentation le plus semblable au langage (semblable aux pensées automatiques de Beck (1976)).
3. **Système schématique** : combinaison de faits venant du système prépositionnel avec les objectifs actuels de l'individu, dans le but de produire un modèle interne de la situation. Si les objectifs sont contrecarrés, une réponse émotionnelle en résulte. C'est le niveau le plus élevé (comme pour Teasdale & Barnard, 1995). Il conserve les avantages des modèles mentaux de représentation (Johnson-Laird, 1983), en intégrant l'information de manière flexible et dynamique, tout en les combinant avec ceux d'une approche plus traditionnelle des schémas (relations répétitives et invariantes entre les concepts, mais qui peut s'affaiblir lorsque des représentations plus flexibles sont nécessaires). C'est à ce niveau que les émotions sont générées à travers une évaluation exigeant un effort. Le processus central inclut l'interprétation et l'évaluation de chaque input pertinent, d'origine interne ou externe, selon les processus basiques d'évaluation.
4. **Système associatif** : si un événement est souvent répété et toujours traité de la même manière schématique, alors une représentation associative se forme, de sorte que lorsque l'événement survient de nouveau, l'émotion pertinente principale est automatiquement produite. C'est le niveau le plus simple¹⁷.

¹⁷ Par exemple, la phobie d'araignées cause une peur intense, en dépit de savoir qu'une araignée est inoffensive. La peur est provoquée de manière associative ; la connaissance de manière propositionnelle.

Le traitement des systèmes prépositionnel, schématique et associatif peut être fait en parallèle (Leventhal, 1980).

Ainsi, selon ces différentes composantes, les émotions peuvent apparaître selon deux manières : soit elles sont le résultat d'un traitement cognitif via le système schématique, soit elles sont produites sans traitement conscient, de manière automatique, lorsque le système associatif est impliqué. Bien que ce modèle ignore la contribution physiologique aux émotions, les niveaux multiples permettent d'expliquer la source des conflits émotionnels¹⁸.

Selon le SPAARS, certains troubles psychiques peuvent dériver du couplage de deux ou plusieurs émotions de base, ou de celui de différents niveaux sémantiques dans un module d'émotion. Des émotions de base (tristesse, joie, colère, peur, dégoût) innées, universelles, et apparaissant tôt dans le développement (Ekman, 1992), dérivent les émotions plus complexes.

En effet, comme le souligne Reicherts (2005), dans la thérapie expérientielle orientée vers le processus de Greenberg et ses collaborateurs (Elliott & Greenberg, 2002), les émotions primaires, principalement générées par les informations provenant des états corporels, ont une fonction adaptative pour l'individu dans son environnement, en activant des tendances à l'action, en y liant l'attention et en informant les autres personnes par l'expression de ces émotions. C'est ce traitement automatique, avec les émotions primaires comme résultat, qui est suivi de processus plus complexes : les informations sensorielles et mémorisées, ainsi que les contenus de représentations, sont intégrés dans un « felt sense » de soi et de la situation¹⁹.

Lors des entretiens thérapeutiques, les thérapeutes devraient être conscients de la potentielle organisation modulaire des émotions, tout en gardant à l'esprit le fait qu'il y a deux routes différentes (associative et schématique) et que la technique thérapeutique varie selon la route de génération de l'émotion impliquée dans le trouble.

Clark (1986) fournit un exemple de ces deux routes dans son modèle du trouble panique. Dans la première, l'individu évalue un ou plusieurs signaux internes de manière méfiante (problème primaire) et, selon le modèle schématique, cela le mène à une panique ou une peur extrême.

¹⁸ La théorie classique des émotions de James-Lange au XIX^e siècle postulait que l'émotion est le produit final de la perception et de l'activation autonome. Les modèles cognitifs et d'évaluation (appraisal) apportent plus d'explications satisfaisantes et tiennent compte des différences individuelles dans les réactions émotionnelles, bien que ces explications demeurent incomplètes. Les théories multi-niveaux modernes fournissent un modèle flexible incluant la production automatique des émotions et des éléments cognitifs.

¹⁹ La synthèse « supérieure » de ces différentes étapes de traitement mène au « schéma émotionnel » et constitue l'objet central des efforts thérapeutiques dans la thérapie expérientielle de Greenberg et coll. (voir sous-chapitre 2.5.2, p.44)

L'intervention thérapeutique consiste à fournir un modèle schématique alternatif pour les signaux internes. Si ce modèle est accepté et appliqué, tout rentre dans l'ordre : c'est un processus de changement rapide.

Dans la deuxième route, l'individu continue à expérimenter des signaux internes originaires menaçants dans les mêmes situations : ces signaux représentent l'activation directe de la menace et se modifieront plus lentement et graduellement : le processus de modification est lent.

Ces deux routes peuvent être liées par des caractéristiques de processus automatisés (liés à l'apprentissage associatif, demandant du temps) ou contrôlés (liés aux processus d'apprentissage par règles, potentiellement rapide).

Ainsi, si l'adoption d'un nouveau modèle schématique peut mener à des processus de modifications lents, une partie de l'évaluation en thérapie consiste donc à évaluer le degré auquel le client est satisfait ou non avec les modèles schématiques propres.

Les deux routes montrent des changements différents : intellectuel vs émotionnel. Le SPAARS postule qu'une croyance intellectuelle est représentée au niveau propositionnel. L'altération de l'évaluation d'une situation ou d'un événement particulier est susceptible de ne plus mener à la genèse d'une émotion à partir d'une croyance propositionnelle spécifique. En contraste, si la route directe associative continue à générer une émotion, l'individu reste avec la conscience d'une dissociation entre intellectuel et émotionnel : les deux systèmes peuvent entrer en conflit l'un avec l'autre et peuvent devenir conscients pour l'individu.

Il s'en suit que ces deux routes expliquent aussi le fait d'expérimenter les réactions émotionnelles comme irrationnelles, bien qu'elles continuent à avoir lieu en dehors du contrôle. Le SPAARS explique que, dans ce cas, l'émotion n'est générée que par voie directe, sans évaluation (d'où la présentation de livrets d'explication du lien entre émotions et cognitions pour certains clients).

2.2.4 Schémas cognitifs

Les schémas cognitifs sont décrits comme des réseaux spécifiques, en mémoire à long terme, d'informations ou de connaissances à propos du monde et de la personne, qui lui permettent de s'engager dans une activité particulière. A la différence de Beck (1976), pour Power, selon son modèle SPAARS, ces schémas peuvent être activés de manière consciente, par exemple au rappel d'un événement du passé, mais le plus souvent de manière inconsciente quand l'individu est engagé dans une tâche procédurale (faire du vélo, par exemple). Dans des tâches complexes, il y a

interaction entre niveaux automatique et conscient. C'est la mémoire de travail qui assure l'activation appropriée au bon moment (rôle exécutif). Les schémas sont particulièrement utiles dans les situations routinières et familières, permettant d'interpréter et de prédire l'information rapidement, en réduisant le total de capacité de traitement mental nécessaire pour faire face aux demandes de la situation. Le prix en est que les patterns de comportement tendent à se répéter de manière plutôt inflexible.

Les schémas, pour les clients en thérapie, se caractérisent principalement selon leur :

1. Période de formation ;
2. Fonctionnalité – mesure dans laquelle le schéma ou la croyance a un impact dysfonctionnel sur la vie du client : utile pour conceptualiser l'expérience du client, et étudier le coût et les bénéfices pour le changement d'une croyance particulière ;
3. Conditionnalité – condition attachée à la croyance (ou aspect cognitif du schéma) : les aspects conditionnels seraient des exemples de flexibilité dans la pensée du client (il est parfois préférable d'ajouter des conditions plutôt que de confronter directement un schéma inconditionnel).
4. Dominance de l'activation – niveau d'activité des schémas et croyances du client : déterminer la période durant laquelle le schéma influence les comportements et les relations interpersonnelles, de même que les périodes où il n'est pas actif.
5. Potentiel de changement – possibilité et degré de changement : degré d'adaptation. Certains sont si fondamentaux qu'ils sont difficiles à changer. Le thérapeute devrait aider à délimiter des situations où le schéma peut être retenu comme fonctionnel et d'autres où il doit être modifié.

L'ensemble de ces aspects indique qu'une conscience plus élevée des caractéristiques de traitement associées aux schémas et leurs composantes peut aider au processus thérapeutique.

Becker et Sachse (1998) notent que selon le type de schéma, cognitif ou affectif, deux codes sont distingués. Au niveau cognitif, les informations sont représentables, compréhensibles et traduisibles en codes verbaux. Tous les schémas ne le sont cependant pas, certains étant automatiques et non conscients. Les concepts cognitifs doivent être traduits en concepts langagiers : un aspect de clarification détermine la formation de la représentation des schémas cognitifs. Thérapeute et client recherchent les termes adéquats à leur expression langagière personnelle.

2.2.5 Schémas affectifs et émotionnels

Selon Becker et Sachse (1998), les schémas pertinents à travailler peuvent être d'ordre cognitif (peu ou pas représentés par la personne si elle les a systématiquement évités), ou affectif (des réactions corporelles comme une pression sur la poitrine ou une tension en sont des indicateurs possibles).

Les schémas et leur activation sont toujours significatifs et peuvent mener à des sentiments diffus de menace, d'insatisfaction, de peur, d'évitement, de défense, de réactions dépressives, etc. Pour le thérapeute, il est primordial de reconnaître ces différents indicateurs de réactions corporelles ou d'humeurs particulières, afin de cerner, avec le client, ses schémas sous-jacents.

Toujours selon Becker et Sachse (1998), dans les problèmes psychiques, les schémas affectifs ne peuvent pas être communiqués avec des schémas cognitifs, ni être liés à d'autres schémas : ils ne sont pas modifiables par de nouvelles expériences vécues au niveau cognitif, i.e. ils ne peuvent pas être mis sous le contrôle cognitif. Il y a donc un double système : une personne peut avoir peur face à son père, mais contredire cela par un discours au niveau cognitif. Pour le thérapeute, il s'agit de cibler le niveau auquel il souhaite travailler avec la personne. Des stimuli différenciés activent l'un ou l'autre système. En fait, le point de départ est souvent ce paradoxe vécu par le client au niveau de ces deux systèmes : « je ne comprends pas pourquoi je réagis ainsi » ou « je ne peux pas m'empêcher de réagir ainsi ».

Becker et Sachse (1998) distinguent affect et émotion. Les affects impliquent le niveau affectif, alors que les émotions activent des schémas cognitifs, par un processus de traitement complexe et successif. Par exemple, la peur implique une menace, dangereuse, grave, et des difficultés de coping : la personne évalue ses capacités de gestion comme insuffisantes. Les affects ne sont pas si complexes : activés par les schémas affectifs, ils sont très rapides et aucune analyse cognitive ne peut avoir lieu. Ce sont des sentiments diffus, des états affectifs, des sens ressentis, qui donnent une impression subjective de signification ou de sens (voir Gendlin, 1981).

La traduction des schémas affectifs se fait au niveau perceptuel sensorimoteur. Ces schémas ne sont pas directement mis en mots, puisqu'il s'agit avant tout d'une signification ressentie, sans représentation cognitive. Comme la compréhension est plutôt de l'ordre d'une intégration cognitive, les inputs affectifs ne sont en ce sens pas facilement compris.

En fait, deux étapes permettent de représenter les schémas affectifs : une traduction cognitive, qui permet l'accès à d'autres schémas cognitifs et de

faire des liens, puis une traduction langagière. Le processus est donc plus complexe que pour les schémas cognitifs qui passent directement par l'étape de la mise en forme langagière.

Ainsi, la formation de la représentation des schémas affectifs est centrale dans la thérapie centrée sur la personne et orientée vers la clarification, et va dans ce sens plus loin que la thérapie strictement cognitive.

A ce stade, suite à cette présentation de différents modèles de traitement de l'information et de la nature et des implications des schémas affectifs et cognitifs²⁰, il s'agit d'aborder le processus complexe de la compréhension thérapeutique lors des entretiens.

2.3 LE PROCESSUS DE COMPRÉHENSION THÉRAPEUTIQUE

2.3.1 Enjeux de la compréhension thérapeutique

Selon Sachse (1992b), chaque énoncé est composé d'un élément central et d'éléments dits « périphériques ». Si l'élément central est visé par l'intervention thérapeutique, sa force de soutien en sera d'autant plus grande, et par là son niveau d'empathie, au sens de la verbalisation des expériences émotionnelles (voir l'échelle de Truax et Tausch s'y référant (VEE), annexe 2, p.222). Si le thérapeute comprend mal ou pas le client, autrement dit s'il ne se réfère qu'à des éléments périphériques, son effet de soutien s'avère plus faible.

La compréhension se fait aussi de la part du client. Sachse (1992b) a décrit certaines qualités du langage thérapeutique pour qu'il soit le plus optimisé possible pour le client. Il s'agit de ne pas trop charger la capacité cognitive de ce dernier qui, en plus de ses difficultés, doit comprendre et décoder les interventions du thérapeute. Ainsi, la compréhension du thérapeute par le client dépend de la longueur de l'intervention, sa complexité, l'exigence ou la demande qui y est liée, sa clarté et sa compréhensibilité, ainsi que son expression explicite.

Il s'agit d'insister sur la responsabilité et l'expertise exigées de la part du thérapeute. Il doit reconnaître les états et les étapes des processus de

²⁰ A noter que l'ensemble de ces modèles gagnent d'autant plus en importance et en pertinence que les différents types d'activation et de représentation sont mis en évidence par les neurosciences (Davidson, Scherer & Goldsmith, 2003).

traitements du client et soutenir ce dernier par les interventions qu'il lui propose.

Le thérapeute doit reconstruire, retrouver les énoncés de la base propositionnelle²¹ à partir des dires du client, pour reconstruire le pensé. En fait, la base propositionnelle est composée d'un noyau focal (audible et exprimé) et d'une structure d'implication (hypothèses, convictions, motivations, buts, schémas du self, etc.) qui, par l'activation des schémas, permet de représenter le contexte de signification du pensé. Cette structure d'implication permet de comprendre, de faire des liens, mais elle n'est pas d'abord connue de manière consciente.

Souvent, les structures ou les schémas implicites ne peuvent être reconstruits que difficilement par les clients, d'où la pertinence d'un travail systématique de clarification (voir chapitre 2.6 sur le processus explicatif, p.54). Si les points les plus critiques de ces structures sont focalisés, le client peut s'y concentrer, y diriger son attention et les mettre en mots.

2.3.2 La compréhension comme processus complexe de reconstruction

La compréhension comme processus complexe de reconstruction tient compte à la fois des paramètres verbaux et para verbaux. La reconstruction porte sur le dit (input sémantique), sur le pensé (aspects de la base propositionnelle), et sur la structure d'implication. Ainsi, différents niveaux de profondeur de compréhension sont distingués et atteints par les thérapeutes, en fonction de leur capacité à focaliser tel ou tel niveau²².

Sachse (1992b) résume l'ampleur de la complexité du travail du thérapeute par les points suivants :

- Il doit comprendre le pensé du client, l'intégrer, le mettre en rapport avec son savoir, et en dégager les aspects centraux et périphériques ;
- Il doit décider à quels aspects du contenu se référer, y ancrer ses interventions, et déterminer quels buts poursuivre, dans quelle optique ;
- Il doit comprendre la manière de travailler de son client, son niveau de traitement, et percevoir quel type d'offre il est susceptible d'accepter ;
- Pour cela, il doit donc décider quel niveau de traitement cibler et quelle offre de traitement proposer ;

²¹ Selon Herrmann (1982), la base propositionnelle présente tout ce qu'un locuteur pense à propos d'un domaine particulier.

²² Lorsque le niveau de « processus explicatif » est élevé, il atteint forcément cette structure d'implication.

- Enfin, il doit réaliser une offre de traitement compréhensible pour le client, « in real time ».

Il s'agit d'aller toujours au-delà de ce qui est dit explicitement, sinon la compréhension thérapeutique reste superficielle. Hörmann (1976) parle d'élaboration de sens (« Sinnerfassen »), comme constante tendance à en chercher à donner. Cependant, une recherche de sens, sans prise en considération de la personne, mais uniquement sur la base de bases de savoir et d'hypothèses, ne pourrait pas se déclarer comme compréhension. Dans la compréhension qui reconstruit ce que la personne pense vraiment, cela dépasse encore le fait de donner du sens, car il y a un aspect primordial de *reconnaissance* de l'autre et de ce qu'il exprime (Schmid, 2005). Elle est dichotomique : quelqu'un est compris ou non. Un horizon de signification est implicite dans tout énoncé. A partir d'un énoncé du client, il y a expression par le thérapeute de ce qu'il a compris. En retour, le client évalue cela et décide si son pensé a été compris. Le fait que cela soit accepté ou non n'est qu'un critère de la compréhension et n'est pas suffisant²³.

Un autre indice de la compréhension est l'ajustement de l'intervention du thérapeute à l'énoncé du client. La base de savoir sous-jacente étant toujours une hypothèse, elle peut par principe être fautive. Au tout début de la thérapie, il n'y en a que très peu et cela fait que la compréhension est nécessairement fragile et superficielle. Il faut du temps.

D'après Finke (1998), pour le client, la compréhension offerte par le thérapeute ne doit pas lui apparaître comme se basant sur un système de référence étranger mais prendre signification dans son propre cadre de référence interne. Le point d'ancrage de la compréhension ne devrait être constitué que par le système de valeur du client. Le thérapeute doit aider à donner du sens substantiel entre le comportement, le vécu et les valeurs du client. Il devient interprète du dialogue entre le client et lui-même, en adoptant un rôle de miroir (reflecting of feelings) et en mettant entre parenthèse ses valeurs et jugements.

Le thérapeute perçoit les énoncés des clients avec un présavoir particulier (par exemple selon le modèle d'incongruence et le concept d'actualisation en thérapie centrée sur la personne) et ainsi apporte une compréhension au client qui doit être retrouvée durant le processus de compréhension. Il garde à l'esprit ses hypothèses et cherche à les corriger et modifier dans le

²³ En effet, des réactions de résistance ou de déni sont toujours possibles de la part du client. Il peut refuser une expression de compréhension qui a été visée juste par le thérapeute, mais que le client n'est pas (encore) en mesure d'accepter.

processus de mise en rapport dialogique avec le client. Le danger est que le thérapeute considère le client selon son propre cadre : sa compréhension prendrait un caractère d'étrangeté pour le client. Cependant, si le thérapeute ne retient que la perspective du client, il risque de restreindre la compréhension et le client reste prisonnier en lui-même. Le thérapeute devrait être transparent en proposant aussi son propre cadre de référence et sa pré-compréhension, mais en insistant sur leur caractère subjectif. Ainsi, les deux systèmes de références sont mis en discussion. C'est une attitude de construction de consensus et d'accord sur la compréhension.

De plus, la compréhension du thérapeute ne reflètera jamais la vérité du client, et elle ne demeure valable que dans la situation actuelle entre les deux protagonistes. Elle est à remodeler continuellement en fonction des nouvelles informations perçues.

Sachse (1992b, p.141) distingue le processus de compréhension, du fait « ponctuel » de la compréhension :

« « Verstehen » muss man als einen Prozessakt auffassen, der von Moment zu Moment variiert. Eine Globaleinschätzung könnte man eher als « Verständnis » bezeichnen, als die grundlegende Fähigkeit des Therapeuten, das Bezugssystem dieses Klienten zu rekonstruieren. »

La compréhension est caractérisée par deux éléments principaux. D'une part, il y a le sens, le modèle interne, la signification d'une structure d'idées, qui en constituent le noyau, d'autre part, il y a ce qui est exprimé vis-à-vis de l'autre, ce qui a été capté. Il s'agit bien de différencier, notamment pour la suite de ce travail, ce qui appartient à l'analyse et à la compréhension à partir de la transcription d'un dialogue, de ce qui concerne directement la compréhension d'un dialogue réel.

2.3.3 Savoir du thérapeute et modèle du client

Lors des processus de communication, le thérapeute construit une représentation de la vie psychique interne du client, dont en font partie les aspects non verbaux ou cachés. La formation du savoir au niveau mental se fait par la mise en relation du savoir empirique, des hypothèses, et des informations actuelles, externes. Ces informations sont enregistrées en mémoire selon les processus de la perception sensorielle (formation d'un modèle de situation) et d'actualisation du savoir.

L'élaboration d'un modèle par le thérapeute est importante pour effectuer des rapports de sens et amener le client vers la clarification de ses

problématiques. Il favorise la compréhension de l'instant, la formation des intentions et la planification de l'action (Sachse, 1992b). Une telle structure est nécessaire pour *savoir ce qu'il faut savoir*. Le modèle est élaboré dès le début du processus thérapeutique et se poursuit tout au long de la thérapie. Les informations y entrent selon celles déjà présentes et le savoir est hypothétique : ses contenus sont différemment validés ou justifiés. Ce modèle doit être adapté, développé et validé continuellement. A la base de la compréhension du client, plus il est élaboré, plus la compréhension est censée être meilleure (voir le sous-chapitre 2.7.4 sur la complexité cognitive, p.71).

Son élaboration se fait selon deux sources de données principales : l'état des connaissances en psychologie clinique (troubles) et en psychothérapie (stratégies d'intervention), et l'analyse des informations sur le client (verbales, non verbales, paraverbales)²⁴.

A ce sujet, Sachse (1992b) décrit deux modèles différents :

1. Modèle du *client* : modèle du trouble et modèle de stratégie
2. Modèle de *situation* : modèle d'état et modèle d'intervention

Les modèles de trouble et d'état contiennent des informations concernant les niveaux du contenu, de la relation et de la gestion intrapsychique concernant le client, et cela dès le début de la rencontre thérapeutique (mode synthétique). Le thérapeute se demande alors ce qui lui manque encore (mode analytique), selon la structure de son modèle qui peut l'orienter vers des indices importants. Dans le cadre de cette recherche, le paradigme expérimental ne permet pas directement de déterminer l'élaboration de ces différents modèles par les thérapeutes, car une certaine durée est nécessaire pour leur développement, même s'il débute dès les tout premiers échanges.

Selon Vogel (1993), les modèles mentaux basés sur des représentations psychologiques soutiennent l'action dans la gestion de situations complexes, par la prise en compte et le traitement des informations concernant le client. Ces modèles sont complétés par le savoir d'expérience et le modèle de situation qui implique le savoir situationnel pour s'adapter à l'état actuel de la thérapie et le savoir relatif à la situation, pour la planification de l'action et l'orientation selon les buts.

²⁴ Les différents groupes de thérapeutes de cette recherche se différencient initialement selon la première source de données. L'hypothèse à vérifier par l'expérience est qu'ils se différencient aussi selon la deuxième source (voir chapitre 4.1 sur les groupes expérimentaux, p.92).

« In das Erfahrungswissen der Therapeuten fließen unterschiedliche Komponenten oder „Qualitäten“ von Wissen ein: Wissenschaftlich begründetes, alltags-psychologisches und klinisches Änderungs- und Bedingungswissen, Störungswissen, therapeutisches Fallwissen, personales Wissen. Dieses Wissen hat sich der Therapeut in seiner Ausbildung angeeignet oder es geht auf sehr spezifische, individuelle Erfahrungen zurück. Dieses Wissen ist in Form von mentalen Modellen repräsentiert.

Mit einem Situationsmodell repräsentiert der Therapeut das aktuelle Geschehen der Situation. Der Erwartungshorizont ermöglicht eine mehr oder weniger kurzfristige Prognose des zukünftigen Therapiegeschehens. Das mentale Arbeitsmodell ist das Wissen, was der Therapeut im Therapiegeschehen über den Patienten und sich selbst erstellt. Anhand dieses Wissens kommt der Therapeut zu einer ersten Urteilsbildung, selektiert Informationen, vollzieht Inferenzen, generiert und überprüft seine Hypothesen. Aufgrund dieses Wissens trifft er seine aktuellen Entscheidungen im Therapieprozess. Das Zusammenspiel all dieses Wissens (Erfahrungswissen, Situationsmodell, Arbeitsmodell) bestimmt den diagnostisch-therapeutischen Entscheidungsprozess. » (Vogel, 1993, p.176)

Les modèles mentaux se forment selon la manière dont les gens reconstruisent mentalement des processus réels, résolvent des problèmes complexes, et parviennent à des conclusions et des prévisions sur la base de constructions mentales, en les utilisant comme indice d'expertise. Ils peuvent se baser sur les expériences de perception ou sur le savoir concernant des situations particulières, et être le produit de la régulation cognitive personnelle, comme une simulation des expériences antérieures ou de résolution de problèmes.

Avec les premières informations sur le client et sur la base d'informations diagnostiques, d'un système d'attentes, d'hypothèses et d'intentions, ou de planifications d'action, un modèle de travail mental sur le client, est mis en place.

Au début de la thérapie, le modèle est partiel, très peu élaboré et peu spécifique. La base de savoir se construit dès les premières informations, ou la première impression d'interaction du thérapeute. La thérapie avançant, cette base se développe et l'information sur le client est représentée au niveau cognitif selon la dynamique propre au déroulement thérapeutique et à l'action du thérapeute. Le thérapeute génère les premières hypothèses sur des problématiques possibles et élabore des attentes et des pronostics qui lui permettent de prévoir continuellement le

changement au niveau du déroulement thérapeutique. L'ensemble de ces informations forme un « modèle du client » et les possibilités de changement élaborées au cours de la thérapie permettent de le modifier ou de le corriger. Le savoir sera de plus en plus différencié. Le point de départ peut être constitué par les règles générales disponibles sur le comportement thérapeutique, par des indications issues de manuels, ou encore par une idée spontanée. Sa validité n'est pertinente que pour la situation actuelle. Avec l'expérience, des bases de savoir sont générées, pierres angulaires pour le processus de construction. A noter que dans la recherche présente, comme dans l'entretien initial, les thérapeutes sujets se situant toujours au début de la récolte des informations sont forcés d'être rapides dans le développement d'un cadre de référence partiel du client.

La fonction d'un tel modèle de travail est la représentation de la compréhension cognitive actuelle ou du savoir sur un client, sur soi-même ou sur le processus thérapeutique. Déjà initié à court terme, il dépend notamment de la qualité et de la structuration des informations présentées ou observées. Son élaboration est de nature incrémentielle. Dès le début, le savoir récolté aide à comprendre le pensé du client dans la situation, à parvenir à des conclusions complexes, à construire et à vérifier des hypothèses, à résoudre des problèmes, à générer des intentions, des objectifs ou des pronostics, tout cela soutenant l'action concrète et toujours en lien direct avec la situation et sur la base du savoir acquis jusqu'à ce point. Ainsi, la construction de ce modèle peut être considérée comme un processus diagnostique et continu, par l'interaction entre l'expérience du thérapeute, le client et la réaction du thérapeute face au client. L'ensemble de ces informations soutient la compréhension des thérapeutes, toujours sous forme de suppositions sur le pensé du client, plus ou moins bien confirmées par les données actuelles à son sujet.

Développer un tel modèle sur la base du savoir d'expérience et des informations liées à la thérapie ou diagnostiques est appelé modèle mental de travail. Les conséquences de la formation d'un tel modèle peuvent être des règles générales disponibles sur le comportement thérapeutique, des manuels thérapeutiques, des plans de thérapie individuels spécifiques à un cas ou simplement une idée spontanée, que le thérapeute développe au cours de la thérapie. Un tel modèle ne possède sa validité que pour la situation actuelle. Seulement ce que le thérapeute s'est représenté au niveau cognitif dans la situation et le déroulement thérapeutique actuel soutient aussi son comportement.

Les éléments de base de ce modèle sont les schémas cognitifs, des structures de savoir sont générées à partir du savoir d'expérience du

thérapeute. Ils concernent principalement la problématique du client, son comportement vis-à-vis d'elle, les contenus de communication, le traitement cognitif, ou encore le comportement interactionnel.

2.3.4 Stratégies d'élaboration de la compréhension

Toujours en référence au savoir du thérapeute et au modèle du client, Vogel et Schulte (1997), dans leur étude sur les stratégies orientées vers les méthodes et le déroulement thérapeutiques, expliquent que sur la base de son savoir méthodique, le thérapeute conçoit un plan de traitement, un modèle mental de travail. Les sources en sont les hypothèses sur le client et ses problématiques. L'adaptation est continue aux niveaux de la planification et de la mise en œuvre. En s'efforçant d'encourager la motivation du client (pouvant réagir par incompréhension ou résistance), le thérapeute cherche en même temps à réaliser la méthode thérapeutique planifiée. Ses intentions peuvent être désactivées (échec, estimation négative, situation changée) et entraîner le risque de perdre le fil rouge. Sa disposition à les modifier dépend notamment de sa formation théorique et thérapeutique, ses convictions et son expérience pratique. Ses efforts de planification, d'adaptation et d'application de méthodes spécifiques se distinguent empiriquement comme deux stratégies indépendantes mais réalisées parallèlement, pouvant différencier les thérapeutes débutants des plus expérimentés :

1. Stratégies orientées vers les *méthodes* : rester planifié et appliquer des méthodes spécifiques. Elles sont planifiées depuis longtemps et se dirigent vers les changements de l'état actuel par l'application des méthodes thérapeutiques. Elles sont abandonnées quand elles sont réalisées avec succès.
2. Stratégies orientées vers le *processus* : attention portée sur son propre comportement et à la relation au client. Elles sont spontanées et visent la récolte d'informations diagnostiques concernant le client ou la relation (voire le thérapeute lui-même). Elles peuvent être reportées, modifiées ou abandonnées sans avoir été réalisées.

Relativement à cette étude, il est important de préciser que s'il y a trop peu d'informations à disposition sur une problématique particulière du client, le thérapeute doit inférer ses informations à partir de sa base de savoir d'expériences, i.e. remplir les manques avec des informations provenant de son savoir professionnel et privé (déduction inductive). Pour cela, la restructuration et la réorganisation du savoir sont nécessaires, elles déclenchent l'incertitude dans le vécu du thérapeute. Une telle incertitude,

absence de savoir, est liée avec les affects, qui ont un effet de signal sur le propre vécu (au niveau affectif) et reflète le statut des processus de traitements liés²⁵.

Les inférences sont des processus de pensée menant à des conclusions, sur la base du savoir disponible actuel (savoir d'expérience, modèle de travail, modèle de situation). Les thérapeutes rencontrent ces processus sous pression d'action, dans laquelle une série d'informations complexes doivent être traitées en temps réel et dans l'incertitude. Tous les thérapeutes, dans ce type de conditions, font des erreurs de traitement dans une plus ou moins grande mesure. Sachse (1992b) décrit les suivantes :

- Schémas activés sur la base desquels des conclusions sortent du cadre de référence du client : le thérapeute spécule !
- Activation d'un schéma personnel, confondu avec des conclusions portées sur des schémas du client : identification et transfert de son propre savoir sur le client sans le mettre en question.
- Acceptation d'une expression du client comme valide, sans remise en question.
- Le thérapeute interrompt trop vite la compréhension du pensé du client sur la base d'une compréhension apparemment plausible.
- Enregistrement sélectif comme significatives d'informations proposées par le client : baisse du contrôle de la validité thérapeutique. Les expériences ou représentations antérieures peuvent à nouveau influencer de manière sélective le traitement des informations actuelles.
- Hypothèses a priori : des informations sont préférées sur la base de circonstances générales, que le thérapeute juge comme pertinentes sans réflexion.

Ces erreurs de traitement²⁶ concernent en premier lieu la compréhension actuelle du client, que ce soit au niveau des informations sur les modes de traitement adéquats ou non du client (avancées dans le traitement, nombre, thématique, etc.) ou à celui des informations sur le déroulement actuel (modèle de situation), le dit ou le pensé du client, ou ce que le thérapeute a encore en mémoire à court terme.

²⁵ Cette situation est typique dans le déroulement expérimental créé pour les sujets de cette recherche. La situation inhabituelle crée un certain stress affectif.

²⁶ Pour une description détaillée, voir Arkes, 1981 ; Turk et Salovey, 1985a, 1985b, 1986.

2.4 LA THÉRAPIE CENTRÉE SUR LA PERSONNE ET LES VARIABLES DE BASE

2.4.1 Approche traditionnelle de la thérapie centrée sur la personne

L'orientation thérapeutique sur laquelle se base la présente recherche est l'approche centrée sur la personne fondée par C. R. Rogers dans les années quarante, et ayant logiquement subi de nombreux bouleversements et critiques.

Le cadre théorique thérapeutique adopté repose à la fois sur la thérapie classique et les nouvelles approches développées en lien avec elles, notamment par Sachse et Greenberg. Ce choix s'est fait en fonction des développements pertinents apportés, tant au niveau des résultats de la recherche scientifique en thérapie centrée sur la personne que pour l'entendement de l'être humain et de sa manière d'être au monde qu'ils rappellent à l'évidence.

Reichert (2005) rappelle que la thérapie centrée sur la personne de Rogers est issue de deux courants principaux : une approche orientée vers la philosophie anthropologique et une approche empirique liée à la psychologie scientifique, qui vise la fondation et l'évaluation de l'efficacité des interventions, ainsi qu'une différenciation des méthodes. Les développements spécifiques ultérieurs se sont appuyés plus ou moins sur l'un de ces deux courants. Par exemple, l'approche plus axée sur une position phénoménologique de Schmid s'est surtout attachée au courant philosophique et anthropologique. Par contre, les apports de Sachse et Greenberg sont clairement fondés sur l'approche empirique scientifique²⁷.

La thérapie centrée sur la personne²⁸ (TCP), fondée par C. R. Rogers dans les années quarante, a constitué une alternative aux perspectives comportementales et psychanalytiques. Tout comme les approches thérapeutiques expérientielles inspirées des courants humanistes et phénoménologiques, la TCP est orientée vers la *découverte* et utilise la méthode *phénoménologique* basée sur le processus de prise de conscience des sentiments, perceptions ou sensations et sur les expériences du client

²⁷ Dans leur introduction au numéro spécial de la revue *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* (2003, 3 (1)) consacrée à la différenciation du processus et de la centration sur la personne, Takens et Lietaer résument ces thèses de Sachse, Greenberg et Schmid.

²⁸ Les termes le plus souvent retrouvés sont « thérapie centrée sur le client » (« client-centered therapy »), « thérapie non directive » (« non-directive psychotherapy ») ou encore « psychothérapie par entretien » (« Gesprächspsychotherapie »).

(Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994 ; Reicherts, 2006a). Grâce aux développements des programmes d'entraînements, durant les années soixante et septante et repris dès les années quatre-vingts, notamment par son idée quasi révolutionnaire, à l'époque, d'enregistrer les entretiens thérapeutiques, Rogers a initié toute une tradition de recherche en TCP, ce qui fait d'elle aujourd'hui l'approche expérientielle ayant bénéficié du plus d'apports au niveau scientifique, en termes de bases théoriques, de « modus operandi » ou de fondements empiriques de son efficacité.

Les bases de l'approche et de l'attitude thérapeutique de la TCP sont synthétisées dans les six postulats liés aux « conditions nécessaires et suffisantes » reportés ci-dessous (Rogers, 2001) :

- 1) Deux personnes – client et thérapeute – établissent une relation.
- 2) Le client est « incongruent » avec lui-même, il n'est pas sûr de lui-même, il est anxieux et tendu.
- 3) Le thérapeute est capable de se représenter (à lui-même) toutes ses expériences – par rapport à la relation avec le client – et d'être « congruent » ou « authentique ».
- 4) Il a un « regard positif inconditionnel » par rapport au client.
- 5) Il est capable de comprendre le client dans son cadre de référence et de lui communiquer ce qu'il vient de comprendre (« empathie »).
- 6) Le client est capable de percevoir cette offre de relation et d'y répondre – au moins partiellement.

Impliqué dans une relation thérapeutique égalitaire et centrée sur lui, le client, expert de sa propre expérience, a le potentiel d'accroître son autonomie.

Le but thérapeutique global est la réduction de l'incongruence ressentie entre de nouvelles expériences vécues et le « Self », caractérisé par les perceptions stables de l'individu sur lui-même. Pour faire face à ce blocage ressenti dans l'épanouissement, l'« auto-exploration » et l'« experiencing²⁹ » sont les buts procéduraux (Sachse, 1992b) que le thérapeute cherche à solliciter chez son client. De nouvelles significations et une « nouvelle conscience » (« awareness ») sont à la base du changement et, idéalement, devraient amener le client vers une « fully functioning person » (Rogers, 1959). Cette nouvelle conscience donne lieu à des structures de pensées plus flexibles, mieux adaptées, et basées sur la

²⁹ « L'expérience ouverte et consciente des composantes émotionnelles et des significations. » (Reicherts, 1998, p.6)

congruence vécue entre les sentiments et les cognitions, dans une atmosphère d'acceptation et de compréhension.

Rogers insiste sur cette énergie actualisante et positive qu'il nomme *énergie organismique*. Elle implique toujours une certaine perception des processus pour la personne, au travers de différentes sensations comme le malaise ou la tension. L'expérience n'est donc pas toujours totalement consciente, mais se manifestera irrémédiablement par différents canaux que le thérapeute devra déceler.

Ainsi, dans une perspective centrée sur la personne et non directive, le thérapeute, adopte cependant un rôle de « surrogate information processor », et travaille activement avec chaque client en se voulant réflexif, en guidant son attention et en suggérant des directions pour stimuler de nouvelles expériences. Dans ce mode réflexif, le thérapeute est censé symboliser des aspects de l'expérience du client et les lui retourner, comme un miroir (Greenberg & Goldman, 1988).

Les trois variables de base (empathie, authenticité et considération positive) sont les ingrédients de fond pour la croissance du client.

Geller et Greenberg (2002) rappellent à ce sujet que, dès 1979, Rogers a ajouté une quatrième variable les sous-tendant : la qualité de la présence (incluant engagement et collaboration), considérée comme une clé essentielle d'une thérapie et d'un thérapeute efficaces. Elle représente un mouvement d'immersion totale de la personne dans chaque moment. L'attention y est équilibrée de manière à prendre part à la totalité de l'expérience du client tout en demeurant en contact avec sa propre résonance corporelle, dans le but de pouvoir l'exprimer ou d'être directement en lien avec le client. La présence est ici vue comme un état ultime de réceptivité de chaque instant et de contact relationnel profond (voir Sachse & Elliott, 2001 ; Orlinsky et al., 1994). L'empathie et la congruence (voir sous-chapitres 2.4.3 et 2.4.4, p.39 et 43) sont des moyens possibles par lesquels la présence est communiquée lors de la rencontre thérapeutique.

2.4.2 Les variables de base : présentation générale

Selon Rogers (1957), la « tendance actualisante » du client est au mieux activée lorsque l'atmosphère thérapeutique permet un sentiment d'être totalement accepté. Les conditions dites nécessaires et suffisantes caractérisant une telle relation menant à cette croissance personnelle sont la demande d'aide du client et sa capacité à percevoir les variables de base réalisées par le thérapeute.

Les interventions de la TCP se différencient selon qu'elles sont premièrement orientées vers la relation (les trois variables de base) ou vers des tâches spécifiques (le processus explicatif) (Rogers, 1957 ; Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1995). En fait, les interventions qui reposent sur ces variables de base sont plutôt globales, ne tenant pas ou peu compte de la situation, du problème ou de la personnalité du client. C'est le caractère non directif de l'approche classique et l'une des raisons qui a encouragé la recherche scientifique à développer de nouvelles approches expérientielles avec leurs variables supplémentaires.

A ce jour, il a été clairement montré que les variables de base ne sont en fait ni nécessaires, ni suffisantes, pour des effets thérapeutiques efficaces tenant plus compte des fonctionnements individuels et des troubles psychologiques des clients, bien que leur qualité demeure dans la caractérisation de l'attitude de base de la TCP³⁰ et qu'elles font partie des premiers apprentissages des programmes d'entraînement à l'écoute et à la compréhension active (Reichert, 2005). Elles forment un cadre d'action heuristique d'un degré d'abstraction élevé, notamment par le fait qu'elles sont réalisées à la fois au niveau du comportement verbal et non verbal. De là, il s'agit de considérer deux perspectives : celle du thérapeute agissant et celle du client qui perçoit – ou non – les variables réalisées³¹. Il est évident qu'il n'est pas possible de concevoir des niveaux élevés des variables de base sans une compréhension adéquate et la plus proche possible du client et de sa manière d'être (Rogers & Kinget, 1962).

L'empathie, la congruence et le regard positif sont des variables incluses dans cette recherche, en plus de celle du niveau du processus explicatif. Ces quatre aspects peuvent être analysés du point de vue du traitement de l'information et décrits en termes cognitifs et émotionnels. Ceci est l'objet des aspects théoriques présentés dans la suite de ce travail.

³⁰ Dès les années soixante, des recherches ont montré que des niveaux élevés des trois variables de base sont associés à un changement du client et que, sans elles, une détérioration du fonctionnement peut même avoir lieu (Truax & Carkhuff, 1967).

³¹ Truax et Carkhuff (1967) sont parmi les premiers à avoir encouragé l'entraînement des techniques, des attitudes et des comportements pour faciliter ces conditions favorisantes. Ce corpus de recherches a été initialisé par Rogers en 1957 (introduction à l'écoute d'entretiens thérapeutiques enregistrés ; apprentissage par supervision ; engagement personnel dans des thérapies individuelles et de groupes), et s'est développé notamment avec l'entraînement didactique expérientiel de Truax et Carkhuff en 1967 (création d'une relation facilitante par entraînement aux compétences interpersonnelles, sur la base des propres expériences des futurs thérapeutes ; exploration personnelle sous supervision ; évaluation et discrimination des variables de base : après quelque cent heures d'entraînement à ces conditions facilitantes, les performances des thérapeutes novices s'approchent de celles des thérapeutes expérimentés) ou encore avec le programme d'entraînement au micro conseil de Ivey en 1971 (programme d'entraînement de compétences spécifiques de conseil dans une brève période de temps).

2.4.3 Empathie

L'empathie³² est le concept et l'attitude-clé explicitée par Rogers (1957). Elle a subi de nombreux développements théoriques et pratiques (e.g. Barrett-Lennard, 1981 ; Duan, 2000 ; Greenberg & Safran, 1987, 1989 ; Greenberg, Watson, Elliott & Bohart, 2001 ; Watson, 2001). Selon Reicherts (2006a, p.11-12), elle « comprend la perception, la compréhension, la reconnaissance, *ainsi que* la communication des contenus de l'expérience et de l'émotion dans le *cadre de référence d'autrui*. Le thérapeute essaie de refléter les contenus importants énoncés du client (« reflecting of feelings ») *et* de verbaliser des composantes expérientielles sous-jacentes du client au-delà de ce que ce dernier vient d'exprimer explicitement ». Pour Barrett-Lennard (1981), il est crucial que le client puisse percevoir la communication empathique du thérapeute, pour que son impact se concrétise.

Il s'agit de reconstruire ce que le client veut exprimer, verbalement ou non. Les facteurs contextuels sont importants et dépendent de la connaissance sur le monde ainsi que de la construction de significations personnelles et idiosyncrasiques. Autrement dit, l'empathie, la verbalisation des expériences émotionnelles, est la reconstruction des implications et des déterminants internes pour comprendre le contexte et l'horizon de signification dans lequel se situe le client. Ce qui est communiqué demeure une perception, basée tant sur des aspects implicites (non verbaux) qu'explicités³³.

Pour Motschnig-Pitrik et Nykl (2003), un modèle de la compréhension empathique³⁴ devrait refléter l'effort conscient du thérapeute d'explorer le monde interne du client dans le but de le soutenir dans son exploration (experiencing) et dans l'amélioration de niveaux du self jusqu'alors masqués, déniés ou déformés. Le thérapeute tente de distinguer les schémas encore non conscients dans la mémoire à long terme (MLT) du

³² Traduite souvent par « reflection of feelings », « accurate empathic understanding », « accurate empathy », ou « verbalisation des expériences émotionnelles » pour le niveau technique.

³³ Helm (1980) distingue trois contenus sous-jacents au concept d'empathie : les « contenus expérientiels d'ordre émotionnel et/ou d'importance personnelle qui sont explicitement mentionnés dans l'énoncé du client », les « contenus expérientiels implicites aux expressions verbales et non-verbales du client » et les « connotations ou contenus impliqués par un énoncé, soit en tenant compte des informations fournies antérieurement par le patient (implication rétrograde), soit en anticipant des qualités expérientielles engendrées dans la mesure du probable » (Reicherts, 1998, p.12).

³⁴ Pour Goleman (1995), l'empathie est basée sur une disposition innée (amygdale et connexions avec l'aire associative dans le cortex visuel). La compréhension empathique est basée sur l'empathie, mais entrelacée avec des aspects intellectuels.

client, plus précisément au niveau du système schématique décrit par Power (voir sous-chapitre 2.2.3, p.19). S'il pense que son sentiment de compréhension momentanée reflète de manière appropriée la problématique actuelle du client, il la lui communique. Ce dernier le vérifie alors pour lui, et ressent ou non de manière empathique la correspondance des aspects (images mentales) de lui-même et des différents systèmes impliqués avec la symbolisation du thérapeute. Se sentant compris, le client peut apprécier totalement le regard positif et explorer progressivement les significations de ses sentiments personnels. De nouvelles expériences peuvent être assimilées et parfois un lien entre l'expérience vécue et les cognitions et schémas peut surgir (insight). Si le client ne se sent pas compris, il peut exprimer ces discrepances, mais il y a aussi le risque qu'il se retire ou exprime des résistances.

En fait, grâce à sa mémoire de travail, le thérapeute peut cibler des schémas qui ne sont pas encore dans celle du client (dont il n'est pas encore conscient) et l'aider à les y amener. Dans un processus continu et progressif, par lequel le thérapeute accompagne le client en activant des schémas, des sentiments et des émotions et en les rendant disponibles en conscience, le client peut explorer leurs significations antérieures et courantes, tout en sentant au moins en partie l'acceptation et la compréhension empathique du thérapeute. Son ouverture et sa congruence augmentent. Cette expérience est assimilée dans des schémas plus flexibles, et permet aussi une plus grande flexibilité des processus internes. La perception du monde devient plus différenciée car les cognitions, sentiments et émotions perdent leur rigidité et leur interaction fait que la stabilité n'est pas compromise par la plus grande flexibilité des schémas.

Ainsi, selon Motschnig-Pitrik et Nykl (2003), la compréhension empathique est un moyen de surmonter les valeurs introjectées qui causent des effets d'interférences initiés de manière émotionnelle. En effet, ces valeurs, selon l'intensité de leur caractère émotionnel, empêchent l'accès à des schémas « valides » ou inhibent l'assimilation de nouvelles expériences. Le thérapeute suggère prudemment des associations qu'il pense être favorables à la croissance personnelle du client³⁵.

D'après Vanaerschot (1993), la manière d'être du thérapeute implique notamment qu'il soit attentif à des informations en lui qui sont similaires à

³⁵ Stratégiquement, il peut soit suggérer des associations qu'il estime pertinentes, dans le but que le client les reconnaisse (la reconnaissance demandant moins de ressources que le rappel, les schémas se trouvant proches de la conscience peuvent être activés), soit verbaliser des associations déjà conscientes pour le client, alors immédiatement associées avec des schémas véhiculant une expérience-clé de manière à ce que cette dernière puisse être plus facilement rappelée.

ce qu'il perçoit chez le client, tout en étant capable de les laisser de côté par rapport à la structure particulière et au contexte qu'elles ont pour lui : un double mouvement nécessaire pour comprendre le client. En somme, la compréhension empathique, ne peut être détachée du processus interne du thérapeute, ni libérée de l'impact qu'elle a sur le client.

La fonctionnalité d'une atmosphère empathique sur le client fait qu'il se sent entendu, qualifié, valorisé et accepté dans sa propre existence comme une personne autonome, valable, avec son identité propre. Il apprend à accepter ses propres sentiments et à faire confiance à sa propre expérience et sent que ce qu'il dit fait sens pour le thérapeute (pas d'aliénation).

De manière semblable, Paivio et Greenberg (2001, p.155) définissent cette atmosphère comme suit :

« Empathic understanding reduces isolation and defensiveness, provides a safe and supportive environment for accessing and exploring painful material, provides a positive interpersonal experience that corrects parental failures, and promotes client awareness and acceptance of emotional experience. »

Trois processus résument les implications de la réponse empathique du thérapeute (Reichert, 1991). Les trois visent à approfondir et à faciliter l'expérimentation du client et à lui apporter une certaine restructuration cognitive (Wexler, 1974) :

- a) focaliser l'attention du client sur certains contenus : certains sont soulignés, d'autres ignorés ;
- b) évoquer des aspects importants ou des significations nouvelles ou perdues, aider à reconstruire l'expérience passée en vue d'actualiser le soi (Wexler & Rice, 1974);
- c) organiser l'information en offrant une structure pour la différenciation et l'intégration future de nouvelles facettes de signification.

A relever que, dans le cadre de l'approche expérientielle orientée vers le processus, le concept de l'empathie a aussi été revu (Greenberg & Elliott, 1997). Les auteurs distinguent différentes fonctions de l'empathie dans le contexte thérapeutique, à savoir la compréhension empathique, l'évocation empathique, l'exploration empathique, l'hypothèse empathique et l'interprétation basée sur l'empathie. L'accent de ces différentes formes d'empathie peut être mis sur les cognitions ou sur les émotions. L'empathie dirigée vers les émotions peut se focaliser sur l'émotion primaire, c'est-à-dire les émotions de base et les réponses adaptatives ou non, associées (Reichert, 2005 ; Elliott & Greenberg, 2002) ; sur

l'émotion secondaire exprimée en réponse à une expérience liée à une émotion de base ; ou sur le caractère instrumental ou interpersonnel de l'émotion (dont l'intention est d'influencer autrui, par exemple par les pleurs d'appels). L'empathie orientée vers les cognitions a pour objet les aspects de significations idiosyncrasiques de la situation émotionnelle, ou les convictions de base sous-jacentes (valeurs et standards, concernant soi-même ou les autres).

Par rapport à la validité empirique de l'empathie, Sachse (1992b, 1992c) a montré que le progrès thérapeutique à très court terme (« moment-to-moment process ») est en outre caractérisé par des verbalisations empathiques « approfondissantes » : ces verbalisations se réfèrent au contenu verbal juste énoncé par le client, en parvenant à cerner et véhiculer certains aspects du « non-dit explicitement » par le client. Barrett-Lennard (1981) et Elliott et al. (1982), ont déjà montré dans les années quatre-vingts que le succès de la thérapie est fortement corrélé avec l'empathie perçue par le client (Reicherts, 2006a).

En 1994, Orlinsky et al. montrent que 10 études sur 11 ont des corrélations significatives (de .14 à .60) entre le processus caractéristique de *compréhension empathique* et le résultat.

La compréhension empathique peut être considérée comme une condition pertinente de base dans les thérapies humanistes et autres, bien qu'elle soit dépendante d'autres facteurs, et ne montre pas les mêmes résultats avec tous les clients et tous les problèmes (voir Sachse, 1992b ; Sachse & Elliott, 2001).

L'empathie du thérapeute reste un élément central (Asay & Lambert, 2001 ; Bohart & Greenberg, 1997). Il s'agit de déterminer comment l'empathie est perçue et vécue par les clients, comment elle peut être mesurée précisément et comment et quand elle est utilisée de la manière la plus pertinente.

L'échelle d'empathie développée par Truax et Carkhuff (1967) permettant d'évaluer le niveau de profondeur de la verbalisation des expériences émotionnelles est présentée au sous-chapitre 4.4.2 (p.108).

2.4.4 Authenticité ou congruence

En 1957, Rogers mentionne explicitement l'authenticité comme une condition thérapeutique séparée. Par la suite, il la considérera comme la plus fondamentale (Lietaer, 1993). La congruence, ou l'authenticité, implique un comportement spontané, ouvert, cohérent et authentique de la

part du thérapeute. Son expression est libre, franche, sans contrainte ni discrepances entre le verbal et le non-verbal.

Selon Lietaer (1993), la congruence a un côté interne, qui concerne le degré d'accès conscient ou de réceptivité aux aspects de l'experiencing courant, et un côté externe qui se manifeste par la transparence, la communication explicite des perceptions conscientes, des attitudes et des sentiments. Un thérapeute congruent peut ne pas être transparent, selon son style ou son orientation. Il s'agit de toujours être ouvert à ce qui vient, à chaque intervention, surtout si son propre cadre de référence est impliqué. C'est une sorte de spontanéité disciplinée.

Motschnig-Pitrik et Nykl (2003) explicitent que la congruence dans la relation fait référence à la notion de congruence entre le soi et l'expérience. Il s'agit de prendre conscience et vivre les affects en soi avant de les communiquer, si cela est approprié : il y a décision quant à laisser émerger les affects ressentis ou au contraire à les retenir, selon la perception de la capacité actuelle du client à les recevoir. Ce sont souvent des sentiments ou des significations que le client a initiés et transmis en premier, qui lui sont retournés selon le point de vue enrichi du thérapeute et qui lui permettent de les expérimenter sous un nouvel angle. A d'autres moments, le thérapeute partage des aspects de son propre monde interne (« self-disclosure »), fournissant une réaction ou un point de vue personnels. Dans les deux cas, les affects émergents sont expérimentés et des images mentales correspondantes peuvent être mises en lien³⁶, examinées et agies aux niveaux conscient et non conscient. Ainsi, l'experiencing est focalisé sur les schémas que le client a activés, et peut se porter vers d'autres en rapport avec eux : l'auto-exploration du client se fait plus focalisée et profonde, de nouvelles expériences peuvent être assimilées.

Ce sont les éléments disponibles en mémoire de travail qui se modifient d'abord en réponse à la communication interpersonnelle. L'experiencing congruent du thérapeute et la reformulation de sa perception de la situation courante permet de rendre disponible des schémas du client qui en d'autres conditions seraient restés de côté par l'activation et l'interférence d'autres schémas issus de la mémoire à long terme et plus fortement associés à l'expérience (habituellement) vécue par la problématique soulevée. Si le client est assez réceptif et se sent accepté et reçu, ce processus permet à l'activation d'échapper au chemin habituel.

³⁶ Pour une description du processus en termes de neurosciences, il est essentiel qu'il y ait une source externe – le thérapeute – qui fournisse des stimuli que le client peut lier avec ses images mentales antérieures de manière à percevoir ou sentir des différences entre les différents états.

Selon les théories de l'apprentissage et du conditionnement, un client qui perçoit la congruence de son thérapeute, aura tendance à tendre vers la même attitude. Que l'ouverture du thérapeute facilite l'ouverture du client fait référence à la contagion des affects et des humeurs (Damasio, 2000 ; Goleman, 1995). Par là se dessine l'importance que tout praticien ose prendre le risque d'être lui-même, honnête. L'effort de développer son niveau d'authenticité a un but thérapeutique et moral : le client observe et ressent cette attitude chez le thérapeute, il est à nouveau confronté à ses incongruences vécues, mais il a en face de lui une personne qui lui sert de « modèle » et lui montre qu'il est possible de dépasser ses « manques ». De plus, réaliser une telle aptitude, de la part du thérapeute, lui permettra aussi, la vivant, d'en cerner la présence ou non chez le client.

Au niveau scientifique, Orlinsky et al. (1994) montrent que 3 études récentes sur 5 présentent des corrélations significatives (bien que faibles – maximum de .30) entre la congruence et les effets thérapeutiques. Plus que pour l'empathie et l'acceptation, les effets dépendent de conditions non connues à investiguer.

Une échelle, présentée au sous-chapitre 4.4.3 (p.110), a été développée pour déterminer le niveau de congruence du thérapeute. Elle articule un concept relativement abstrait à une conceptualisation scientifiquement valide et fidèle permettant l'étude de son influence lors du processus thérapeutique.

2.4.5 Considération positive ou regard positif inconditionnel

Dans la considération positive (« regard positif inconditionnel », « non-possessive warmth »), le thérapeute, indépendamment de la personnalité ou des caractéristiques du client, devrait ne le considérer que sous un regard bienveillant, non jugeant, tout en demeurant congruent (Rogers, 1957) : s'il ressent des réticences face à son interlocuteur, l'authenticité qui le caractérise devrait l'encourager à en faire part. Cette ouverture et cette franchise sont le témoin d'un respect fondamental envers autrui.

Pour Wilkins (2000), la congruence et l'empathie donnent le contexte dans lequel le regard positif est crédible. L'efficacité de la psychothérapie peut être entravée par le degré auquel le thérapeute est capable d'étendre de manière perceptible son regard positif envers le client. En effet, d'après les modèles de la théorie d'apprentissage, la considération positive (tout comme l'empathie) agirait comme un contre-conditionnement, dans le sens que lorsque des sentiments négatifs, sont exprimés par le client, ils sont

« validés » par le thérapeute. Le client peut les associer à des sentiments positifs incompatibles avec eux et les inhiber doucement (Tausch, 1979 ; Reicherts, 2006a, 2006b). L'acceptation est communiquée à travers les canaux verbaux et non verbaux (expression faciale, ton de la voix, langage corporel, etc.) et souvent perçue par le client à un niveau en dehors de la conscience, intuitif, et qui s'étend à tout l'organisme.

Selon Motschnig-Pitrik et Nykl (2003), que l'attitude du thérapeute soit caractérisée par l'absence de jugement est essentiel dans le sens où se sentir évalué par un tiers détourne l'attention en dehors de l'exploration de soi. De plus, une telle évaluation est toujours une source de défense, puisqu'elle renforce les schémas à valeur émotionnelle rigide plutôt que de favoriser des valeurs personnelles dérivées de l'expérience organismique. Cependant, l'acceptation dite « inconditionnelle » ne doit pas être confondue avec l'approbation avec le sujet du discours au niveau cognitif. En effet, l'offre de l'acceptation et l'experiencing qu'elle entraîne s'adressent en premier lieu au domaine de l'affect et de l'émotion. La cognition joue un rôle subordonné mais néanmoins de soutien au moment voulu.

Du point de vue du traitement cognitif de l'information, l'acceptation est interprétée comme une écoute attentive des schémas du client que le thérapeute « traite » au niveau de la mémoire de travail. En communiquant les sentiments et significations de manière acceptante au client (par un simple « mmh » ou quelques mots simples), ce dernier se sent reçu et peut rester en contact avec lui-même. Hors de l'inhibition, des schémas de niveaux plus profonds peuvent être activés et explorés dans la mémoire de travail du client. Comme pour l'empathie et la congruence, l'exploration et l'évaluation de l'expérience passée sont possibles et permettent d'assimiler une nouvelle expérience : le client perçoit que c'est son propre monde interne qui dirige le processus. En conséquence, le client ne dépend plus de son seul intellect mais s'ouvre à l'intuition³⁷.

A nouveau, ce respect mutuel est renforcé par le phénomène de la contagion émotionnelle et améliore l'alliance de travail, variable essentielle de l'effet thérapeutique (Sachse & Elliot, 2001).

³⁷ Au niveau des neurones, l'atmosphère facilitante peut renforcer les terminaisons et les dendrites qui soutiennent la perception et la médiation de l'acceptation. Au niveau neurocognitif, c'est ce genre de processus anatomique dans le cerveau et le corps qui permet de grandir en direction d'une plus grande acceptation de soi et de l'environnement (processus hors de conscience requérant en premier lieu un experiencing dans une atmosphère favorable) (Motschnig-Pitrik & Nykl, 2003).

Au niveau empirique, l'enquête de Speierer (1995, in Reicherts, 2006a) auprès des 500 thérapeutes de l'association allemande de la thérapie par entretien (« Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie », GWG, 50% de réponses) a montré que parmi les différents types d'interventions (variables de base et variables et techniques supplémentaires), c'est la considération positive qui est évaluée comme la plus utilisée, juste avant l'empathie et la congruence³⁸.

Orlinsky et al. (1994) montrent que 20 sur 24 des études les plus récentes présentent des corrélations positives significatives (une seule corrélation négative de -.17) entre l'affirmation du client (qualification) par le thérapeute avec les effets thérapeutiques.

La considération positive a aussi fait l'objet d'une conceptualisation sous la forme d'une échelle validée empiriquement permettant de définir le « degré d'acceptation » du thérapeute. Elle est présentée au sous-chapitre 4.4.4 (p.110).

Pour résumer l'influence de ces trois variables de base, il se dégage que la congruence enrichit le client en lui faisant partager l'authenticité des sentiments et significations du thérapeute. Ce dernier lui témoigne en même temps sa confiance justement par ce partage : le client s'en ressent valorisé. La considération positive encourage aussi les processus internes de valorisation en menant à plus d'auto-acceptation et moins de dépendance aux autres. La compréhension empathique, basée sur la congruence et l'acceptation, permet de se sentir compris à tous les niveaux. Elle amplifie les propres sensations et significations et les rend disponibles à la conscience en liant les intuitions et les cognitions, en élargissant le champ de l'expérience et en améliorant le fonctionnement général.

Les compétences facilitantes sont considérées comme centrales dans le processus de changement (Beutler et al., 1994). Elles sont un élément de base de l'*alliance de travail ou alliance thérapeutique*.

2.5 VARIABLES DE BASE ET NOUVELLES APPROCHES DE LA THÉRAPIE CENTRÉE SUR LA PERSONNE

2.5.1 Apparition des nouvelles approches

Avec le développement de nouvelles recherches toujours plus poussées dans le domaine de l'approche centrée sur la personne, les variables de

³⁸ Cela peut sembler surprenant face aux observations de Wilkins, mais l'étude de Speierer est antérieure à ces dernières.

base, face à l'absence ou la faible amélioration de certains troubles psychologiques, ont été complétées selon l'indication différentielle concernant la personnalité de chaque client.

De nouvelles approches sont apparues dès les années quatre-vingt-dix. Plus seulement orientées vers la relation thérapeutique (à l'instar des variables de base), elles font appel à des interventions particulières et définies dans un cadre précis (Reichert, 2006a).

Ces thérapies visant le processus, dont deux d'entre elles sont présentées dans les sous-chapitres 2.5.2 et 2.5.3, p.45 à 49)³⁹, sont fondées sur la psychologie scientifique et étayées par des recherches empiriques quant à leur indication, leur efficacité, etc. (Tscheulin, 1992 ; Sachse, 1992b). Leurs caractéristiques et similitudes principales sont l'introduction d'interventions et de tâches spécifiques (directivité du processus) permettant de s'adapter et de cibler un mode de traitement psychique particulier du client (indication adaptative), ainsi que leur référence à la psychologie des émotions et au maintien de la création de la relation à travers l'empathie, la considération positive et la congruence et de l'« experiencing » du client (Reichert, 2005). La non-directivité de Rogers est dépassée⁴⁰. Sachse l'a montré, notamment par le fait que le client, parce qu'il s'engage rarement de lui-même dans la clarification de problématiques internes qui le font souffrir, a besoin du thérapeute et d'une certaine directivité pour s'engager dans le processus complexe et éprouvant qu'est par exemple le « processus explicatif » (voir ci-dessous, chapitre 2.6, p.54).

2.5.2 *Process-Experiential Therapy* ou thérapie expérientielle orientée vers le processus (Greenberg)

Greenberg et al. (1993) promulguent une approche plus orientée vers l'action. Tout en conservant la même considération de la personne que Rogers (elle a en elle la capacité de se développer), ils partent du principe que des interventions thérapeutiques spécifiques correspondent à des clients particuliers, en mettant l'accent sur l'expertise du client, les attitudes de base et le respect. Greenberg et al. (1993) insistent sur la notion d'*alliance thérapeutique*, processus dialogique intégrant le *suivi* et

³⁹ « Zielorientierte Gesprächspsychotherapie » de Sachse et ses collaborateurs (Sachse, 1992b, 1996b) ; « Process-experiential Psychotherapy » de Greenberg et ses collaborateurs (par ex. Greenberg & Paivio, 1997 ; Greenberg, Rice & Elliott, 1993).

⁴⁰ Dans la non-directivité manquerait un élément essentiel habituellement ignoré voire insoupçonné qui est de la nature du « se sentir concerné par ».

l'*accompagnement*, comme une danse entre les deux partenaires de l'interaction.

Cette approche tient compte de la voie de formation de l'émotion (schématique ou associative, voir Power (1997), et le sous-chapitre 2.2.3, p.19), et de l'importance de l'arrêt de la dissociation et du revécu émotionnel. En effet, d'après Reicherts (2005), le modèle des troubles de la psychothérapie expérientielle orientée vers le processus (Elliott & Greenberg, 2002) se base notamment sur les hypothèses d'un traitement émotionnel perturbé par des schémas émotionnels dysfonctionnels. Les émotions et les états affectifs sont considérés comme un système de signification primaire, présentant les informations à travers les états corporels et les tendances à l'action. Les émotions primaires générées par ce processus (colère, tristesse, joie, etc.) ont une fonction adaptative pour l'individu et la situation, dans laquelle les tendances à l'action sont activées, l'attention focalisée. Le traitement automatique (qui a pour résultat les émotions primaires) est suivi de processus plus complexes. D'autres informations sensorielles et cognitives sont intégrées dans un *sens ressenti* de soi-même et de la situation.

C'est la synthèse supérieure de ces différentes étapes de traitement qui est décrite comme un « schéma émotionnel⁴¹ » et sert d'objet central aux efforts thérapeutiques. En fait, selon cette approche, la réponse émotionnelle ne peut être modifiée que par une nouvelle expérience et non en se limitant à interroger des croyances au niveau cognitif. Cette « connaissance profonde », représentée par le ressenti émotionnel et corporel (sens corporel de Gendlin, 1981), est le facteur thérapeutique permettant le changement (Safran & Greenberg, 1991). C'est à ce niveau du ressenti émotionnel et corporel que le thérapeute aidera le client à contacter son expérience interne afin de définir le ou les schèmes émotionnels, toujours dans une relation thérapeutique sécurisante. Par l'évocation de cette expérience, les significations corporelles ressenties sont représentées symboliquement, complétées et intégrées dans un nouveau schéma plus flexible, cela selon trois processus :

1. la synthèse d'un sentiment ou d'une signification ressentie ;
2. la direction de l'attention vers la symbolisation consciente dans une réalité personnelle ;

⁴¹ D'après Dovero (2000), Greenberg et al. (1993) les définissent comme des « organisations complexes regroupant divers degrés de sensations, d'émotions, d'aspects physiologiques, de croyances et de significations développées par un sujet ». Ils forment une structure d'appréhension de la réalité, supérieure à l'aspect purement intellectuel, car ils intègrent des informations provenant à la fois des niveaux représentationnels, sensoriels, et émotionnels (Greenberg & Pascual-Leone, 1997, 2001 ; Greenberg & Safran, 1987, 1989).

3. la génération d'explications de l'expérience symbolisée, pour produire une verbalisation cohérente et l'amener à se mettre en lien avec le Soi.

Comme il le sera explicité par la suite, l'intervention du « processus explicatif » intègre ces trois niveaux dans son échelle (voir sous-chapitre 4.4.1, p.104).

2.5.3 Zielorientierte Gesprächspsychotherapie ou thérapie orientée vers un but (Sachse)

La *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie* de Sachse (1992b, 1996b, 2004), tout en se focalisant sur la formation de la relation, a pour buts principaux la clarification, la représentation, l'intégration et la restructuration des schémas cognitifs et affectifs. En plus de la TCP de Rogers, elle s'est inspirée de différents courants issus de Rice et Greenberg (1984, 1990), Beck (1976), ou encore Grawe (1976, 1982).

En elle, c'est le processus de traitement actuel qui est visé, et moins la situation en soit comme dans la thérapie comportementale. Les situations jouent un rôle tant qu'elles activent des schémas, mais le centre du travail se situe au niveau des processus de traitement et des schémas cognitifs et affectifs. L'important est la manière dont la situation est vécue et cela dépend de ce que la personne apporte avec elle dans cette situation.

Reichert (2005) note que selon les caractéristiques du trouble, le modèle motivation-émotion-régulation du traitement intrapsychique et de la régulation de l'action du client comprend trois domaines :

- 1) les conditions actuelles de l'environnement (stimuli) et les conséquences sociales et non sociales des actions ;
- 2) le traitement des informations concernant les stimuli et les conséquences au moyen de processus complexes (interprétation, évaluation et attribution) ;
- 3) les dispositions, les structures durables et les préparations au processus.

Le traitement est notamment influencé par les informations entrantes et les variables liées aux dispositions. Ces dernières comprennent les déterminants internes et les structures durables (savoir et hypothèses sur la situation, la personne propre, les motivations, etc.).

Comme chez Greenberg, les schémas occupent une place centrale, en étant activés par une situation précise et influençant le traitement ultérieur. Ils peuvent déclencher des traitements de l'information et des processus affectifs automatisés, rigides, rapides, et non conscients pour la personne.

Les schémas dits dysfonctionnels activent non seulement des émotions et des états affectifs, mais aussi les significations ressenties (*felt sense* de Gendlin, 1981).

Pour toutes les facettes du traitement, le client peut montrer des difficultés spécifiques comme une représentation inadéquate de la situation ou de ses propres perceptions, des résistances, des schémas émotionnels ou cognitifs biaisés, etc.

Les techniques d'intervention sont la clarification, l'actualisation du problème (par exemple à travers l'activation du vécu par les schémas), la restructuration (réfléter, comparer, mettre à l'épreuve de nouveaux schémas) ou encore le traitement d'un mode de traitement problématique (tendances à l'anticipation ou impulsivité). La base demeure la création de la relation thérapeutique avec l'offre de relation « classique » sur laquelle se fondent l'alliance thérapeutique et le traitement actuel du processus de relation courant. Des exemples des principes d'action sont d'aider le client à internaliser sa perspective, activer un traitement émotionnel, ancrer des interventions dans la problématique actuelle abordée par le client, tout en évitant le manque de clarté et de concret. Il s'agit toujours d'un traitement orienté vers le processus (de clarification).

En effet, selon Sachse (2004), l'approche, pour être valide et concurrente au sein des diverses orientations thérapeutiques actuelles, ne doit plus être centrée sur la relation, mais principalement vers la clarification. S'appuyant sur les évidences empiriques, il met en évidence les tailles d'effet modérées de l'approche traditionnelle : c'est ce qui l'incite à laisser en marge les aspects de non-directivité et à les remplacer par des formes plus directives. Les études confirment d'ailleurs le bien-fondé de ce changement, puisque cette nouvelle approche parvient à des effets comparables à ceux des thérapies comportementales et cognitives.

Enfin, il s'agit d'insister sur le fait que toutes les approches expérientielles et humanistes ont toujours conçu les émotions comme ayant un rôle fonctionnel dans le traitement de l'information et comme un facteur essentiel de motivation pour le changement (Greenberg & Safran, 1987, 1989), au contraire des approches cognitivo-comportementales pour qui l'affect a été traditionnellement considéré comme un phénomène post-cognitif.

2.5.4 Les interventions ciblées ou orientées vers des tâches spécifiques

Aux variables de bases s'ajoutent aujourd'hui les effets des nouvelles interventions orientées vers des tâches spécifiques développées récemment et présentées ci-dessous.

Leur objectif principal est d'encourager le client à approfondir son expérience en identifiant les composantes traitées de manière inadéquate par le passé pour les rendre adaptées dans l'avenir, en différenciant des significations ou en les schématisant de façon nouvelle.

Ces interventions ciblent des buts immédiats qui devraient être atteints par le client dans son processus actuel (Greenberg et al., 1993). Elles s'inspirent des approches cognitives et comportementales, et surtout des orientations expérientielles, comme la Gestalt-thérapie (« focusing⁴² », « two-chair dialogue », etc.). Ici, le thérapeute ne suit plus seulement le client, mais lui propose une certaine « direction » à prendre, si les conditions actuelles sont adéquates. En effet, il pourrait s'avérer par exemple contre-productif de confronter un client⁴³, alors qu'il se trouve déjà dans un processus d'explication de niveau élevé. C'est notamment par rapport à ce souci d'indication qu'ont été développées des séquences heuristiques structurées (aussi appelées « règles technologiques »), et des critères d'évaluation du succès ou de l'échec de l'intervention stratégique (Reichert, 1999a ; voir sous-chapitre suivant). Une distinction entre ces interventions spécifiques a été proposée selon que le travail thérapeutique, auquel client et thérapeute se situent ou souhaitent se centrer, se situe au niveau de la relation, de la gestion (intra)psychique ou du contenu⁴⁴ (Reichert, 2006a).

La capacité de discrimination perceptive, par le thérapeute, des subtilités de l'expérience du client engagé dans une série de tâches cognitives et affectives de traitement de l'information, détermine en bonne partie la

⁴² Cette technique consiste à considérer ses propres sensations dans une série d'étapes au moyen de la relaxation et en se centrant sur son intérieur (Gendlin, 1981 ; Zimring, 1990).

⁴³ Tscheulin (1990) a décrit la confrontation comme l'une des interventions spécifiques de la thérapie centrée sur la personne. Lors de cette stratégie, le thérapeute, tout en appliquant les variables de base, met l'accent sur le comportement, les croyances et les émotions qu'il perçoit comme discrepantes chez le client ou en comparaison avec sa propre expérience.

⁴⁴ Au niveau de la relation, l'échange thérapeutique porte sur l'interaction elle-même dans des buts de la rétablir, de la clarifier ou de la maintenir. Dans la gestion (intra)psychique, le travail se fait autour des modes de gestion comportementale, affective et cognitive par lesquels l'individu appréhende son monde environnant (Reichert & Pauls, 1983 ; Wexler, 1974). Enfin, au niveau du contenu, il s'agit du traitement des thèmes, des problèmes et de leurs tentatives de résolution. C'est la catégorie la plus fréquente et n'est en principe pertinente que si les niveaux précédents sont clarifiés par une coopération bien établie et une gestion psychique du client pas trop dysfonctionnelle.

qualité et l'évolution de la thérapie (Greenberg et al., 1994 ; Rice, 1984). Pour qu'une intervention ciblée puisse être réalisée de manière optimale, le thérapeute doit concentrer son attention sur des indicateurs spécifiques dans le discours du patient. Ces indicateurs primordiaux, dénommés « marqueurs procéduraux » et menant à des « règles technologiques »⁴⁵, sont présentés dans le sous-chapitre suivant.

Cette capacité de discrimination est mise en évidence par Reicherts et Pauls (1983), qui se sont basés sur les travaux de Wexler (1974). L'expérience émotionnelle implique selon eux différentes structures conceptuelles activées par différenciation (informations entrantes catégorisées selon différentes dimensions), discrimination (certaine valeur attribuée à ces informations) et intégration de l'information relative aux expériences. Les clients en début de thérapie sont moins capables de différencier et de discriminer les paramètres de leur expérience émotionnelle, et plus enclins à manquer de cohérence et à commettre des erreurs de jugement.

Tout thérapeute devrait être capable d'appliquer pour lui-même ses trois composantes lors de sa propre perception du client. L'ampleur des ressources cognitives exigées des thérapeutes novices est ici mise en évidence.

Enfin, il s'agit de préciser que les attitudes de base et les interventions orientées vers le processus sont complémentaires dans la formation de la *relation* thérapeutique, facteur non spécifique et essentiel du succès thérapeutique (Orlinsky & Howard, 1986). En offrant des propositions de traitement, le thérapeute manifeste son souci envers le client, et un échange dialogique véritable et authentique peut prendre place.

2.5.5 Marqueurs procéduraux, règles technologiques et processus moment-to-moment

Comme pour les attitudes de bases, les nouvelles approches en thérapie centrée sur la personne ont développé des formations spécifiques à l'emploi des interventions ciblées, souvent sous forme de « règles technologiques ». Les stratégies mises en évidence (souvent dans des manuels d'entraînement) indiquent au thérapeute quoi faire et à quel moment. L'entraînement à une telle aptitude comprend habituellement une

⁴⁵ Witty (2002, 2004) critique cette position en arguant que toute directive du processus, toute intervention ou procédure qui n'émergerait pas de la participation propre et créative du client dans la relation, violerait les principes de base de la non-directivité, et ôterait au client la possibilité de refuser la relation.

réponse empathique de base, des techniques rogériennes de relation et d'autres techniques destinées à aider le client à régler des problèmes particuliers dans son traitement de l'information (Gendlin, 1981 ; Rennie, 1987 ; Rice & Saperia, 1984). De plus, l'accent est porté aussi sur l'exploration et la connaissance de son propre monde interne et de ses expériences émotionnelles.

Le point de départ d'une intervention spécifique commence par le repérage dans l'attitude du client d'indices appelés « marqueurs procéduraux » (« process marker »)⁴⁶. Idéalement, ils sont censés permettre l'application systématique d'une série d'interventions dans le cadre des approches orientées vers le processus.

Le processus thérapeutique expérientiel est considéré par Rice et Greenberg (1984, 1990) comme suscité par des événements du type « si..., alors... », par lesquels les expressions des clients sont considérées comme des marqueurs de difficultés dans le traitement de l'information et des occasions d'intervention. Ces attitudes et énoncés signalent qu'il est prêt à s'engager dans l'exploration d'aspects de son fonctionnement. « Si » le client présente un certain marqueur, « alors » le thérapeute intervient d'une certaine manière, pour autant qu'il détecte ce marqueur.

Toukmanian (1990) précise l'importance de définir quelles interventions thérapeutiques optimisent l'acceptation du client de se lancer dans un approfondissement de son expérience à différents moments de la thérapie. Les marqueurs procéduraux, dont l'identification est continue, aident à identifier ces moments-clés par lesquels le client signale qu'il est prêt et donnent des indications quant à son niveau d'élaboration de ses représentations.

Le rôle du thérapeute est donc une spécification « moment-to-moment », de chaque instant, de la nature des modes dits dysfonctionnels de traitement de l'information, des marqueurs procéduraux, ainsi que des interventions stratégiques utilisées selon les différents marqueurs et les changements dans la manière de traiter et de construire l'expérience (Reichert, 1999b). Il y a focalisation de micro-processus dans un cadre temporel bien défini, permettant l'application de règles technologiques.

⁴⁶ Par exemple, Tscheulin (1990) a tenté de déterminer les caractéristiques du discours devant être considérées comme des indications particulières (« marqueurs procéduraux ») pour utiliser la technique de la confrontation. Greenberg et Goldman (1988) ont proposé une approche dans laquelle les interventions sont à la fois définies par des marqueurs d'un certain processus en cours (voir chapitre suivant) et focalisées sur une tâche spécifique.

Les règles technologiques

Pour Vogel (1993), le thérapeute organise son savoir directement et de manière continue à partir des savoirs théoriques et scientifiques disponibles en mémoire. La discrepancy entre les états de savoir scientifiques disponibles et le savoir effectivement requis peut être source de pression pour le thérapeute.

Ce dernier acquiert savoir technologique et savoir nomologique durant sa formation (continue). Lors de la formation initiale, des bases générales de savoir (ou savoir « abstrait »), lui sont transmises sous formes de règles impliquant certaines conditions pour parvenir à un certain but. Dans l'application de ce savoir (conditions, méthodes, etc.), le savoir concernant des règles est transféré dans un savoir nomopraxématique ou technologique, relatif à un « cas » particulier. Pour cela, le thérapeute développe au cours de sa pratique un savoir d'application, pour pouvoir décider, quand, sous quelles conditions et dans quel cas particulier, telle règle est à appliquer (Vogel & Schulte, 1991).

Les *règles technologiques* sont définies comme des normes stables concernant le comportement humain efficace (Bunge, 1967 ; Westmeyer, 1987). Reicherts (1999a, p.16), précise :

« (...) elles contiennent des indications ou des recommandations sur le moyen à utiliser en fonction de la situation pour atteindre des buts déterminés. Elles sont caractérisées par leur *efficacité* et par le fait qu'il existe des lois (mises à l'épreuve) qui peuvent expliquer leur efficacité, en terme de leur *modus operandi*. Au contraire des énoncés nomologiques qui se basent sur le critère de vérité, les règles technologiques s'appuient quant à elles sur le critère d'efficacité. La relation entre énoncés nomologiques et règles n'est pas purement logique, mais pragmatique (Bunge, 1967 ; Patry & Perrez, 1982). »

De plus, les règles technologiques impliquent des concepts pragmatiques de contenu prescriptif qui prescrivent de faire telle action pour parvenir à un certain résultat (Reicherts, 1999a). Elles sont donc fondées sur la méthodologie scientifique, mais applicables dans le contexte quotidien. Ainsi, comme le précise Perrez (2005), les méthodes psychothérapeutiques peuvent être décrites en termes de règles technologiques et systèmes de règles. Elles contiennent des informations concernant leurs conditions d'application dans lesquelles elles sont recommandées, sur les moyens

compris pour atteindre les buts thérapeutiques ou encore sur leur fondation théorique et leur évaluation empiriques.

Reichert (1999a) définit des règles *naïves* ou *spontanées* pour les distinguer des règles technologiques de la vie professionnelle. Il est logiquement attendu que des thérapeutes « novices » utilisent généralement plus de règles « naïves » – car elles se réfèrent généralement à un champ d'expérience accidentel et souvent non justifié de manière intersubjective (Reichert, 1999s) – que des thérapeutes expérimentés, et que ces derniers s'approcheront plus de l'utilisation de règles technologiques (par exemple en réalisant l'intervention ciblée du processus explicatif (voir chapitre 2.6, p.56)). De là, les implications au niveau de la pratique et de la formation peuvent être mises en évidence par la comparaison des différents types de règles utilisées en gardant évidemment à l'esprit qu'elles sont basées sur des micro-processus choisis.

Pour Caspar (1999) les règles heuristiques peuvent servir de modèles thérapeutiques réalistes pour l'application des techniques et du savoir. Dans ce sens, les règles heuristiques flexibles sont plus souples que les manuels, car elles laissent une liberté plus grande et s'accompagnent d'un contrôle accru du changement afin de s'adapter. En acceptant que l'action individuelle (à l'inverse du suivi rigide de manuels) donne généralement de bons résultats, cela élargit le domaine pour lequel on peut déduire de bonnes connaissances des procédures standard tout en gagnant en liberté d'action.

Processus « moment-to-moment »

Les approches expérientielles visent les perçus et vécus dans l'« ici et maintenant » et dans le cadre de référence propre à l'individu.

Comprendre autrui et être compris par lui est un processus indivisible et continu régulé mutuellement sur une base appelée « moment-to-moment », « dans l'immédiat » ou « de chaque instant » dans laquelle sont réalisées les variables de base et les interventions ciblées.

Le thérapeute intervient dans une perspective immédiate, mais se trouve en relation avec une personne dont la présence est caractérisée par toutes ses expériences vécues par le passé.

L'intervention ciblée du « processus explicatif » – qui constitue la base théorique et expérimentale principale de ce travail – est apparue dans le cadre de la *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*, nouvelle approche de

la thérapie centrée sur la personne, développée par Sachse (1992b, 1996b, 2004). Cette intervention est un processus « moment-to-moment » qui implique des tâches spécifiques pour le client, et dont l'initiation est caractérisée par l'identification par le thérapeute de marqueurs procéduraux. Le chapitre suivant lui est consacré.

2.6 LE PROCESSUS EXPLICATIF DE SACHSE

2.6.1 Présentation générale

Ce chapitre est entièrement consacré à la définition et à la présentation du « processus ou traitement explicatif » largement étudié par Sachse (1984, 1990a, 1990b, 1990c, 1992a, 1992b, 1992c, 1993, 1996b, 2001, 2004 ; etc.), outil d'évaluation central du présent travail.

Appartenant aux nouvelles approches développées en thérapie centrées sur la personne, le processus explicatif se présente comme :

L'engagement, par le thérapeute et son client, dans une explication de la signification personnelle d'événements et d'expériences ressenties et vécues par le client.

Par l'exploration de plus en plus approfondie de ces ressentis (souvent des « incongruences vécues »), le client identifie des problématiques personnelles, les met en rapport et les évalue, pour enfin parvenir à se les expliquer, en construire des représentations et les intégrer dans son cadre de référence interne. Il met en relation les différents aspects de signification trouvés avec d'autres, y trouvant des liens ou des contradictions. De son côté, le thérapeute propose des interventions censées idéalement encourager et soutenir ce processus d'explication.

Ces interventions dites « explicatives » sont des aspects de compréhension empathique : la verbalisation des expériences émotionnelles représente des explications de significations, à des niveaux différents (Reicherts, 2006a). De plus, cette compréhension est élargie, du fait qu'elle cerne certes les contenus, mais aussi la façon dont le client travaille à tel moment et la manière dont il pourrait être au mieux soutenu (Sachse, 1984). En ce qui concerne l'indication, le travail thérapeutique se situe au niveau du contenu et non à ceux de la relation (comme pour les variables de base) ou de la gestion psychique.

Au début de la thérapie, le thérapeute n'a pas d'intentions particulières. Il est ouvert à ce que le client lui propose et cherche à comprendre ce qu'il pense et à relever les indices qui lui paraissent pertinents pour la thématique en cours. Dans le processus explicatif, dans lequel le thérapeute est « expert du processus », un tel déroulement exige de sa part une attention étroite à la situation, une flexibilité cognitive élevée, et un engagement spontané dans le dit et le pensé du client. Ses actions et interventions ne sont pas dirigées selon des buts généraux (*Oberziele*), mais il poursuit des intentions à court terme en cherchant à adapter de manière optimale son comportement thérapeutique à la situation actuelle. Tant que le client suit les offres approfondissantes ou approfondit de lui-même une thématique, le thérapeute le suit par son soutien, mais sans savoir où le client les mènera. Le thérapeute centré sur la personne ne décide généralement pas à l'avance de ce qui sera thématiqué lors de la séance, ni du comment. Son savoir d'intervention est étroitement lié aux modes de traitement spécifiques des clients, qu'il différencie d'ailleurs considérablement de l'un à l'autre.

En termes de traitement de l'information, le « processus explicatif » s'apparente à un processus de traduction des éléments d'un schéma dans des termes conceptualisés au niveau cognitif, traversant différentes phases permettant de situer le client, sans que le passage de l'une à l'autre ne suive forcément un déroulement logique. Ces étapes ont été distinguées par Sachse (1992b, 2001) selon huit modes d'approfondissement de traitement explicatif dans lesquels client et thérapeute s'engagent : une échelle largement validée⁴⁷ les spécifie pour chacun (voir sa présentation détaillée au sous-chapitre 4.4.1, p.104).

Ces modes sont impliqués dans des modèles de traitement de l'information dans le sens que des liens entre les processus cognitifs et affectifs du client sont élaborés à des degrés différents, pour ensuite être encouragés à leur modification ou clarification par les interventions spécifiques du thérapeute (Reicherts, 1999b). Ce dernier doit d'abord parvenir à *repérer la présence* d'un processus d'explication chez le client. Ensuite, il doit *cerner son niveau de traitement* afin de proposer une offre – si possible brève, claire et ne comportant qu'une seule tâche à remplir – permettant idéalement de l'élever (Reicherts, 1999b), l'effet thérapeutique s'avérant meilleur si l'offre en question dépasse le niveau de l'énoncé

⁴⁷ En réalité, ce sont deux échelles distinctes, mais dont les niveaux et les contenus sont les mêmes pour le client et pour le thérapeute.

antérieur du client⁴⁸. Comme dans les trois phases du processus d'empathie proposées par Barrett-Lennard (1981), le client doit aussi percevoir et accepter les propositions explicatives élaborées par le thérapeute avant que le processus ne démarre vraiment.

Comme le processus explicatif s'inscrit dans le cadre des interventions visant des tâches spécifiques, des *marqueurs procéduraux* censés indiquer les aspects du cadre de référence interne encore non explicités sont repérables selon les attitudes suivantes⁴⁹ (Sachse, 1984, 1996b ; Reicherts, 1999b) :

- le client se concentre vers l'intérieur ; l'entourage, y compris le thérapeute, sont en arrière-fond ;
- il parle plus avec lui-même qu'avec le thérapeute, bien qu'il le perçoive et réagisse à ses interventions ;
- il ne regarde guère le thérapeute, dirigeant plutôt son regard vers l'infini ou fermant les yeux ;
- il parle lentement, à voix basse, s'interrompt et se corrige ; il élabore des contenus et des significations ;
- il est impliqué affectivement, mais il n'est pas sous l'emprise des émotions : il ressent les sentiments, mais il n'est ni « bloqué » ni absorbé ;
- il semble s'engager dans l'élaboration et la clarification ; il veut comprendre ce qui se passe à l'intérieur ;
- son attitude est ouverte, réceptive ; il ne sait pas où il va arriver, ce qui va se passer ;
- le thérapeute ressent le « suspense » qui règne par rapport aux activités et aux verbalisations du client ; il voit qu'il se passe quelque chose d'important.

Certaines stratégies thérapeutiques, résumées par Reicherts (1999b), peuvent favoriser le processus explicatif :

- laisser agir les imaginations ou contenus sur soi-même ;
- aider à rester près de l'émotion ou du sentiment (par exemple par des questions d'approfondissement) ;
- travailler avec le « sens ressenti » (Gendlin, 1981) ;
- différencier la situation à l'aide des émotions, ou l'inverse ;
- valoriser le vécu affectif, les émotions ;

⁴⁸ Cette observation est étayée dans la suite de ce chapitre par la revue des études de Sachse.

⁴⁹ La plupart des attitudes décrites ont effectivement pu être repérées chez les clients filmés lors de la sélection des séquences (voir sous-chapitre 4.2, p.98)

- séparer des patterns émotion-cognition.

Suite à cette présentation générale, il s'agit à ce stade d'analyser plus précisément l'intérêt, les implications et les enjeux des interventions approfondissantes pour le client et le thérapeute.

2.6.2 Définition et enjeux des interventions approfondissantes

D'après Sachse (1984), lorsque le client se concentre sur un problème, il se peut qu'il n'en comprenne pas lui-même certains aspects. Face à cela, soit il demeure en surface ou en périphérie, soit il perçoit qu'il y a quelque chose à explorer, sans savoir forcément quoi et comment. S'il perçoit cette incongruence, il essaie de viser un approfondissement de l'« arrière-plan », en se demandant par exemple « Que dois-je faire pour faire X ? ». Des interventions du thérapeute visant le soutien de cet approfondissement ne sont censées, que si ce dernier évalue comme thérapeutiquement pertinent d'approfondir la compréhension de tel point. Ses interventions orientées vers un but ont la forme d'une règle heuristique dans le sens de Grawe (1982) : l'intervention et le but sont spécifiés, tous les composants, comme les aspects d'une compréhension empathique et d'une intervention centrée sur la personne, sont réalisés.

Dans l'idée d'aider à repérer et rendre significatifs des marqueurs procéduraux à l'origine d'un début de processus explicatif, Sachse (1984) propose au thérapeute de s'interroger selon les manières suivantes :

- « A quel point puis-je déjà comprendre le cadre de référence interne du client à partir de ce qu'il me dit ? »
- « Est-ce que le contenu se laisse aborder dans un rapport censé ? »
- « Est-ce que des conflits, des contradictions sont apparents dans le contenu abordé jusqu'à ce moment ? »

L'idée générale est que plus il distingue le cadre de référence interne du client, plus facilement il reconnaît un marqueur comme pertinent. Ces marqueurs sont habituellement repérables selon cinq zones de compréhension ou de complexité d'expression :

1. La plus « élémentaire » est celle des *phrases*. Des marqueurs y sont reconnaissables, même sans beaucoup connaître le cadre de référence interne. Le thérapeute, ne sachant pas encore quel marqueur est pertinent, doit veiller, dans sa verbalisation, à laisser le client choisir

quelle piste il veut suivre⁵⁰. Un exemple simple est celui dans lequel le client exprime de la peur (« il y a un peu de peur ») : clairement, le thérapeute a l'occasion d'approfondir ce que signifie et de quelle nature est cette peur pour le client.

2. Au niveau de la *communication non verbale*, l'attitude adoptée par le client dirige aussi la nature de l'évaluation portée à son sujet. Le but est d'y rendre le client attentif et d'en interroger la signification pour lui. Par exemple, le thérapeute peut interroger le client sur ce qui le fait sourire d'exprimer une problématique difficile.
3. A un niveau plus élevé, le thérapeute saisit explicitement un des messages centraux du client par un marqueur qui se situe dans le *contenu implicite* transmis. Par exemple, si le client exprime qu'il se doit de faire telle ou telle chose, le thérapeute peut soupçonner une problématique particulière derrière ce « devoir » que le client s'impose et l'interroger à ce propos ou lui proposer sa compréhension.
4. Le thérapeute peut comprendre un aspect important du cadre de référence interne du client en mettant en rapport des *aspects isolés* qui apparaissent. La mise en lumière de ces rapports peut mener à des questions d'approfondissement. En effet, un client peut exprimer son désarroi de se sentir toujours devoir mettre un masque dans les situations familiales, afin de montrer une image positive de lui et, plus loin lors de la séance thérapeutique, exprimer son souhait d'avoir des relations plus privilégiées avec ses parents. Le thérapeute peut alors mettre en lien ses deux observations et en déduire, par exemple, le besoin « d'authenticité » et de « contact relationnel véritable » du client.
5. Enfin, le thérapeute peut également considérer l'*interaction* entre le client et lui et se demander ce que le client veut lui dire avec tel contenu. Il peut s'interroger sur la manière dont le client formule ses énoncés, ou sur sa façon (verbale et non verbale) de lui adresser la parole (par exemple le plus souvent sous forme de questions, ou de manière très inhibée, ou au contraire très expressive, etc.).

Ces différentes zones sont incluses dans les niveaux des échelles du processus explicatif et de la verbalisation des expériences émotionnelles (voir sous-chapitres 4.4.1 et 4.4.2, p.104 à 110), bien que de manière non explicite. La qualité de l'intervention thérapeutique dépendant

⁵⁰ Dans la communication de la compréhension empathique par le thérapeute, plutôt que de « verbalisation des contenus émotionnels », Sachse parle ici de « verbalisation des marqueurs », marqueurs reliés à des significations ressenties.

effectivement aussi de la profondeur de la compréhension et de la capacité du thérapeute de prendre en compte plusieurs observations à la fois, à des niveaux différents.

Par l'identification des marqueurs, le thérapeute *stimule* l'approfondissement, au lieu de le faire à la place du client. La description de ces zones d'identification a mené à trois catégories d'interventions approfondissantes qui toutes dépassent le dit explicite et permettent un approfondissement de l'explication (Sachse, 1984) :

- *Explications*

Le client décrit explicitement une attitude, dans laquelle une intention est implicite. Le thérapeute recherche l'aspect central de l'énoncé et le nomme. Il rend explicite l'implicite exprimé, tout en restant proche du contenu disponible. L'avantage est l'occasion offerte pour que les aspects cruciaux soient travaillés et la possibilité (mais non l'imposition) pour le client de la saisir et de se concentrer sur cet explicite formulé par le thérapeute.

- *Répétition ou accentuation de marqueurs*

Sur la base de sa compréhension, le thérapeute reconnaît un marqueur dans la problématique du client, qui lui permet de poser une question d'approfondissement. Concrètement, le thérapeute répète ou accentue la tonalité d'un mot isolé ou d'un bout de phrase. A nouveau, le client a le choix de laisser résonner ces mots en lui ou non.

- *Diriger le processus*

Dans ce cas, les interventions du thérapeute dirigent directement le client vers un approfondissement. Le client est prié de se concentrer sur un certain aspect du contenu.

De fait, la connaissance de ces stratégies d'encouragement à l'approfondissement est primordiale pour le thérapeute, car le processus explicatif est d'autant plus difficile pour le client que c'est lui qui le prend en charge. En effet, le client se montre souvent ambivalent face à ce processus très exigeant. Une personne appréhendant d'aborder des contenus la préoccupant, l'amorcera rarement d'elle-même, car ce processus dépend beaucoup de la disposition du client, que le thérapeute doit respecter au risque de le bloquer. Inversement, si un client s'engage de lui-même dans ce processus, il n'a pas besoin d'y être encore encouragé, au risque d'être même ennuyé par des interventions extérieures. C'est surtout dans l'encouragement à l'approfondissement, son amorçage et son soutien, que la tâche du thérapeute est la plus essentielle.

La phase thérapeutique a également son influence. Le client approfondira plus spontanément un processus en début ou en fin de séance et se laissera plutôt guider dans la phase centrale.

Des études empiriques systématiques portant sur ces observations ont permis de les vérifier. Les principales d'entre elles sont présentées dans le sous-chapitre 2.6.4 (p.61).

Ainsi, lors de ces micro-processus, le client profite des propositions d'approfondissement surtout si le thérapeute l'a compris et ancre ses interventions dans sa problématique actuelle. Selon les modèles de traitement de l'information, l'auto-exploration du client est modélisée comme une activation progressive de schémas situés dans des réseaux en mémoire à long terme. Que l'auto-exploration se détériore avec des offres de traitement qui ne visent pas un approfondissement de la problématique, s'explique par le fait que ce type d'offres distrait l'activation des schémas vers d'autres localisations et détourne ainsi l'attention du client⁵¹.

En fait, plus le niveau de processus explicatif est élevé, plus il est exigeant à la fois pour le thérapeute et pour le client, chaque schéma ayant une capacité limitée et fixée pour émettre une activation. Certains schémas, surtout ceux qui sont profondément ancrés, ne sont atteints que si l'activation persiste (Motschnig-Pitrik & Nykl, 2003).

2.6.3 Méthodes d'analyses des modes et des offres de traitement explicatif

Pour étudier les effets des interventions des thérapeutes sur l'engagement et les modes de traitement explicatif des clients, Sachse a analysé des triples. Un triple est composé d'un énoncé du client (CL₁), d'une intervention du thérapeute (TH₁) et de l'énoncé suivant du client (CL₂) : deux modes de traitement du client sont séparés par une offre thérapeutique. Une analyse interactionnelle de micro-processus en psychothérapie est possible sur la base de ces triples. En considérant les changements entre les deux modes du client, trois possibilités se dégagent :

- « approfondissement » : le deuxième mode est plus approfondi que le premier
- « uniformisation » : aucun changement dans la profondeur du traitement
- « décroissement » : le deuxième mode est plus superficiel que le premier

⁵¹ Sachse (1992c) rapporte une corrélation de .49 entre le plus profond niveau de traitement atteint par les clients et le résultat de la thérapie (8 études sur 14 le confirment chez Orlinsky et al., 1994).

L'échelle de traitement explicatif développée par Sachse (voir sous-chapitre 4.4.1, p.104) permet d'évaluer quelle offre de traitement est proposée en fonction de quel mode de l'énoncé du client. Dans la perspective de favoriser le processus explicatif, ce sont les offres se référant au mode de traitement précédent du client qui sont analysées. En même temps, elles indiquent dans quelle direction il est encouragé à se diriger, puisqu'elles peuvent rester au même niveau, être plus superficielles ou plus approfondies.

De plus, il convient de citer qu'une méthode d'analyse spécifique issue des modèles textuels psychologiques (voir notamment Kintsch, 1988) a été développée dans le but de déterminer à quels contenus abordés par le client le thérapeute se réfère. Cette analyse permet de définir si le thérapeute cible le noyau de l'énoncé du client, s'il revient sur un énoncé antérieur, ou s'il fait preuve d'incompréhension en ne se référant pas à l'énoncé⁵² (Sachse, 1992c). L'énoncé suivant du client indique comment a été saisie la référence faite par le thérapeute.

Cette analyse n'est pas utilisée dans le présent travail car les niveaux de l'échelle du processus explicatif incluent en eux cette focalisation ou non sur le noyau des énoncés des clients⁵³.

2.6.4 Revue des études de Sachse : L'hypothèse de l'effet directionnel (« Steuerungshypothese »)

L'hypothèse centrale de plusieurs recherches de Sachse (1987) est que le traitement explicatif du client est dirigé par des propositions différenciées influençant non seulement les verbalisations conscientes, mais aussi les processus de mémorisation automatiques. Dans l'étude de 1987, les effets de ces propositions sur les modes de traitement de soixante clients selon différents types de références au contenu ont été étudiés. L'analyse séquentielle des triples a montré que des propositions thérapeutiques visant l'approfondissement conduisent à des modes de traitement plus profonds, alors que des propositions de niveau constant ou plus superficiel engendrent ce qu'elles impliquent chez le client. Cette observation constitue l'« effet directionnel ».

⁵² Si le thérapeute se réfère au noyau de l'énoncé, le client peut facilement saisir l'offre proposée. Une référence à un aspect périphérique renforce l'exigence pour le client et une référence à un énoncé antérieur beaucoup. L'incompréhension amène même l'intention de corriger le thérapeute.

⁵³ En effet, les niveaux de l'échelle du processus explicatif permettent une analyse quantitative, alors que l'analyse textuelle aborde la nature qualitative des énoncés. Cette étude a opté d'en rester au niveau quantitatif sans entrer dans les détails qualitatifs (inclus non explicitement dans l'analyse quantitative).

En 1991, Sachse et Maus ont étoffé ces résultats en démontrant que l'acceptation d'offres approfondissantes par le client est assez difficile, et celles de même niveau et plus superficielles respectivement de plus en plus facile, bien que ne soutenant pas alors un approfondissement du processus.

De plus, Sachse (1992b) a aussi analysé l'effet directionnel selon les types de références au contenu : lorsqu'un thérapeute se réfère à un contenu périphérique (en marge de l'idée principale de l'énoncé) ou à un contenu mentionné plus tôt par un client, l'effet directionnel approfondissant est certes présent, mais bien plus prononcé si ce sont des aspects centraux ou le noyau du message qui sont verbalisés. A l'inverse, en cas d'incompréhension, l'effet positif est très faible, voire inexistant : les énoncés du client se situent alors à des niveaux de plus en plus superficiels. La qualité de la compréhension empathique du cadre de référence du client et de son mode de fonctionnement internes par le thérapeute a donc une grande influence dans ce processus. En somme, si le noyau du message est mentionné, cela contribue de manière quasi optimale à la progression du processus de l'explication.

Par la suite, dans une analyse séquentielle de quatre-vingt séances de thérapie centrée sur la personne, Sachse (1993) a étudié les effets de l'expression verbale des interventions sur la communication entre le thérapeute et son client. L'analyse de paramètres verbaux comme la longueur, la clarté ou le contenu implicite véhiculé, a mis en évidence que si le thérapeute s'exprime clairement et succinctement, en expliquant sa pensée et en utilisant des constructions de signification de complexité moyenne, le client accepte et s'engage plus facilement dans les propositions de traitement. De plus, comme l'approfondissement s'avère de plus en plus complexe à mesure que le client s'y implique, il en découle qu'un traitement approfondi peut devenir plus superficiel si les interventions du thérapeute sont trop peu claires : autrement dit, plus le client travaille profondément, plus son processus explicatif est influencé par les propositions du thérapeute.

Dans une autre étude, Sachse (1990b) s'applique à montrer les difficultés rencontrées par des clients souffrant de troubles psychosomatiques lors de processus explicatifs. Il y est confirmé que les thérapeutes exercent une forte influence sur le traitement des clients, mais aussi que ces derniers parviennent moins bien à approfondir un contenu comparés à des patients non psychosomatiques, notamment parce que ces patients sont généralement distants vis-à-vis de leur vécu émotionnel : leur capacité

réflexive est fortement diminuée, leur corps subissant la « décharge » des contenus émotionnels déniés.

Ces résultats rappellent l'une des conditions de l'indication de la thérapie centrée sur la personne et des interventions ciblées : le client doit être capable, au moins partiellement, d'avoir accès à ses processus auto-référentiels pour s'engager dans un processus explicatif de ses déterminants internes.

En 1998, Sachse compare les modes de changements spécifiques suite à l'intervention du processus explicatif par quatre thérapeutes de quatre approches thérapeutiques : heuristique⁵⁴, psychanalytique, comportementale et la *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie* (ZGT).

Les résultats confirment l'influence de chaque thérapeute sur le processus explicatif du client. La thérapie comportementale et la thérapie heuristique révèlent des effets directionnels plus fréquents que les deux autres, s'expliquant par la qualité des offres en question. En effet, il s'agit de garder à l'esprit qu'avec trop d'offres de type approfondissant, les clients ne parviennent plus à suivre. Le suivi est plus fréquent si les offres sont de même niveau, ou tendent à rendre le contenu plus superficiel⁵⁵.

Par rapport au niveau d'explication auquel travaille le client, la thérapie comportementale se situe en général au niveau du « rapport », la psychanalyse à celui de l'explication profonde ou de l'intellectualisation, et les deux restantes majoritairement à celui de l'explication profonde. L'approfondissement est donc le plus rare dans la thérapie comportementale et le plus fréquent dans la ZGT.

De plus, les changements observables entre le début et la fin de la thérapie montrent que la psychanalyse travaille de plus en plus au niveau de l'intellectualisation⁵⁶ et que la thérapie comportementale reste à celui du rapport. La thérapie heuristique et la ZGT abordent des niveaux de plus en plus approfondis avec, pour la ZGT, de moins en moins d'offres de nivellement ou de même niveau⁵⁷.

⁵⁴ Dans la thérapie dite « heuristique », la perspective de clarification est plus importante que dans la thérapie comportementale mais moins que dans la thérapie centrée sur la personne car l'encouragement au traitement des émotions n'y représente qu'une des multiples interventions spécifiques que le thérapeute peut réaliser lors du processus thérapeutique.

⁵⁵ La thérapie comportementale a mené à 93.8% d'offres de même niveau ou de niveau plus superficiel ; la thérapie heuristique, à 68.3% ; la psychanalyse, à 73.3% ; et la *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*, à 51.7%.

⁵⁶ La psychanalyse révèle ici sa tendance à l'intellectualisation, au sens de développer des modèles explicatifs ne dérivant pas d'une clarification des schémas individuels, à la différence de la thérapie centrée sur la personne.

⁵⁷ La thérapie centrée sur la personne se situe généralement à un niveau minimum de 3 mais en travaillant majoritairement aux niveaux supérieurs. Pour le client, sa plus grande souffrance serait éprouvée aux niveaux 3, 4 et 5. Selon Stiles (1992, in Sachse, Lietaer & Stiles), la thérapie centrée sur la personne n'a besoin que des schémas propres au client, afin de comprendre ses expériences problématiques. Elle n'introduit aucun nouveau schéma

Ainsi, cette étude a confirmé que plus les offres sont approfondissantes, plus est faible l'influence directe sur le processus, justement parce qu'un approfondissement demande beaucoup de ressources aux niveaux cognitif et motivationnel : le rapprochement de schémas douloureux engendre de l'ambivalence et des réactions d'évitement (évitement permis explicitement par des offres nivelantes). Les thérapeutes ne peuvent pas prévoir l'influence de leurs offres et doivent toujours être flexibles quant à la situation du moment, ce moyennant de bonnes capacités de diagnostic procédural et de génération d'hypothèses.

L'étude expérimentale et analogue de Montini Lirgg (2005 ; Reicherts & Montini Lirgg, 2006) analyse, lors d'un entretien initial, les réactions de 60 clients face à différentes formes d'interventions approfondissantes (« processus explicatif » et « flèche descendante ») ou non spécifiquement approfondissantes, ainsi que leur impact cognitif et émotionnel. La pertinence des interventions approfondissantes est démontrée : le « processus explicatif » a moins d'impact *immédiat* que la flèche descendante, mais son influence semble cependant plus marquée une semaine après l'entretien. De plus, l'influence de ces interventions est aussi observable sur la motivation au changement et l'importance personnelle de la problématique vécues par les clients.

Les principaux résultats issus des micro-analyses relatives au processus explicatif sont résumés dans les points suivants (Sachse & Elliott, 2001) :

1. Les réponses du thérapeute influencent fortement le traitement du client. En moyenne, 50 à 60% des clients réagissent à l'approfondissement proposé par le thérapeute en intensifiant leurs efforts de traitement. En maintenant le niveau, 50 à 70% des clients restent aussi au même niveau, et 60 à 80% baissent leur niveau si le thérapeute le baisse aussi : le client a besoin d'aide pour les tâches de traitement de problèmes ; il est l'expert du contenu et le thérapeute guide de manière experte le processus.
2. Les clients travaillent assez rarement d'eux-mêmes de manière constructive et explicative : seulement 6 à 10% des clients approfondissent l'explication si le thérapeute reste au même niveau. Ce processus explicatif est difficile et génère de l'ambivalence, car approfondir le processus signifie faire face.
3. Les clients acceptent plus facilement des offres non approfondissantes que des approfondissantes : expériences ambivalentes pour les clients.

(comme le fait par exemple la psychanalyse ou la thérapie cognitivo-comportementale), mais vise uniquement l'élaboration du schéma idiosyncrasique.

4. La qualité et la précision de la compréhension du thérapeute facilite les effets de ses offres de traitement : si le thérapeute a compris le client et *ancré* ses interventions dans *sa* problématique, cela contribue à son processus de clarification. S'il ne comprend pas, le client n'accepte que rarement des offres approfondissantes (10-20%) : il faut que le client se sente compris par le thérapeute (qui sera forcément perturbateur si ses interventions sont abaissantes, qu'il le comprenne ou pas).

La synthèse générale du programme de recherche de Sachse met en évidence que les actions de chaque instant du thérapeute et la manière de les formuler ont des effets décisifs sur le type de traitement explicatif dans lequel s'engage le client. Chaque action exerce un effet directionnel spécifique et, en plus des attitudes d'empathie, de considération positive et de congruence, chacune est susceptible d'être un déterminant crucial du processus thérapeutique en cours. La compréhension et la réponse empathiques ne sont pas suffisantes pour produire des effets optimaux. Les interventions ciblées, dont le processus explicatif étudié ici, contribuent dans une large mesure, par des micro-séquences récurrentes, à la compréhension du cadre de référence interne et à l'épanouissement à plus long terme de la personne.

2.7 THÉRAPEUTES « NOVICES » ET « EXPÉRIMENTÉS »

2.7.1 Caractéristiques générales des thérapeutes « novices » et « expérimentés »

Le présent chapitre est consacré aux caractéristiques générales et spécifiques différenciant les thérapeutes dits « novices » de ceux dits « expérimentés ».

Zlotnick (1996), dans une étude sur les différences d'expérience entre les thérapeutes, conclut que les caractéristiques professionnelles facilement mesurables (formation, degré d'expérience, entraînement), sont souvent pensées comme critères utiles pour évaluer les effets thérapeutiques, mais un important corps de recherches indique que la relation n'est pas si forte. Ainsi, partant du fait qu'un niveau d'expérience élevé n'est pas forcément associé à une meilleure performance, l'attention est dirigée vers des caractéristiques plus complexes du thérapeute comme les attitudes, les cognitions, les réponses physiologiques et les émotions.

Meichenbaum (2004), au sujet de la notion d' « experts », rappelle que la littérature à ce sujet les différencie des thérapeutes « novices » selon trois domaines :

- Différences de *connaissances* incluant la connaissance déclarative (« knowing that », savoir nomologique) et la connaissance conditionnelle ou stratégique (savoir nomologique incluant les règles technologiques ; Perrez, 2005).
- Différences de *stratégies* (plan de résolution de problèmes et d'atteinte des buts), et capacité de guider l'intervention et de s'y ajuster. La connaissance des stratégies implique aussi les règles technologiques.
- Différences de *motivation* contribuant à l'engagement et à sa persistance.

Les facteurs contribuant à la variance de ces effets sont les facteurs relationnels, les caractéristiques des thérapeutes et les procédures spécifiques d'intervention.

Jennings et Skovholt (1999) ont étudié les caractéristiques cognitives, émotionnelles et relationnelles de dix thérapeutes expérimentés (21 à 41 années d'expérience) de différentes orientations thérapeutiques⁵⁸ (psychodynamique, humaniste, systémique et intégrative), identifiées par des méthodes en recherche qualitative. Les résultats suggèrent que ces thérapeutes :

- sont de voraces apprenants
- aspirent fortement à accumuler des expériences
- valorisent la complexité cognitive et l'ambiguïté
- sont réceptifs émotionnellement
- sont mentalement sains, matures et attentifs à leur propre bien-être émotionnel
- sont conscients de la manière dont leur santé émotionnelle a un impact sur leur travail
- possèdent de fortes compétences relationnelles
- croient en l'alliance de travail
- sont experts dans l'utilisation de leurs compétences relationnelles en thérapie

En somme, les auteurs rapprochent ces caractéristiques de celles liées au concept de « fully functioning person » de Rogers (1961). Surtout, ces résultats mettent en évidence l'intérêt d'explorer les caractéristiques

⁵⁸ Selon Najavits (1997), l'adhérence à une orientation peut être vue comme nécessaire pour définir l'expertise, mais le système de signification idiosyncrasique est à un niveau plus important.

émotionnelles et relationnelles en plus d'un regard exclusif sur le niveau cognitif du thérapeute, pour identifier leur expertise⁵⁹. C'est exactement ce dont la présente recherche tient aussi compte

Durant les vingt-cinq dernières années, les psychologues cognitifs ont mené des investigations systématiques sur les différences de résolution de problèmes dans une variété de domaines, et souvent les résultats montrent que les thérapeutes expérimentés possèdent plus de savoir spécifique à un domaine, organisent ce savoir dans des dimensions relationnelles abstraites et traitent l'information de manière qualitativement différente des novices (Mayfeld, Kardash & Kivlighan, 1999). Ces observations sont explicitées dans le sous-chapitre suivant.

2.7.2 Apprentissage et connaissance

Le développement et la formation du psychothérapeute est un processus d'apprentissage et d'acquisition de compétences cognitives complexes nécessaires à son expertise. Le thérapeute expert est typiquement capable de conceptualiser la problématique de son client, d'intégrer de l'information factuelle et de reconnaître les processus interpersonnels. Ainsi, selon Hillerbrand (1989), l'expertise est l'habileté à identifier et comprendre l'information entrante et de la traiter ensuite cognitivement dans le but de parvenir à une conclusion ou à une solution. En détails, pendant le processus thérapeutique, il s'agit donc de :

- reconnaître et sélectionner l'information historique et comportementale pertinente, ainsi que l'information sur soi-même ;
- évaluer l'information selon sa consistance interne, le sens commun et sa similarité avec des modèles internes de traitement, de personnalité ou de psychopathologie ;
- activer la connaissance pertinente en mémoire ;
- inférer et raisonner ;
- diriger l'attention vers des attitudes spécifiques du thérapeute et du client ;
- diriger ses objectifs vers le progrès et les effets thérapeutiques.

De cette description se dégagent trois composantes essentielles de la cognition : la représentation du problème, la reconnaissance de patterns et la métacognition⁶⁰.

⁵⁹ Pour Hayes (1985, in O'Byrne & Goodyear, 1997), le terme d'« expert » convient pour au moins dix ans de pratique, spécifique au domaine.

⁶⁰ Flavell (1979), définit la métacognition comme la conscience et le contrôle de ses propres processus cognitifs. Trois composantes y sont essentielles : les variables liées à l'individu (savoir sur soi et les autres), celles liées aux tâches (ressources cognitives applicables à la résolution de problèmes) et le monitoring de stratégies (quelle

En effet, dans l'élaboration de la représentation de la problématique du client, ce ne sont pas seulement les informations factuelles sur le client, mais aussi les connaissances du thérapeute, son propre comportement et ses processus cognitifs qui entrent en jeu.

Hillerbrand (1989), dans son analyse des différences cognitives entre thérapeutes experts et novices, montre que le savoir des experts est organisé dans des structures complexes et larges en mémoire, leur permettant de faire des inférences plus étendues, d'unifier des problèmes disparates superficiellement par des caractéristiques sous-jacentes subtiles et d'élaborer des jugements plus sophistiqués qualitativement. De plus, ce savoir rend les experts capables de manipuler l'information entrante dans des patterns reconnaissables et d'établir des liens entre ces informations et des représentations internes du problème. Ces capacités réduisent la pression sur le traitement cognitif en éliminant l'information non pertinente et en augmentant la capacité cognitive : l'attention peut être concentrée sur de nouvelles informations qui seront mieux encodées en mémoire. A ce propos, déjà Chi, Glaser et Farr (1988) notaient que les experts font preuve d'un plus haut degré d'automatisme, de pensée abstraite, de mises en liens, de transferts de compétences et de vitesse de traitement.

Anderson (1993) précise que le développement des processus cognitifs des experts commence par la connaissance déclarative, par laquelle des compétences complexes sont acquises et basées sur des concepts appris de manière délibérée et consciente, pour se diriger graduellement vers une routine et une connaissance procédurale contextualisée, plus automatisée, et hors de la conscience (voir aussi Hillerbrand & Clairborn, 1990).

Au début, la performance du novice est lente, car le savoir déclaratif doit être rappelé lentement, puis traduit dans des procédures pour l'action. Par la supervision et la pratique, cette traduction vient plus rapidement et la compétence peut alors être transformée en savoir procédural, qui est accédé en mémoire sans référence au savoir déclaratif. Les procédures acquises se généralisent et sont utilisées de plus en plus automatiquement. Les novices apprennent à discriminer des séquences de comportement, des manières efficaces d'organiser le savoir hiérarchiquement en mémoire ou encore quand telle procédure peut être utilisée (Anderson, 1982, 1993).

action permet d'accomplir un but). Parvenir à prendre conscience de ses propres processus cognitifs devrait amener à une plus grande « disponibilité » et à une capacité de se remettre continuellement en question. Elle serait une garantie de l'authenticité et éviterait certains biais dans les jugements cliniques (Turk & Salovey, 1985a, 1985b, 1986).

O'Byrne et Goodyear (1997) remarquent que pour les experts, les éléments de connaissances acquis deviennent de plus en plus interconnectés et l'information de plus en plus disponible dans des ensembles cohérents. L'information est organisée selon des schémas cognitifs construits à travers les expériences avec un type particulier de problèmes et utilisés ensuite comme « calibres » pour organiser l'information entrante. Pour Skovholt et Rønnestad (2003), les novices n'ont pas encore trié, organisé hiérarchiquement et internalisé les informations conceptuelles complexes qui doivent être comprises pour intervenir de manière optimale.

Becker et Sachse (1998) insistent aussi sur l'importance de la base de savoir du thérapeute. En effet, plus celui-ci en possède, plus il lui sera facile de reconstruire le pensé du client, de former rapidement des hypothèses, à la fois plus ciblées et plus structurées. Ainsi, la compréhension est d'autant plus adéquate, profonde et rapide, que la base de savoir est élaborée, structurée et disponible.

Voss, Greene, Post et Penner (1983, in Martin, Slemon, Hiebert, Hallberg & Cummings, 1989) résument les effets de l'expérience sur les structures cognitives humaines et les processus de conceptualisations comme étant de trois sortes :

- elle augmente la totalité de savoir dans des domaines spécifiques
- elle forge une plus grande intégration du savoir dans des domaines spécifiques
- elle mène à un développement d'une sorte de structure organisée et hiérarchique dans la base de savoir

De plus, les experts possèdent aussi un savoir de métacognition. C'est-à-dire qu'ils ont connaissance de leur propre traitement cognitif, sont conscients de leurs ressources et de leurs capacités : ils sont habiles à vérifier, planifier, diriger, tester et évaluer des processus impliqués dans le traitement cognitif, comme l'attention, la mémoire, la connaissance et la compréhension (Hillerbrand, 1989).

2.7.3 Différences de conceptualisations de cas entre thérapeutes novices et expérimentés

La conceptualisation des clients est une des compétences importantes pour les thérapeutes, qui prennent en compte de vastes données (symptômes, passé familial, etc.) et organisent l'information dans un modèle du client. L'étude de Martin et al. (1989) corrobore les observations ci-dessus. Ces auteurs ont analysé des conceptualisations de cas par 11 thérapeutes

expérimentés (au moins 4 ans d'expérience) et 12 novices (2^e année de formation, avec quelques expériences informelles auparavant), soit selon le processus thérapeutique général (stimulus général : *Qu'est-ce qui aide généralement le client à changer durant la thérapie ?*), soit selon les problématiques spécifiques des clients (stimulus spécifique : *Quelles sont les choses les plus importantes à considérer en regard du problème du client ?*) ce au moyen d'une tâche conceptuelle en deux parties (associer librement des mots ou des phrases sur des post-it, puis ranger les associations produites dans des cartes (ou réseaux) conceptuelles. Leurs résultats mettent en évidence un effet d'interaction entre le niveau d'expérience et la généralité de la tâche conceptuelle sur l'étendue des conceptualisations : les sujets expérimentés font des conceptualisations plus étendues sur le processus thérapeutique général et moins étendues sur les conceptualisations spécifiques. Ils seraient capables d'abstractions larges de par leur connaissance générale de la thérapie (spécifique à ce domaine), qu'ils utilisent adéquatement pour conceptualiser les caractéristiques spécifiques de la problématique du client de manière efficiente et parcimonieuse. Ces conceptualisations abstraites permettent aux experts de reconnaître rapidement les éléments de surface essentiels dans un contexte donné et de transformer ces caractéristiques de surface dans des schémas plus abstraits. Autrement dit, ils manient des principes psychologiques essentiels à des niveaux plus profonds. Les novices, qui manquent d'un tel savoir abstrait et de schémas, s'engagent dans un travail conceptuel plus étendu avec chaque client en focalisant plus sur les détails superficiels spécifiques à chacun, sans pouvoir s'appuyer sur des connaissances thérapeutiques générales plus larges et se centrer sur des aspects cruciaux.

Une autre étude semblable à la précédente (mais basée sur la transcription d'une séance), celle de Mayfeld et al. (1999) portant sur les différentes structures de savoir sur les clients et la représentation mentale, montre aussi que les novices forment plus de catégories basées sur l'ordre temporel des énoncés des clients. Les caractéristiques structurales de leurs cartes conceptuelles sur les clients montrent des représentations simplistes, hiérarchiques et linéaires, contenant peu de liens entre les catégories. Les cartes des expérimentés sont plus complexes, décrivent de multiples relations associatives et réciproques entre les concepts. Dans cette recherche aussi, les novices focalisent plus les caractéristiques idiosyncrasiques et les expérimentés plus les similaires.

Les auteurs expliquent le fait que les expérimentés ont mieux intégré les réseaux sémantiques d'information selon la « spreading activation »

(Collins & Loftus, 1975), les relations réciproques agissent comme des liens forts dans les réseaux sémantiques et mènent à une plus grande flexibilité dans leurs évaluations.

Dans le même ordre d'idées, Geller, Lehman et Farber (2002) ont analysé les représentations que les thérapeutes ont de leurs clients. Par l'entraînement et l'expérience, les thérapeutes acquièrent une aire de représentations plus ou moins coordonnées de patients similaires ou dissimilaires. Ces structures de représentations généralisées tendent à organiser la construction de modèles mentaux de nouveaux patients, mais peuvent aussi potentiellement biaiser les processus perceptifs et cognitifs impliqués, surtout si les éléments préconscients ou non conscients de ces prototypes n'ont pas été thématés. Pour les auteurs, les thérapeutes non expérimentés ont de plus grandes difficultés à écouter d'une manière ouverte et pandirectionnelle que les expérimentés, car ils élaboreraient des représentations contenant des informations sensorielles moins étendues. Découlant de cela, les thérapeutes expérimentés tendent à établir des relations plus fines que les moins expérimentés, ces derniers pouvant être aussi influencés par l'anxiété engendrée par une intimité thérapeutique non habituelle.

2.7.4 Complexité cognitive et flexibilité cognitive

L'élaboration pertinente d'une base de savoir et de conceptualisation des problématiques des clients ne peut faire l'impasse sur l'implication du niveau de complexité et de flexibilité cognitives dans ces processus.

Spengler et Strohmmer (1994) ont mené une étude avec 119 psychologues de conseil, âgés entre 31 et 70 ans. Ils leur ont présenté deux vignettes de cas différentes présentant une personne schizophrène dont seul le niveau de quotient intellectuel (QI) différait d'une vignette à l'autre. La tâche demandée était de déterminer dans quelle mesure le client pouvait souffrir de troubles particuliers (dépression, psychose, paranoïa, troubles de la personnalité, etc.), et dans quelle mesure il pouvait bénéficier d'une psychothérapie et/ou de médication. Le niveau de *complexité cognitive* a été calculé en comparant le nombre de termes redondants utilisés par le sujet pour évaluer chaque client. Les résultats révèlent une différence significative de niveau de complexité cognitive entre les psychologues, face à la personne présentée avec un QI de 58, mais pas pour celle présentée avec le QI de 108. Selon les auteurs, c'est bien la différence de complexité cognitive, et non la préférence pour un client, qui modère les

processus cognitifs et mène à des biais dans les jugements cliniques⁶¹ : en effet, les personnes de faible complexité cognitive sont moins enclines à diagnostiquer et proposer un traitement pour un trouble psychologique lorsque le client est présenté avec un retard mental que lorsqu'il est présenté avec une intelligence moyenne.

Ainsi, la complexité cognitive implique un système plus différencié de dimensions pour percevoir l'attitude d'autrui (von Eye, 1999). Un thérapeute avec une complexité cognitive élevée a tendance à poser un plus grand nombre de questions, à considérer plus d'hypothèses et à élaborer des jugements cliniques plus pertinents qui tendront moins à ne se centrer que sur une seule source d'information, au détriment d'autres. Un tel thérapeute est plus apte à utiliser de l'information contradictoire concernant le client, cherche et intègre plus d'informations, tout en montrant moins de stratégies de simplification cognitive qui sous-tendent des erreurs dans le jugement clinique⁶².

Pendant à la complexité cognitive, Vogel (1993), dans son analyse des processus de décision dans la planification et l'improvisation lors du processus thérapeutique, définit la *flexibilité cognitive* comme la capacité de garder à l'esprit différents aspects thérapeutiques dans un vécu d'insécurité. L'expérience n'améliore pas seulement la sensibilité psychologique, l'attention personnelle subjective ou la sécurité personnelle, mais aussi la flexibilité cognitive (Tscheulin, 1992). Cette dernière permet notamment de plus se concentrer sur les sentiments et émotions des clients que sur les circonstances externes. A noter que les caractéristiques personnelles⁶³ et les manières d'être thérapeutiques peuvent compliquer, voire rendre impossible une telle flexibilité, surtout dans des situations peu claires ou non familières, comme cela peut être le cas dans la présente recherche.

⁶¹ Surtout en ce qui concerne l'« overshadowing » (faire l'impasse sur certains signes) : un client avec un retard mental sera moins facilement diagnostiqué et traité pour un trouble comorbide qu'un client sans trouble mental mais présentant exactement les mêmes symptômes.

⁶² McLennan, Twigg et Bezant (1993) ont voulu cerner la relation éventuelle entre le niveau de complexité de système de représentation de thérapeutes et leur effectivité durant l'entretien. Leurs résultats ont confirmé que le niveau de performance du praticien est relié à son niveau de complexité cognitive : ce dernier leur semble être plus une qualité dynamique caractéristique d'un entretien particulier plutôt qu'un trait stable de la personne.

⁶³ Tscheulin (1992) note aussi qu'un facteur influençant cette flexibilité est la capacité de performance intellectuelle du thérapeute.

2.7.5 Stratégies et focalisation

A partir de l'exposition des différentes formes de connaissance des thérapeutes novices et expérimentés, il est possible d'en esquisser maintenant certaines de leurs stratégies dans leurs conceptualisations des problématiques des clients. Selon Patel et Groen (1986, 1991), les experts partent d'un pattern d'informations vers une conclusion attendue en reconnaissant rapidement les aspects pertinents d'un problème et en accordant moins d'importance à ses aspects superficiels. A l'inverse, les novices débutent par un but spécifique ou une conceptualisation théorique du client pour aller vers les faits.

L'expérience de O'Byrne et Goodyear (1997) porte sur le nombre et le type d'informations que les thérapeutes experts et novices recherchent sur le client pour former leurs impressions cliniques. A partir d'une brève description, ils doivent déterminer quelles questions leur semblent nécessaires pour poser un diagnostic et un plan de traitement. Leurs résultats révèlent qu'ils ne diffèrent pas selon leur confiance en leur évaluation, mais les experts demandent significativement plus d'informations et se focalisent moins sur les aspects de crise de la situation du client, car il leur importe de discerner la structure sous-jacente au problème du client. Possédant des schémas nombreux et développés avec lesquels lier les informations sur le client, ils auraient besoin de plus d'informations pour déterminer l'adéquation avec les structures cognitives existantes. En d'autres termes, ils évalueraient plus de descriptions de symptômes avant de se sentir satisfaits d'une représentation de la structure sous-jacente au problème du client.

De leur côté, les novices attachent plus d'importance aux aspects superficiels, parce qu'ils se centrent sur les aspects de crise du problème du client plutôt que sur son niveau caractéristique de fonctionnement. De plus, ils tendent à interpréter des aspects non pertinents comme basiques, parce qu'ils conceptualiseraient le client en termes de ce qu'il présente initialement plutôt qu'en termes de ses problématiques plus importantes sous-tendant sa présentation.

L'apprentissage implique d'acquérir la capacité d'utiliser certains types de réponses thérapeutiques, avant de les ajouter à son propre répertoire. A ce sujet, Tracey, Hays, Malone et Herman (1988) ont mené une recherche en microcounseling dans laquelle 67 thérapeutes, répartis en trois niveaux d'expérience (0 à 1 an de pratique, plus d'un an et au moins 2 ans), devaient répondre par écrit à 21 interventions de clients différents. Leurs

résultats illustrent que l'expérience est reliée à l'utilisation (plus fréquente) de réponses-clé (par exemple, la confrontation) qui reflète l'*acquisition de la réponse*, et à une plus grande flexibilité dans la réponse, reflétant l'*acquisition de la stratégie*. Ces auteurs mettent en évidence qu'il s'agit de passer de l'apprentissage de la *manière* de produire une réponse à celui de *savoir quand* il est bénéfique de l'utiliser : cela requiert d'avoir une variété de réponses à disposition qu'il faudra adapter selon le comportement ou la disposition affective du client.

2.7.6 Structure du problème

Il est important de souligner que la nature de la structure du problème proposé aux thérapeutes novices et expérimentés a toute son importance. Effectivement, une telle structure est évidemment plus difficile à obtenir en psychologie clinique où les définitions changent tout le temps et où il s'agit de constructions hypothétiques. Par rapport aux diagnostics purement médicaux, par exemple, la reconnaissance des patterns y est bien moins certaine.

En psychothérapie, les solutions sont à multiples facettes et chargées de valeurs, et par là peuvent en même temps limiter les évaluations et les conceptualisations de cas de manière très sélective. Comme le précisent Skovholt et Rønnestad (2003), les patterns de pensée ne sont pas linéaires, logiques ou séquentiels et il s'agit de se préparer à l'ambiguïté.

Ainsi, partant du fait que les thérapeutes expérimentés possèdent généralement des schémas efficaces – les avantageant en termes d'économie de temps et d'énergie, et de confiance ressentie – il s'agit de se demander si la préexistence d'un tel savoir organisé, abstrait et automatisé dans son activation, facilite ou détériore l'effectivité de l'évaluation thérapeutique. Par exemple, Brammer (1997) remarque qu'en rencontrant des variantes de problèmes typiques, le processus d'investigation risque d'être prématurément arrêté.

Patel et Groen (1991) trouvent à juste titre que les cliniciens médicaux experts sont meilleurs que les novices à condition de travailler avec des problèmes normalement structurés. Ils remarquent que si la structure du problème change, les novices poursuivent leur stratégie de raisonnement sans changement significatif dans leur niveau de performance et que celui des plus expérimentés s'abaisse à celui des novices. De même, Hillerbrand et Clairborn (1990) notent que, pour le jugement psychologique et le diagnostic, lorsque les patterns diagnostiques deviennent moins consistants

avec les patterns réalistes de diagnostic, les processus cognitifs des sujets deviennent moins performants⁶⁴.

Vogel (1993) note qu'il y a des liens entre la flexibilité cognitive (voir sous-chapitre 2.7.4, p.71) et la capacité de tolérance envers l'imprécision ou l'ambiguïté des informations. L'inverse est la rigidité, en tant qu'intolérance à l'ambiguïté et besoin excessif d'ordre et de planification du déroulement thérapeutique (il faut une interaction adéquate entre schémas et flexibilité cognitive).

2.7.7 Temps

Les thérapeutes expérimentés possèdent un répertoire de schémas efficaces les rendant plus rapides pour réaliser certaines tâches. Quant à eux, les novices, qui font plus attention aux détails de surface, requièrent plus de temps pour traiter l'information, ce qui peut indiquer que leurs schémas sont effectivement moins développés et leurs compétences liées à la structuration et à l'apparition linéaire des informations du client (Mayfield et al., 1999).

Chi et al. (1988) font également référence au savoir procédural étendu et aux compétences automatisées des thérapeutes expérimentés pour expliciter leur rapidité pour certaines tâches spécifiques à un domaine. De plus, en percevant des patterns plutôt qu'en focalisant sur les facettes individuelles du problème, les thérapeutes expérimentés prennent aussi moins de temps pour parvenir à une solution (Brammer, 1997). Ainsi, le temps pris pour intervenir auprès d'un client peut être considéré comme une mesure de la compréhension conceptuelle.

Par rapport à la structure du problème, il s'en suit que les expérimentés seraient plus rapides pour la résolution de problèmes de routine dans un domaine, mais un peu plus lents que les novices s'ils sont confrontés avec des problèmes difficiles ou peu structurés. Cette observation a son importance pour interpréter les éventuelles différences observées dans les temps de réaction et de parole des sujets de la présente étude, ainsi que la qualité de leurs interventions.

⁶⁴ A noter que Najavits (1997) postule que la combinaison d'une théorie thérapeutique explicite et d'une *théorie implicite* rendra compte de plus de variance qu'une seule théorie explicite dans l'étude des processus et effets psychothérapeutiques. L'auteur présente des études et arguments en faveur de la présence et la relation entre des croyances athéoriques du thérapeute et son niveau d'expertise : plus les théories implicites correspondent à l'explicite, plus le niveau d'expertise peut être élevé.

2.7.8 Qualité de la réponse thérapeutique et perception du client

Dans l'étude de Lafferty, Beutler et Crago (1989), consacrée aux différences entre thérapeutes plus ou moins effectifs, trente thérapeutes de différentes orientations (psychodynamique, éclectique, centrée sur la personne, comportementale) ont été assignés à deux groupes différents selon que le changement de la symptomatologie de leurs clients ($n = 60$) indiquait plus ou moins d'amélioration au long de la thérapie ($m = 17.48$ séances). L'un de leurs résultats met en évidence que les thérapeutes moins efficaces s'avèrent caractérisés par des niveaux plus faibles de compréhension empathique. De plus, les thérapeutes moins effectifs et moins empathiques *perçoivent* leurs clients comme plus impliqués dans le traitement et comme faisant plus de progrès. Ils peuvent se tromper dans leurs évaluations en raison de leur perception d'un *besoin* de stimuler une implication continue dans le processus ou de fournir plus de directivité et de soutien, s'estimant eux-mêmes comme plus directifs et soutenant que les thérapeutes les plus efficaces.

Hillerbrand (1989) prend justement l'empathie comme exemple de la difficulté de la tâche demandée aux thérapeutes novices. En effet, selon l'auteur, il s'agit d'apprendre à générer une réponse empathique en mémorisant une phrase générique de type « j'entends que vous dites... ». Pour le faire, il faut se rappeler l'énoncé du client et toutes ses implications, et placer adéquatement le sentiment voulu dans son intervention. Cela s'avère très exigeant au niveau cognitif, et interfère avec l'utilisation d'autres compétences (comportementales, cognitives, affectives, relationnelles), surtout au début de la pratique.

Dans leur étude sur les changements des réponses thérapeutiques en fonction de l'expérience, Tracey et al. (1988) citent quelques études indiquant que les novices montreraient des niveaux plus faibles de regard positif et, généralement, une qualité de réponse moins élevée. Corroborant cela, Tausch (1979) montre effectivement que les thérapeutes novices manifestent moins de chaleur émotionnelle et de considération positive et réagissent plus avec rejet, sûrement contre leur gré, des attitudes du client pouvant par exemple provoquer de l'anxiété.

2.7.9 Etat affectif et émotionnel

La nature de l'état affectif des thérapeutes, leurs émotions et la manière dont ils les perçoivent différencient également les « novices » des

« expérimentés » durant leur travail. L'identification et le report de ses propres émotions fait partie des compétences thérapeutiques importantes à développer. Pour Martin et al. (1989), l'étude des affects et l'implication personnelle dans la relation thérapeutique a son sens, car ils font partie des opérations cognitives d'ordre supérieur.

Par rapport aux valeurs des thérapeutes, Lafferty et al. (1989), notent que les thérapeutes moins efficaces ont tendance à être plus concernés par leur propre implication dans le processus thérapeutique, que par les qualités liées à l'altruisme, nécessaires pour une authentique compréhension empathique et l'offre de soutien.

A propos des croyances implicites, Najavits (1997) montre aussi que plus la discrepancy entre le point de vue actuel et le point de vue idéal des thérapeutes sur eux-mêmes est grande, plus l'expérience subjective de difficultés dans la thérapie est grande et plus leur évaluation subjective de leurs propres capacités est faible. Selon Brammer (1997), la tendance des experts à automatiser leurs procédures explique en partie leur confiance parfois excessive, car moins d'informations sont requises pour établir des évaluations, les patterns étant vite identifiés.

Nutt-Williams et Hill (1996), ont analysé la relation entre le « self-talk » de 31 thérapeutes novices (en formation et de différentes orientations thérapeutiques) et des variables liées au processus thérapeutique. Les sujets écoutaient une séance thérapeutique tout en complétant une procédure de listing de pensées et des mesures liées au processus. Leurs résultats ont notamment révélé que le fait de se parler à soi est relié aux perceptions du processus thérapeutique de sorte que lorsque les thérapeutes pensent négativement sur eux-mêmes, ils se perçoivent comme moins aidant (que ne le pensent en général les clients) et pensent que leurs clients réagissent plus négativement. Le self-talk peut donc aider à atteindre des buts, mais risque aussi d'altérer les perceptions de soi et du monde.

Etant en formation, les novices sont plus enclins aux pensées négatives sur leur performance et plus critiques envers leurs interventions. De plus, les thérapeutes ne perçoivent pas toujours bien les réactions des clients, surtout les négatives (Hill, Thompson, Cogar & Denman III, 1993 ; Hill, Thompson & Corbett, 1992 ; Rennie, 1992 ; Thompson & Hill, 1991). Par exemple, étant focalisé sur ce qu'ils font faux, ils peuvent penser que le client perçoit négativement l'interaction. Nutt-Williams et Hill (1996) en concluent que le self-talk aide à distinguer les processus en cours chez le client, à reconnaître ses propres distorsions cognitives ou à gérer l'anxiété.

Par manque de conscience de ses expériences internes pendant la séance, il n'y a pas de vérification ou d'équilibre des influences liées au propre état affectif et émotionnel du thérapeute. Si sa conscience est trop vive, ce dernier peut se sentir paralysé et incapable d'agir, son attention étant dirigée en dehors du client. En somme, le développement de l'ego a un impact sur les affects, car en aidant à former des conceptualisations complexes et différenciées, il y a réduction des pensées négatives sur soi et les clients.

En face du thérapeute novice se trouve une personne qui parle de son histoire personnelle, réelle, souvent de manière vague et ambiguë. Le novice doit intervenir auprès d'elle, prendre des décisions cliniques alors qu'il se trouve souvent dans la confusion (liée à son absence d'expérience). Cette confusion et la non-familiarité avec le client engendrent des niveaux élevés de dissonance cognitive et émotionnelle.

Pour Skovholt et Rønnestad (2003), l'anxiété a une influence sur la performance, car l'attention ne peut pas être dirigée de manière optimale vers le client, mais plutôt vers la réduction des effets externes visibles (tremblement, mains moites, voix tremblante, etc.). A cela s'ajoute la crainte de ne pas savoir que dire en réaction à une problématique spécifique du client. A nouveau, en plus du développement de compétences cognitives, il s'agit d'acquérir la capacité d'expérimenter, de comprendre, de réguler et d'exprimer les émotions à un niveau qui facilite, et non altère, le processus thérapeutique. Les novices éprouvent toute une série d'humeurs, comme de l'enthousiasme, du soulagement ou du courage durant leur travail, mais aussi la peur, la frustration, l'insécurité, etc. L'expérience permet de vivre la situation actuelle de manière qu'elle affine les perceptions du thérapeute et sa compréhension de toutes les situations subséquentes. Jusqu'à ce que l'expérience apporte une carte cognitive interne, le novice risque de vivre un stress élevé d'insécurité.

2.7.10 Expérience et expertise

Il s'agit ici de préciser les différences entre « expérience » et « expertise », cette étude n'impliquant pas de thérapeutes dits « experts » au sens strict⁶⁵. En revanche, elle se focalise sur des niveaux d'expériences variés en incluant des étudiants de différents niveaux de formation académique en psychologie clinique et des thérapeutes en formation post-grade (voir la

⁶⁵ Selon Martin et al. (1989), l'expertise implique, entre autre, une interaction complexe entre la connaissance acquise par l'expérience répétée dans un domaine particulier et les processus et stratégies cognitifs impliqués dans chaque situation particulière.

description détaillée des groupes, chapitre 4.1, p.95). Cette répartition distingue des « thérapeutes » (très) novices et des plus expérimentés, bien que loin de ce qui est qualifié d'expertise. Skovholt et Rønnestad (2003) notent à juste titre que l'âge et l'expérience réduisent l'effet d'être novice. Un thérapeute ne serait pas autant « novice » selon qu'il débute sa formation à l'âge de 25 ans ou à la quarantaine.

Les résultats de Brammer (1997) concernant le type de questions que 138 psychologues et étudiants en psychologie posent à un client, montrent que l'expérience et le niveau académique influencent leur mode de questionnement, mais non l'efficacité à générer ou analyser les questions. Pour l'auteur, l'expérience et l'entraînement (différenciés dans ce travail) jouent un rôle significatif dans le processus d'investigation que les psychologues utilisent pour évaluer un client, menant ainsi à des conclusions différentes selon la nature du processus d'évaluation de chacun.

Enfin, Rønnestad & Orlinsky (2006) ont mené une importante étude sur la manière dont les thérapeutes font l'expérience de leur travail avec les clients et sur l'impact de leur développement professionnel sur ces expériences. Ils en concluent que la supervision et la thérapie personnelle (voir notamment Macran, Stiles & Smith, 1999), sont les sources principales du développement professionnel pour tous les psychothérapeutes. Elles soutiennent la motivation et la stimulation pour l'évolution propre, ainsi que le processus d'une réflexion continue à propos de sa pratique.

3. QUESTIONS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

3.1 OBJECTIF CENTRAL

La recherche empirique et scientifique, et les avancées théoriques de diverses écoles de pensée, notamment en thérapie centrée sur la personne, ont confirmé que des niveaux élevés d'« experiencing⁶⁶ » du client sont reliés positivement au changement. Il s'agit de déterminer quelles sont ces variables et quand et comment la promotion de cet « experiencing » peut être facilitée ou au contraire lésée (Wiser & Arnou, 2001 ; Orlinsky & Howard, 1986). La présente étude interroge la manière dont les thérapeutes « répondent » aux clients, dans l'intention de favoriser cette « expérience des émotions » chez eux, et de contribuer ainsi au succès thérapeutique.

Basée principalement sur les études de Sachse (1984, 1990a, 1990b, 1990c, 1992a, 1992b, 1992c, 1993, 1996b, etc.) et focalisée sur les processus explicatifs en thérapie centrée sur la personne, cette recherche analyse la manière dont des personnes (thérapeutes en formation et étudiants en psychologie) de différents niveaux d'expérience thérapeutique pratique, agissent face à un client (filmé en situation réelle) lors d'un processus de traitement explicatif. A partir de l'intervention verbale « explicative » formulée par ces thérapeutes, ainsi que par rapport à différentes variables liées à la perception de caractéristiques internes (charge cognitive, charge affective, résonance empathique perçue) et externes (perception du fonctionnement du client, conditions extérieures, etc.), une différenciation et une description de certains processus cognitifs et affectifs des sujets est visée.

Certains chercheurs en psychothérapie (Machado, Beutler & Greenberg, 1999) avancent que la méthode consistant à placer des thérapeutes face à des acteurs plutôt que face à des clients en situation réelle, peut selon eux être biaisée, par le fait que certains indices verbaux et non verbaux subtils ne puissent être adéquatement reproduits. Il est possible, effectivement, que la véracité en soit affectée, mais cette méthode montre encore actuellement sa pertinence dans différents programmes de recherche. Dans le cadre expérimental de cette recherche, la situation proposée aux sujets n'est pas réelle, cependant, le matériel qui leur est proposé, à savoir se trouver en face de personnes filmées en temps réel, est tiré de situations

⁶⁶ Etat particulier d'engagement affectif dans lequel les systèmes de signification et de croyance associés à l'expérience affective sont explorés activement et utilisés pour résoudre de façon nouvelle des problèmes personnels significatifs.

authentiques, dont des séquences ont été choisies selon leur correspondance aux critères expérimentaux définis a priori.

Des groupes de personnes de différents niveaux d'expérience thérapeutique pratique ont été choisis, car le matériel, le processus et l'analyse expérimentaux déterminés devraient permettre de dégager lesquelles et de quelle qualité sont les compétences thérapeutiques présentes ou absentes chez les sujets. Cela amène à dégager certaines des connaissances et des compétences à développer pour des thérapeutes novices au début de leur formation. De plus, ces groupes présentent l'avantage d'être plutôt homogènes quant à leur niveau de formation et d'expérience respectifs.

Selon le schéma 1.1 présenté au sous-chapitre 1.3.2 (p.8), l'analyse expérimentale porte sur deux niveaux. Le niveau le plus objectif et objectivable concerne celui des micro-unités d'interactions verbales entre thérapeute et client :

$$C_1^{67} \Rightarrow T_1 \Rightarrow C_2 \Rightarrow T_2 \Rightarrow C_3 \Rightarrow T_3$$

Une telle analyse séquentielle permet d'articuler le changement de la qualité des interventions des thérapeutes (variables de base et niveau de l'offre de traitement explicatif).

Le deuxième niveau est plus difficilement objectivable, car il cible les représentations internes du thérapeute (T_1' , etc.) quant à son propre mode de fonctionnement, au mode de fonctionnement du client, et au processus et à la relation thérapeutiques :

$$\text{Niveau des représentations : } T_1' \Rightarrow T_2'$$

$$\text{Niveau des comportements manifestes : } C_1 \Rightarrow T_1 \quad C_2 \Rightarrow T_2$$

Il s'agit de cerner les modalités et les variables procédurales du thérapeute impliquées dans l'articulation ci-dessus. La méthode choisie est la présentation d'une série de questions, portant sur différentes dimensions (« mediating variables ») dont est postulée l'importance manifeste dans cette tentative de « modélisation d'explication » donnant un certain accès aux intentions sous-jacentes des sujets. Sachse (1992b) mentionne d'ailleurs la nécessité de recourir à une procédure expérimentale pour

⁶⁷ C1 représente la première intervention verbale du client, T1 la première du thérapeute, etc.

s'approcher de ces processus internes, les seuls inputs et outputs des interventions verbales de l'interaction ne suffisant pas. De plus, ce déroulement expérimental cible des micro-analyses dans le sens que ce sont de brèves dyades interactionnelles qui sont considérées, dans l'optique de cerner les effets *immédiats* de l'énoncé des clients sur les interventions des thérapeutes novices.

L'objectif central est la qualification des interventions manifestes des thérapeutes en les mettant en lien avec les variables médiatrices liées à leurs processus internes, et d'aboutir à une esquisse globale des différentes caractéristiques inhérentes à la compréhension, l'évaluation et la perception des « thérapeutes » de différents niveaux d'expérience, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de leurs réponses au cours de l'expérience et après un entraînement pratique.

3.2 QUESTIONS DE RECHERCHE

La diversité des groupes de sujets permet d'avancer des hypothèses à plusieurs niveaux.

L'analyse principale porte sur une comparaison *inter-groupe*, dans le but d'évaluer les différences et les ressemblances rencontrées selon différentes caractéristiques internes et externes et selon la qualité des interventions proposées par les sujets. Découlant de cela, des comparaisons *intra-groupes* seront menées également.

3.2.1 Qualité des interventions thérapeutiques

Le premier abord concerne la qualité des interventions thérapeutiques formulées. En 1993, Sachse a étudié l'influence de différents paramètres verbaux des interventions thérapeutiques (par exemple, la longueur, la clarté, le caractère implicite des énoncés) pour déterminer la manière dont ils affectent la capacité de 80 clients (âgés de 25 à 63 ans) d'utiliser et de bénéficier d'interventions pertinentes. Il a pu montrer que la façon dont les thérapeutes formulent leurs interventions verbales influence l'effet bénéfique sur le processus thérapeutique. Si les thérapeutes s'expriment brièvement et clairement, qu'ils offrent à leurs clients des interventions de complexité (dans leur signification) moyenne, il y a de bonnes chances pour que la capacité des clients ne soit pas trop chargée et qu'ils puissent comprendre, accepter et utiliser ces propositions de traitement.

Ainsi, un langage thérapeutique optimal devrait se caractériser par une intervention concise, compacte, restreinte en complexité et compréhensible. De plus, l'exigence ou la demande qui y est liée devrait être claire et exprimée de façon explicite à travers les différents canaux verbaux et non verbaux.

De plus, Sachse (1992b) affirme que, bien que la longueur de son intervention ne devrait pas être trop importante, le thérapeute devrait « s'accorder du temps », car cette compréhension ne s'obtient pas de force et ne dépend pas de règles abstraites, mais de ce que l'individu comprend à tel moment. De plus, comme il l'a déjà été mentionné, par rapport aux variables de base, les thérapeutes novices tendent à manifester moins de chaleur émotionnelle et de considération positive (Hillerbrand, 1989 ; Lafferty, Beutler & Crago, 1989 ; Tausch, 1979 ; Tracey et al., 1988).

Question 1 : *Comment se caractérise chaque énoncé des sujets aux niveaux de son temps de réaction, sa longueur⁶⁸ et sa qualité thérapeutique en fonction des variables de base (empathie⁶⁹, congruence et authenticité) et du niveau du processus explicatif (ces variables incluant implicitement en elles une évaluation de la complexité, de la clarté et de la demande liée à l'intervention) ?*

3.2.2 Effet directionnel des modes de traitement explicatif des clients

Les hypothèses relatives à ce thème de recherche sont explorées selon des mesures objectives, qui se rapportent à l'évaluation par des juges externes de la qualité des interventions des sujets, et des mesures subjectives, évaluées par les sujets selon des séries de questions qui leur ont été présentées.

L'hypothèse de l'effet directionnel des interventions des thérapeutes (cf. sous-chapitre 2.6.4, p.61) a été confirmée par plusieurs études de Sachse

⁶⁸ Wisner et Goldfried (1993) montrent que plus le thérapeute parle, moins le client peut se tourner vers son intérieur, vers son experiencing émotionnel. De plus, ils ont établi que les thérapeutes cognitivo-comportementaux passent de 32% à près de la moitié du temps à parler pendant les séances, probablement car dans les moments « forts », le but est de niveler l'affect du discours irrationnel pour promouvoir un changement vers une perspective « objective ».

⁶⁹ A noter que Vanaerschot (1993), dans son article consacré à l'empathie comme favorisant différents micro-processus chez le client, souligne que la réponse du thérapeute est dirigée vers la source d'où les mots arrivent et non vers les mots eux-mêmes. Il fait une référence directe à la signification ressentie. Le client, en entendant le thérapeute répéter ses phrases, a l'opportunité de laisser résonner ses propres mots, d'être plus en contact avec son experiencing ressenti, et peut articuler plus rapidement et clairement ce qu'il veut exprimer.

utilisant l' « échelle de traitement explicatif » présentée au sous-chapitre 4.4.1 (p.104) (Sachse, 1990b ; Sachse & Maus, 1987, 1991) : les types d'interventions des thérapeutes ont une influence significative sur les modes de traitement explicatif du contenu des clients. Dans le cadre de cette recherche, c'est la question complémentaire qui est posée :

Question 2 : *Est-ce que les énoncés des clients, i.e. les différents niveaux de traitement explicatif des clients, ont une influence significative sur les types d'offres de traitement explicatif des thérapeutes ?*

Le matériel expérimental de cette étude est notamment caractérisé par des séquences pour lesquelles le niveau de départ du processus explicatif du client est soit plutôt élevé, soit plutôt bas (voir sous-chapitre 4.2, p.97). Sachse (1992a) a étudié les effets différenciés de propositions de traitement sur le processus explicatif de clients âgés entre 22 et 51 ans dans différentes conditions de départ, à savoir une « préparation à l'explication » élevée versus basse. Ses résultats confirment que les thérapeutes exercent une forte influence sur les processus explicatifs des clients et que ceux montrant une faible préparation à l'explication sont plus difficiles à accompagner que ceux présentant une préparation élevée, parce qu'ils sont moins réceptifs aux interventions constructives. Les analyses présentes confirmeront ou non ces observations.

Les offres de traitement explicatif formulées par le thérapeute peuvent encourager le client à un approfondissement du contenu abordé – si ces offres se situent à un niveau plus profond que ce dernier –, demeurer au même niveau ou au contraire se situer à un niveau plus superficiel (Sachse, 1992a). Sachse et Maus (1991) ont montré que l'acceptation par les clients d'offres approfondissantes est difficile, celle d'offres se situant au même niveau que le contenu abordé un peu plus facile et que celle d'offres de niveau plus superficiel beaucoup plus facile. En postulant qu'au même titre que les offres du thérapeute, les modes de traitement du client peuvent montrer un approfondissement du contenu abordé au fil des énoncés, demeurer au même niveau ou le rendre de plus en plus superficiel, la question complémentaire a été posée :

Question 3 : *Quel type d'influence ont les différentes directions de traitement adoptées par les clients sur les offres de traitement explicatif proposées par le thérapeute ?*

Deux items de la série de questions concernent la *perception* du niveau de traitement explicatif réalisé *par les clients et par les sujets eux-mêmes*. Leurs objectifs sont de permettre une comparaison entre perception de l'action et l'action elle-même.

Une recherche de Vrugt (1990) a indiqué que les thérapeutes débutants ont tendance à déprécier des personnes présentées à eux comme clients comparé à des personnes présentées comme des étudiants. Les résultats d'une étude préliminaires avec 26 thérapeutes débutants en interaction avec un client et 36 en interaction non-thérapeutique ont montré que les thérapeutes débutants ont une attitude plus négative envers les personnes présentées à eux comme clients.

Dans un même ordre d'idées, Hill (1990, 1991 ; Hill & Stephany, 1990), dans son programme de recherche sur les effets des techniques thérapeutiques, a notamment observé que les thérapeutes perçoivent plus les réactions positives des clients, que les négatives. De plus, lorsque les thérapeutes *pensent* que leur client réagit par un engagement plus important dans la tâche thérapeutique proposée par leurs interventions, ils s'expriment de manière aidante dans leur énoncé suivant. Mais lorsqu'ils pensent que le client réagit négativement, leurs interventions se révèlent moins effectives. Ainsi, la question est de déterminer si, en particulier par manque d'expérience pratique et faute de points de comparaison dont les thérapeutes plus expérimentés disposeraient :

Question 4 : *Les sujets, de niveaux de formation et d'expérience plus faibles, ont-ils généralement tendance à sous-évaluer le niveau de processus atteint par le client par rapport au niveau effectivement atteint par ce dernier ?*

De plus, Caskey et al. (1984) ont montré qu'en général les thérapeutes pensent apporter moins d'aide qu'ils ne le font effectivement. Ainsi :

Question 5 : *Des « thérapeutes novices » ont-ils généralement tendance à sous-estimer le niveau de l'offre formulée par rapport au niveau qu'ils ont effectivement atteint ?*

Enfin, la recherche empirique a permis de montrer que les trois dimensions de l'empathie, de la congruence et de la considération positive corrélient positivement et de manière significative avec les niveaux des offres de traitement explicatif. Les analyses présentes vérifieront aussi : *si les niveaux des offres sont notamment déterminés par la qualité de l'intervention centrée sur la personne.*

3.2.3 Perception des caractéristiques internes et externes lors du processus thérapeutique

Des dimensions supplémentaires, visant à préciser la qualité des interventions thérapeutiques, sont évaluées de manière subjective par les sujets au moyen de quatre séries de questions identiques présentées lors de la deuxième phase de la passation expérimentale. Ces dimensions renvoient à la perception de caractéristiques internes (charge cognitive, charge affective, résonance empathique perçue) et de caractéristiques externes (perception du fonctionnement du client, distractions externes).

Etant donné que l'intervention ciblée du processus explicatif est à la base du matériel expérimental développé pour cette recherche, les questions suivantes sont soulevées :

Question 6 : *Quels sont les liens entre les niveaux de ces différentes dimensions et le processus explicatif ?*

Est-ce qu'un processus du client allant en s'approfondissant a un impact différent sur ces dimensions, qu'un processus dont le contenu devient de plus en plus superficiel ?

De plus, l'exploration pertinente des éventuels liens entre ces dimensions est confirmée par exemple par Hautekeete (1995) pour qui il est important de prendre en compte les aspects affectifs et émotionnels des individus, parce qu'ils exercent une influence indéniable, négative ou positive, sur l'efficacité des structures et processus internes. Le cadre de cette recherche permet d'explorer :

Question 7 : *Comment se présente la distribution (ainsi que les liens entre elles) des différentes dimensions liées aux caractéristiques internes et externes selon les niveaux de formation et d'expérience des sujets ?*

McLennan et al. (1993) ont montré empiriquement que plus la complexité cognitive est élevée, plus le système est différencié pour percevoir le comportement d'autrui. Le niveau serait relié à la pertinence des jugements interpersonnels. Plus le niveau est élevé, plus la thérapie serait effective. Ainsi :

Question 8 : *Est-ce que le niveau des différentes facettes du traitement cognitif perçues corrèle ou détermine la qualité objective de l'intervention proposée par les thérapeutes ?*

Est-ce que la direction du processus explicatif exerce une influence sur le niveau perçu, et par conséquent sur la qualité des offres ?

3.2.4 Amélioration de la qualité des interventions en fonction de l'apprentissage (en cours d'expérience et après entraînement pratique)

Dès le premier contact avec le client, le thérapeute est immédiatement submergé par une quantité d'informations diverses. Au début, la compréhension est toujours relativement superficielle, mais en général, après quelques paroles du client déjà, le thérapeute est capable de comprendre quelque chose d'important et de reconstruire une petite part du cadre de référence interne (Sachse, 1992b). Il se crée chez lui une impression générale qui se précisera et se différenciera à mesure que la relation progressera. Sur la base de cette évidence, et comme les séquences prévoient de « rencontrer » le même client à quatre reprises, donc d'acquérir de plus en plus d'informations sur le client permettant d'en élaborer un certain modèle (Vogel, 1993), les questions suivantes sont soulevées :

Question 9 : *Est-ce qu'une amélioration de la qualité des interventions est observable au sein de la procédure, d'une part entre le début et la fin du processus expérimental (11 séquences et 35 interventions), d'autre part en fonction du type de séquence ?*

Est-ce que les gains observés sont différenciés selon les niveaux de formation et d'expérience des sujets ?

Autrement dit, est-ce qu'une « entrée en relation » aussi courte que trois énoncés de son client, ou que quelques séquences, permet au thérapeute de se faire une idée assez précise de ce dernier pour que la qualité globale de ses interventions s'en ressente ? Ces questions font donc référence à la nature de l'apprentissage acquis au fil de l'expérience, et après un entraînement pratique pour l'un des groupes expérimentaux.

3.2.5 Questions supplémentaires

Des questions supplémentaires sont intégrées comme analyses exploratoires quantitatives et qualitatives. Il s'agit des items des questionnaires présentés aux sujets évaluant :

- La *sensation corporelle* et l'*humeur ou état affectif* ressentis, comme indices de la qualité de la présence (Abele-Brehm & Brehm, 1986 ; Schwarz, 1988 ; Vanaerschot, 1993) ;
- Les *distractions* perçues (Nutt-Williams, Polster, Grizzard, Rockenbaugh & Judge, 2003) ;
- La *centration de l'attention* sur le client ou sur les résonances propres (Geller & Greenberg, 2002 ; Nutt-Williams, 2003) ;
- Les *intentions* (Hill & O Grady, 1985 ; Martin et al., 1989 ; Vogel & Schulte, 1991, 1997).

La dernière question ouverte (question 25) du questionnaire n'a finalement pas été analysée dans le cadre de ce travail.

3.3 HYPOTHÈSES

3.3.1 Hypothèse générale

Le niveau du processus explicatif adopté par le client a une influence sur la qualité de l'intervention (empathie, considération positive et congruence) et l'offre de processus explicatif proposée par les thérapeutes et les étudiants en psychologie de différents niveaux de formation et d'expérience, ainsi que sur la perception du niveau de processus explicatif atteint par le client et par les sujets eux-mêmes, sur les différentes caractéristiques liées à l'intensité de la charge affective et cognitive et sur la perception du fonctionnement du client.

3.3.2 Groupes d'hypothèses opérationnelles

Groupe 1 : Qualité des interventions thérapeutiques

Groupe 2 : Effet directionnel des processus de traitement explicatif des clients

Groupe 3 : Perception des caractéristiques internes lors du processus thérapeutique

Groupe 4 : Amélioration de la qualité des interventions

Groupe 5 : Analyses exploratoires supplémentaires

Groupe 1 : Qualité des interventions thérapeutiques

- a. Les niveaux des variables de base corréleront positivement avec le niveau des offres de traitement explicatif des sujets. Leurs liens avec les temps de réaction et de parole seront explorés.
- b. Comparée aux étudiants en psychologie, la qualité de l'intervention des thérapeutes en formation post-grade avancée est caractérisée par :
 - un niveau plus élevé d'offres de traitement explicatif
 - des niveaux plus élevés d'empathie, de considération positive, et d'authenticité
 - un temps de réaction plus important pour l'initiation de la formulation
 - un temps de parole plus bref (et un nombre de mots plus réduit)

Groupe 2 : Effet directionnel des processus de traitement explicatif des clients

Les hypothèses suivantes sont inspirées de celles de Sachse (1992a). Le cadre de recherche est propice à l'analyse de l'influence, d'une part des *niveaux* de traitement explicatif des clients, considérés comme unités indépendantes, d'autre part, de la *direction générale* du processus explicatif adoptée par les clients (de plus en plus approfondie, de même niveau ou de plus en plus superficielle).

- a. Les moyennes de traitement explicatif proposé par les sujets se différencient selon la *direction* du traitement explicatif illustrée par les clients. Cette différence est moins importante chez les thérapeutes en formation post-grade avancée que chez les étudiants sans expérience pratique.
- b. La direction du traitement explicatif illustré par les clients montre un *effet directionnel général* plus en faveur des offres formulées par les thérapeutes en formation post-grade avancée que par les étudiants en psychologie.

- c. Les niveaux de traitement approfondis du client sont de manière générale moins bien suivis/soutenus que les niveaux superficiels, en particulier par les étudiants sans expérience pratique.
- d. Comparés aux thérapeutes en formation post-grade avancée, les étudiants tendent à percevoir moins correctement la direction du processus explicatif *effectivement adoptée* par les clients. Exploration de la tendance selon le type de séquence.
- e. Les sujets *sous-évaluent* le niveau de leur offre de traitement explicatif, d'une part par rapport au *niveau illustré par le client*, d'autre part par rapport au niveau qu'ils ont *effectivement atteint*.

Groupe 3 : Perception des caractéristiques internes lors du processus thérapeutique

- a. Des différences sont observées entre les étudiants et les thérapeutes en formation post-grade avancée quant aux dimensions liées à la perception des *caractéristiques internes* (charge cognitive, charge affective, résonance empathique perçue).
- b. Les niveaux de ces dimensions sont liées de manière différentielle à la qualité des interventions thérapeutiques (variables de base et niveau du processus explicatif).
- c. Les niveaux de ces dimensions se différencient selon la *direction* du processus explicatif adopté par les clients.

Groupe 4 : Amélioration de la qualité des interventions

- a. Le niveau de l'offre de traitement explicatif et la qualité des variables de base sont améliorés entre la première séquence d'entraînement et la dernière séquence de clôture, toutes deux illustrant un niveau de processus explicatif plutôt élevé (respectivement 5 et 6).
- b. Le niveau de l'offre de traitement explicatif et la qualité des variables de base sont améliorés de manière différenciée au sein de l'expérience selon le type de séquence (*approfondissement* vs *décroissement*).

- c. L'ensemble de ces changements sont plus importants chez les étudiants que chez les thérapeutes en formation post-grade avancée.
- d. Les étudiants bénéficiant d'une expérience pratique améliorent la qualité de leurs offres entre la première et la deuxième passation expérimentale.

3.4 DÉFINITION DES VARIABLES

3.4.1 Variables indépendantes

- VI 1 Niveau d'expérience des thérapeutes (novices vs expérimentés)
- VI 2 Direction du processus explicatif des clients (approfondissement vs décroissement)
- VI 3 Client (« Marc » vs « Eddy »)
- VI 4 Ordre de présentation des séquences (A vs B)
- VI 5 Progression temporelle

3.4.2 Variables dépendantes

Variables dépendantes liées à la qualité des interventions, évaluées par des juges externes :

- VD 1 Niveau de l'*offre de processus explicatif*
- VD 2 Niveau d'*empathie*
- VD 3 Niveau d'*authenticité*
- VD 4 Niveau de *considération positive*
- VD 5 Temps de parole (débit verbal)
- VD 6 Temps de réaction

Variables dépendantes évaluées par les sujets eux-mêmes (items du questionnaire) :

- Variables liées aux *caractéristiques externes* (perception du fonctionnement des clients)
 - VD 7 Perception du niveau du processus explicatif atteint par le client
 - VD 8 Attention cognitive (attitude du client, contenu des énoncés du client, relation suggérée par le client, conditions extérieures)

- VD 9 Attention émotionnelle / affective (attitude du client, contenu des énoncés du client, relation suggérée par le client, conditions extérieures)
- VD 10 Implication affective du client (contact avec soi-même)
- VD 11 Congruence du client
- VD 12 Perspective adoptée par le client (internalisante vs externalisante)
- VD 13 Niveau d'appui sur les énoncés et attitudes perçus chez le client
- Variables liées aux *caractéristiques internes* (charge cognitive et affective, émotions, résonance empathique perçue, etc.)
 - VD 14 Perception du niveau de l'offre de traitement explicatif atteint par le thérapeute lui-même (interne)
 - VD 15 Sensation corporelle ou physiologique
 - VD 16 Humeur (« ambiance affective »)
 - VD 17 Charge cognitive (difficulté, effort, concentration)
 - VD 18 Réflexion et intuition
 - VD 19 Attention cognitive (réactions physiologiques, état émotionnel, réflexion)
 - VD 20 Facilité d'expression
 - VD 21 Emprise affective
 - VD 22 Attention émotionnelle / affective (réactions physiologiques, état émotionnel, réflexion)
 - VD 23 Rappel de thèmes personnels
 - VD 24 Sympathie
 - VD 25 Niveau de compréhension
 - VD 26 Intention
 - VD 27 Distraction
 - VD 28 Niveau de présence des ressentis
 - VD 29 Niveau de présence des pensées
 - VD 30 Niveau d'appui sur les résonances émotionnelles et cognitives

4. METHODE

4.1 GROUPES EXPÉRIMENTAUX

Cette recherche a réuni trois groupes expérimentaux, de différents niveaux d'expérience en matière de connaissances théoriques et pratiques de la thérapie centrée sur la personne.

Le **premier groupe**, qui a constitué le groupe expérimental de l'étude de 2003 (Defago, 2003), est composé de vingt étudiants (quinze femmes et cinq hommes, âgés entre 20 et 25 ans) de langue maternelle française, en deuxième année en psychologie à l'Université de Fribourg. Ces personnes sans expérience pratique en thérapie centrée sur la personne, connaissaient les bases théoriques acquises lors d'un cours d'introduction à la psychologie clinique l'année antérieure (Prof. Dr. Reicherts). L'intérêt et la motivation de ces étudiants se sont avérés bons et ont été confirmés par les remarques, en général positives, que chacun d'entre eux a exprimées à la fin de la passation expérimentale.

Le **deuxième groupe**, soumis à deux passations de l'expérience en janvier-février et juin-juillet 2005, est composé de 24 étudiants de troisième et quatrième année en psychologie à l'Université de Fribourg. Il s'agit de 21 femmes et 3 hommes âgés entre 21 et 32 ans.

Lors de la première passation, ces personnes avaient suivi un semestre de cours d'introduction théorique à la thérapie centrée sur la personne (28 heures enseignées par le Prof. Dr. Reicherts). Ce cours comprend notamment la présentation d'exemples concrets de séquences d'entretiens thérapeutiques et des principes d'interventions. Des exercices écrits de formulation d'interventions sont également proposés. Néanmoins, aucune expérience pratique comme telle n'est prévue.

Lors de la deuxième passation, par contre, les étudiants avaient alors travaillé durant un semestre les bases pratiques de la thérapie en mettant l'accent sur la réalisation des trois variables de base (empathie, considération positive et authenticité) et de certaines interventions visant des tâches thérapeutiques spécifiques. Ces exercices pratiques sont réalisés par groupes de trois personnes, composés d'un « thérapeute », d'un « client » et d'un « observateur ». De plus, un superviseur extérieur, à savoir un professeur psychothérapeute centré sur la personne, ou un(e) assistant(e) impliqué en tant qu' « observateur avancé », sont chargés d'en assurer le bon déroulement. Chaque séance dure deux heures, permettant

ainsi d'opérer un tournus dans les rôles adoptés. Le « thérapeute » et le « client » abordent une problématique personnelle de ce dernier pendant vingt minutes. Suit une discussion de dix minutes environ avec l'« observateur » et le superviseur présent. Ensuite les rôles sont commutés et une nouvelle problématique est abordée. Au total, ces étudiants bénéficient d'une formation théorique et pratique reconnue comme 56 heures d'enseignement, qui comprend :

- Une partie théorique (26h) : thérapie et conseil centrés sur la personne selon C. Rogers et selon de nouvelles approches : modèles de dysfonctionnement psychique, d'intervention et de changement thérapeutiques ; stratégies et éléments d'intervention ; approches et résultats des recherches empiriques ; modèles théoriques explicatifs ; les types d'entretien : entretien initial, diagnostique, de conseil ; indications.
- Partie pratique supervisée (18h) : entraînement en mini-groupes (à trois étudiants) avec feed-back personnel impliquant un travail sur soi : interventions selon les variables de base, interventions ciblées et dans des situations spécifiques (entretien initial, entretien de conseil) ; y compris une séance de feed-back en groupe et une entrevue de feed-back individuelle à la fin des cours.
- Partie pratique supplémentaire (12 heures) : transcription, évaluation à l'aide des échelles et remaniement/élaboration des interventions transcrites en s'appuyant sur des interventions ciblées.

Ces parties sont ponctuées de quatre évaluations requises pour la validation des cours, à savoir deux examens écrits (portant sur le savoir et le savoir-faire), la transcription d'une partie d'un entretien avec évaluation selon les échelles d'empathie et d'auto-exploration, et le remaniement d'une transcription avec commentaire, dans le but d'améliorer et de différencier les interventions. Une validation acceptée amène à une attestation de participation aux cours « Entretien psychologique ».

Ainsi, ce groupe expérimental particulier est divisé en deux « moments » distincts, soit « avant la passation » (avec des connaissances théoriques en TCP) et « après la passation » (avec une expérience pratique de 18 heures en plus).

Enfin, le **troisième groupe** réunit 19 personnes, 11 femmes et 8 hommes, âgés entre 27 et 48 ans, se situant en toute fin de premier cycle ou au deuxième cycle de leur formation post-grade en thérapie centrée sur la personne, à Fribourg. Le premier cycle dure deux ans et demi au minimum, et « comprend le développement personnel en groupe, les études théoriques (l'image de l'homme, la théorie de la personnalité, les modèles

des troubles psychiques, l'attitude thérapeutique), des trainings en groupe et la supervision en groupe ». L'ensemble comprend 10h de rencontres de groupe, 120h de développement personnel en groupe, et un training de base composé de 200h de connaissances et savoir, ainsi que 120h de supervision. Lors du deuxième cycle, de deux ans et demi au minimum également, sont prévus des « séminaires spécialisés traitant les thèmes suivants : indications, intervention de crise, troubles psychiques graves, travail thérapeutique avec enfants, les jeunes et les familles, focusing, les recherches et publications récentes dans le domaine de l'approche centrée sur la personne ». Cela équivaut à 350h de séminaires obligatoires et à choix, 200h de supervision en petits groupes, 130h de développement personnel dont au minimum 100h en setting individuel et enfin à deux analyses de processus pour l'obtention du certificat final (<http://www.psychologie.ch/>). Ces indications permettent de situer l'expérience déjà acquise et en cours de ces personnes en formation, ce indépendamment de leur parcours et expériences professionnels individuels.

Recrutement des personnes

Les sujets des groupes 1 et 2 ont été recrutés à l'université, lors des cours de « *Psychologie clinique, Psychopathologie et Psychothérapie* » et de « *Entretien thérapeutique et counseling* » assurés par le Prof. Dr Reicherts.

Pour le recrutement du groupe 3 des thérapeutes en formation post-grade centrée sur la personne, les appuis précieux de lic.phil. P. Wandeler, psychothérapeute et formateur SPCP (*Société suisse pour l'approche et la psychothérapie centrées sur la personne*) et du Prof. Dr M. Reicherts, ont été d'une grande aide. P. Wandeler a accepté de nous transmettre les coordonnées des personnes alors en formation avancée en TCP à Fribourg et s'est offert de leur présenter la recherche – via un e-mail vers la fin du mois de septembre 2004, afin de les encourager d'emblée à y participer. Par la suite, un contact a été pris par e-mail, lettre ou téléphone avec chaque thérapeute en formation afin de solliciter leur participation à cette expérience. Sur un total de 50 personnes contactées entre novembre 2004 et juin 2006, 6 n'y ont pas répondu, 25 y ont répondu par la négative, pour diverses réponses invoquées (à l'étranger, manque de disponibilité, problèmes de santé, etc.) et 19 ont accepté (38%). Les expériences se sont déroulées de janvier 2005 à août 2006, les personnes devant terminer leur 1^{er} cycle de formation en juin 2006 ayant été contactées dès janvier 2006.

L'ensemble des personnes des trois groupes représente un total de 87 passations expérimentales.

4.2 MATÉRIEL EXPÉRIMENTAL STIMULUS

Origine

Le matériel expérimental a pu être enregistré au Centre de traitement des dépendances de la Villa Flora (Directeur : M. P. Mottet) à Muraz-sur-Sierre, en Valais⁷⁰.

Lors d'un stage effectué dans ce Centre, des conseillers et des pensionnaires ont pu être filmés lors d'un ou deux de leurs entretiens individuels basés sur l'approche centrée sur la personne, dans le but de bénéficier d'un matériel stimulus réel et de qualité thérapeutique évidente.

La prise de vue de la caméra visait uniquement le client (partie supérieure du corps à partir de la taille), pour s'approcher le plus près possible de la perception principale qu'un thérapeute a de son client, en général, lors d'un entretien. Cette prise de vue a servi de matériel stimulus, pour que les sujets de la présente étude, placés face à l'écran de télévision, puissent percevoir le client comme en situation réelle de face à face.

Caractéristiques des séquences sélectionnées

Les séquences d'entretiens retenues après analyse sont des réductions expérimentales, mais s'articulent à un niveau heuristique avec les interventions ciblées (ici, le processus de traitement explicatif), proposées par les nouvelles approches de la thérapie centrée sur la personne (Sachse, 1992b ; Greenberg, Rice & Elliott, 1993 ; Reicherts, 2006a).

Elles sont caractérisées comme suit :

- trois énoncés successifs du client (cinq pour la dernière séquence)
- suppression des interventions du thérapeute
- séparation de chaque énoncé du client par cinq secondes d'écran blanc
- présence d'un processus explicatif

⁷⁰ Voir Defago (2003) pour une présentation détaillée de la Villa Flora et de l'élaboration des séquences expérimentales.

- précision des modes de traitement et de la direction de ce processus
- calcul du temps de parole pour chaque énoncé

Le lecteur trouvera en annexe 7 (p.236) la transcription complète de l'ensemble des séquences, les temps de parole et les niveaux de processus explicatif pour chacune d'entre elles.

Le plan expérimental a prévu de balancer de manière formelle la présentation des huit séquences dans le but d'éviter tout effet lié à l'ordre. Deux déroulements différents ont été préparés, définis par « Ordre A » et « Ordre B » et constituant un facteur inter-groupe. Il s'avère que l'ordre A présente une certaine homogénéité dans la structuration de la présentation des contenus du clients, alors que l'ordre B montre moins de cohérence.

Tableau 4.1 : Les deux ordres de présentation des séquences expérimentales

Ordre A			Ordre B		
1 ^e partie :	Client	Direction du PE	1 ^e partie :	Client	Direction du PE
3	„Eddy“	Décroissement	2	„Marc“	Décroissement
7	„Marc“	Approfondissement	6	„Eddy“	Approf.
5	„Eddy“	Approfondissement	8	„Marc“	Approf.
1	„Marc“	Décroissement	4	„Eddy“	Décroissement
2 ^e partie :			2 ^e partie :		
4	„Eddy“	Décroissement	1	„Marc“	Décroissement
8	„Marc“	Approfondissement	5	„Eddy“	Approf.
6	„Eddy“	Approfondissement	7	„Marc“	Approf.
2	„Marc“	Décroissement	3	„Eddy“	Décroissement

Pilotage

Une expérience de pilotage concluante a eu lieu pour l'étude de 2003 (Defago, 2003). Pour la présente recherche, la même démarche a été adoptée avec quatre personnes. Leurs critiques concernant surtout l'amélioration de la série de questions ont été précieuses.

De plus, une amélioration du matériel a été apportée : les séquences vidéo ont été transférées sur support DVD. La qualité des images et le son des séquences, qui s'étaient passablement détériorés avec le temps et les multiples visionnements, ont pu être sensiblement améliorés (F. Wyss,

MediaTV, Rossens). Ce nouveau support a permis à certains sujets de passer l'expérience face à un écran d'ordinateur plutôt que face à un écran de télévision.

4.3 DÉROULEMENT DE LA PASSATION

La majorité des expériences se sont déroulées dans une salle de thérapie du Département de Psychologie de l'Université de Fribourg. Les deux tiers d'entre elles ont été menées par lic. phil. L. Defago, le tiers restant (groupe des étudiants de 2^e cycle) par E. Hita. La personne accueillie prenait place dans un fauteuil face à la télévision. Après avoir fait part du déroulement de l'expérience, l'expérimentatrice se plaçait dans un fauteuil disposé en arrière et en retrait du sujet.

Certains thérapeutes en formation ont participé à l'expérience à leur domicile ou à leur lieu de travail. Dans ces cas, le cadre expérimental a tenté d'être préservé au maximum et des biais d'expérimentation massifs n'ont pas été notés.

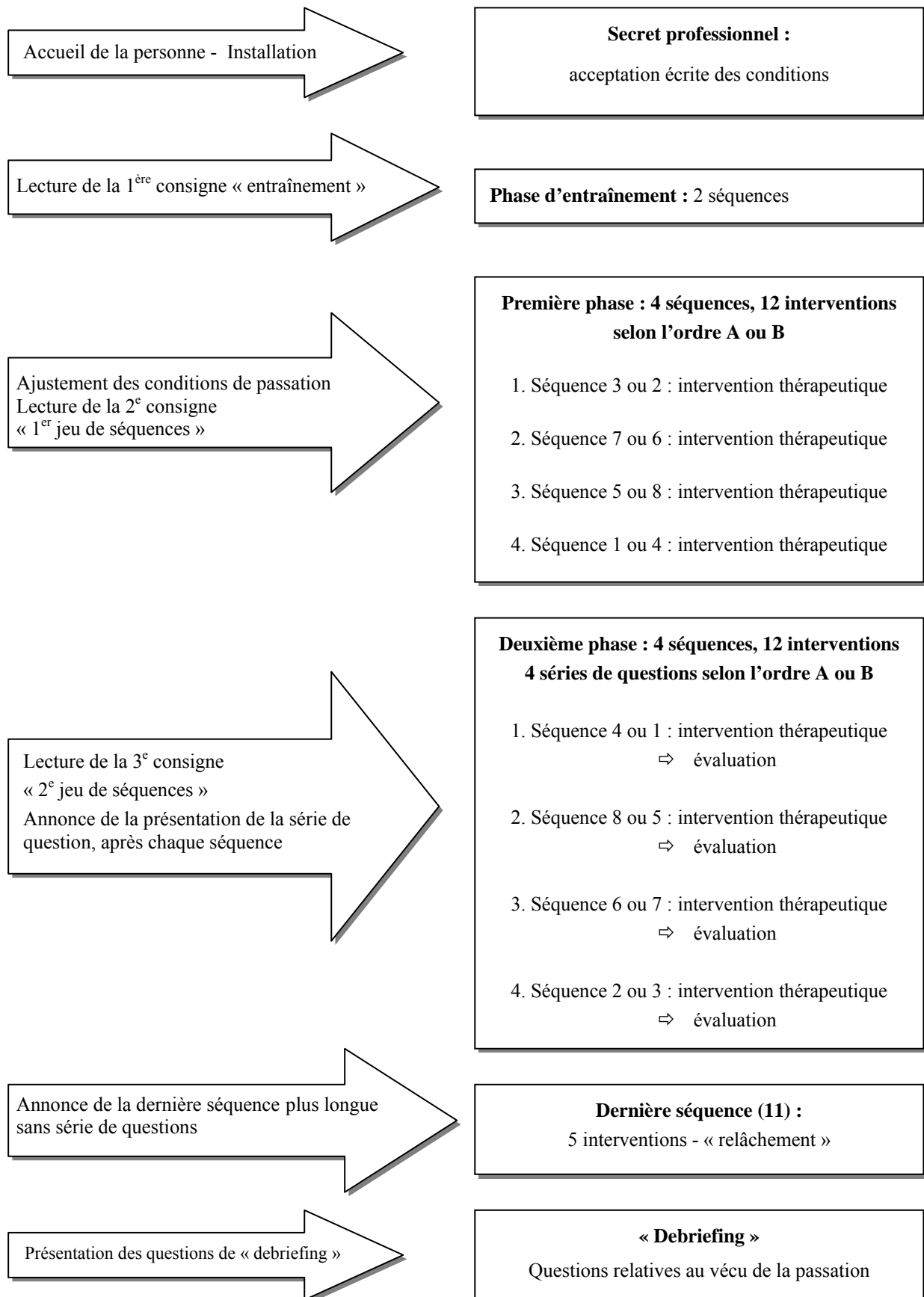
4.3.1 Secret professionnel

Avant de débiter, chaque sujet s'est engagé par signature à respecter le secret professionnel (cf. annexe 10, p.238), par rapport aux personnes qu'il verrait et entendrait au cours de l'expérience, ainsi que le secret expérimental consistant à ne pas divulguer à des collègues le déroulement de l'expérimentation. Chacun a accepté ces conditions. L'expérimentatrice leur présentait alors un deuxième document explicitant la consigne de la passation, en trois temps (cf. annexe 7, p.235). Elle lisait le texte à haute voix en même temps que le sujet, afin de pouvoir insister sur des points essentiels au bon déroulement.

4.3.2 Présentation de la démarche expérimentale

Le schéma de la page suivante illustre le déroulement complet de la démarche expérimentale.

Schéma 4.1 : Déroulement de la passation expérimentale



Familiarisation avec la démarche expérimentale

Pour débiter, la partie « Consigne : entraînement » est parcourue. Ensuite, l'expérience commence avec deux séquences d'entraînement. Le sujet doit s'imaginer en situation thérapeutique réelle et faire comme si le client filmé est son propre client. Il doit essayer de répondre de la manière la plus naturelle possible, dès que l'écran de télévision devient blanc, à chaque fin d'intervention du client. Le sujet peut prendre tout son temps pour formuler sa réponse. Après qu'il se soit exprimé, l'expérimentatrice lance la suite des séquences. Durant cette partie initiale de familiarisation avec le procédé, le sujet peut poser des questions s'il éprouve quelques difficultés.

Premier jeu de séquences

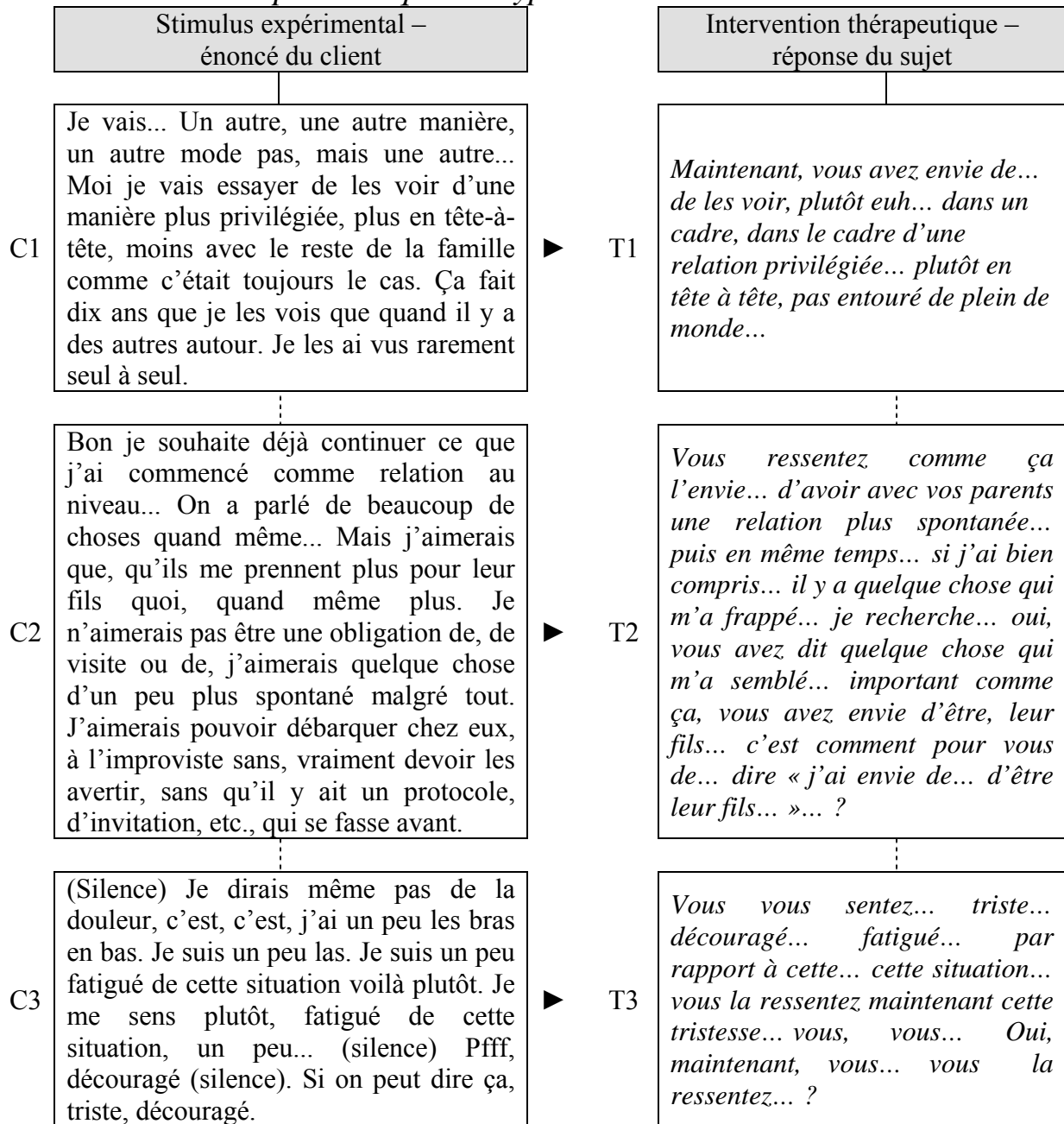
Dans un deuxième temps, sujet et expérimentatrice reprennent la consigne, dans sa partie « Consigne : premier jeu de séquences », par laquelle l'expérience prend tout son caractère « officiel ». Les points importants de la passation sont répétés, en ajoutant qu'il n'y a plus de feed-back de la part de l'expérimentatrice, sauf si le sujet éprouve de la peine à entendre les énoncés du client. Lorsque cela arrive, l'expérimentatrice répète les paroles du client. Après la présentation de quatre séquences, la phase suivante est présentée.

Deuxième jeu de séquences

A ce stade, la « Consigne : deuxième jeu de séquences » demande au sujet de continuer à intervenir auprès de « ses » clients, mais en devant prendre ensuite quelques minutes pour répondre à une série de questions après chaque séquence, à quatre reprises. Pour chacune d'elle, entre dix et trente minutes ont été nécessaires, selon les sujets. A rappeler que cette série de questions est toujours la même, mais présentée après des séquences différentes.

A titre d'illustration, les interventions d'un thérapeute en 2^e cycle de formation, pour la séquence 5 de « Eddy » sont retranscrites dans le schéma de la page suivante :

Schéma 4.2 : Exemple de séquence-type



Dernières interventions

Après cette partie assez exigeante et éprouvante, une onzième et dernière séquence, plus longue que les précédentes, mais sans questionnaire, est présentée. Elle comporte cinq interventions, dans le but, souvent semble-t-il atteint, de donner la possibilité au sujet de se « lâcher », de se laisser aller à sa spontanéité, la « fatigue » et la probable tension accumulées jusque-là aidant. De plus, le caractère « officiel » de la passation perd de son poids, dans le sens qu'aucune « consigne » écrite ne présente cette dernière séquence.

« *Debriefing* »

Enfin, par souci de clore l'ensemble de la passation, le sujet répond encore à six questions portant sur son vécu de l'expérience, par oral ou par écrit, selon sa préférence. Ce « *debriefing* » lui permet d'exprimer ses critiques positives ou négatives, par rapport à l'expérience en général. L'analyse de ces ressentis a mis en évidence une impression générale plutôt positive du principe de la recherche et de la démarche expérimentale.

La durée totale de la passation expérimentale, pour l'ensemble des groupes, a varié entre quarante-cinq minutes et deux heures et demie, selon le temps pris pour évaluer les quatre séries de questions. Les étudiants se sont révélés plus rapides, alors que les thérapeutes en formation post-grade ont en général pris beaucoup plus de temps.

4.4 INSTRUMENTS UTILISÉS

4.4.1 Echelle du niveau de traitement explicatif

Développement, fidélité et validité de l'échelle

Sachse (1992b) a proposé deux échelles semblables : l'une, prospective, se réfère à l'« offre de traitement explicatif » du thérapeute ; l'autre, rétrospective, est combinée avec le « niveau de traitement explicatif » du client (cf. annexe 1, p.219). Ces concepts remplacent, pour le client, celui d'« auto-exploration ». Les niveaux du « traitement explicatif » permettent de spécifier « entre autres la « profondeur » du traitement expérientiel du client » (Reichert, 2006a), et offre un concept correspondant pour le thérapeute. L'échelle dérive de conceptions théoriques et peut être considérée comme une échelle ordinale à huit niveaux dont la transitivité est vérifiée (Sachse, 1992b). La fidélité et la validité ont été vérifiées dans trois études et sont satisfaisantes, avec des accords inter-juges s'étendant de .79 à .85, pour le client, et de .74 à .81 pour le thérapeute (pour une description plus détaillée, voir Sachse, 1992a, 1992b, 1992c). Sa traduction de l'allemand au français reproduite dans l'annexe 1 a été assurée par Reichert (2006a). L'auteur y a ajouté la traduction et l'adaptation de l'échelle propre au thérapeute.

Tableau 4.2 : Le processus explicatif / les modes de traitement explicatif (issu de Sachse, 1992b ; adapté et traduit par Reicherts, 2006a, et par l'auteure)

Niveau 1 : Aucun traitement	<p>Le thérapeute n'encourage pas le client à traiter des contenus qui lui sont importants.</p> <p>Rien ne se passe en terme de contenu expérientiel abordé de la part du client.</p>
Niveau 2 : Intellectuali- sation	<p>Le thérapeute encourage le client à exprimer des hypothèses ou des suppositions concernant les contenus abordés, à les intellectualiser.</p> <p><i>Question</i> : Comment pourrais-je expliquer ceci ? Quelle « théorie » s'applique à ça ? <i>Réponse</i> : La personne utilise des savoirs sans relation avec ses émotions ou données (faits) personnelles.</p> <p>Sensé représenter une étape du processus explicatif, qui n'est pas très « profonde » en termes de traitement expérientiel. Tout le contenu verbal semble demeurer au niveau de « théories », aucun schéma n'est actualisé. Avoir une explication théorique rassure, mais elle n'a rien à voir avec le problème et ne laisse présager d'aucune solution fonctionnelle.</p>
Niveau 3 : Rapport	<p>Le thérapeute encourage le client à décrire de manière concrète le contenu.</p> <p><i>Question</i> : Qu'est-ce qui s'est passé concrètement ? Comment un contenu spécifique (une situation, un comportement) se présente-t-il ? <i>Réponse</i> : Par des descriptions concrètes sans avoir recours explicitement à des évaluations et des émotions.</p> <p>La personne aborde un problème de sa vie, en optant pour une perspective externe, comme si elle en était le spectateur plus que l'acteur. Aucun schéma important n'est activé, mais ce niveau représente une base importante pour leur activation puis leur traitement futur.</p>

**Niveau 4 :
Évaluation
(attributive)**

Le thérapeute encourage le client à donner une valeur au contenu ou aux précédents modes de traitement, de manière descriptive.

Question : Quelle est la valeur d'un contenu ?

Réponse : Par attribution d'évaluations au contenu (p.ex. « Y est nul », « faire X est mauvais »). La valeur est considérée comme une caractéristique du contenu.

La personne semble se placer dans la position d'un juge externe. Un schéma est clairement activé, mais selon une perspective externe en rapportant de manière émotionnelle ce qu'il s'est passé. Ces émotions et impressions ne sont pas considérés comme faisant partie de sa propre évaluation, mais plutôt comme partie de l'environnement. « La situation est triste. »

**Niveau 5 :
Évaluation
personnelle**

Le thérapeute encourage le client à donner une évaluation personnelle au contenu.

Question : Comment j'évalue moi-même le contenu ?

Réponse : La personne évalue le contenu et reconnaît cette évaluation comme une partie de son cadre de référence.

Se différencie du niveau précédent dans le sens qu'il y a une implication apparente du client. Il se pose un peu comme son propre juge. Un schéma important est activé, la perspective est interne. Le client ressent émotions, évaluations et affects mais il ne se pose pas de question sur leur origine ou sur la façon de les percevoir et de les traiter.

<p>Niveau 6 : Signification personnelle</p>	<p>Le thérapeute encourage le client à signaler une émotion ou une signification ressentie par rapport au contenu.</p> <p><i>Question</i> : Quels émotions, sentiments ou significations ressenties ("felt sens", sens ressenti) le contenu déclenche-t-il en moi ?</p> <p><i>Réponse</i> : La personne peut actuellement sentir une émotion ou une signification ressentie par rapport au contenu et elle le signale.</p> <p>Nouvelle dimension : à ce niveau, la personne fait l'<i>expérience</i> du contenu abordé, est réellement <i>concernée</i> par ce qu'elle dit. C'est une sorte de position d'ouverture ou d'accueil libre de jugement.</p>
<p>Niveau 7 : Explication des structures de signification / Formation des représentations</p>	<p>Le thérapeute encourage le client à expliquer et verbaliser des aspects (composantes) émotionnels de signification de son cadre de référence interne qu'il reconnaît chez lui par rapport au contenu.</p> <p><i>Question</i> : Qu'est-ce qui me fait ressentir ce contenu de cette manière ?</p> <p><i>Réponse</i> : La personne explique et « verbalise » des aspects (composantes) de signification qu'elle reconnaît chez elle par rapport au contenu.</p> <p>En plus de pouvoir sentir et signaler une émotion liée au contenu abordé, la personne peut expliquer et verbaliser une réponse à la question de son ressenti. C'est un travail actif sur la traduction d'aspects problématiques d'un schéma dans des termes cognitifs, conceptuels. Il est question de clarification.</p>

Le thérapeute encourage le client à mettre en relation les aspects de signification expliqués avec d'autres aspects, à trouver des liens, mais aussi des contradictions, et à les intégrer.

Question : Est-ce que je trouve des relations avec d'autres aspects de signification (chez moi) ?

Réponse : La personne met en relation les aspects de signification expliqués avec d'autres aspects; elle trouve des liens, mais aussi des contradictions.

**Niveau 8 :
Intégration**

Représenterait un traitement expérientiel « optimal », dans le sens où la personne a non seulement senti et signalé une émotion ou une signification par rapport au contenu traité, mais elle est en plus capable de mettre en relation des aspects de significations expliqués avec d'autres aspects abordés. Le schéma est clairement représenté, et comparé à d'autres. Il y a mise en lien avec d'autres ressources et décisions concernant de nouvelles manières d'agir. Une nouvelle signification est donnée au schéma, par un nouveau contexte, un nouveau traitement ou une restructuration.

Tous ces niveaux permettent de saisir le degré auquel le client traite le contenu abordé (Sachse, 1992c), et de cerner le niveau de l'offre de traitement explicatif réalisée par le thérapeute. Ce dernier peut soit favoriser un approfondissement du traitement du client, soit l'interrompre ou le freiner par une intervention de niveau moins élevé.

Par principe, le niveau 8 pourrait être dépassé. Néanmoins, les recherches empiriques ont montré qu'il n'est atteint que dans 1 à 2% des cas, et que seules 1.3% des offres du thérapeute y parviennent (Sachse, 1992c).

4.4.2 L'échelle d'Empathie – Verbalisation des expériences émotionnelles (VEE)

Développement, fidélité et validité de l'échelle

Truax et Carkhuff (1967), repris notamment par Tausch, Zehelein, Fittkau et Minsel (1969), ont développé une échelle d'évaluation du niveau d'empathie réalisé par le thérapeute lors des interventions. Sa traduction en

français reproduite dans l'annexe 2 (p.222) a été assurée par Reicherts (2006a). Des recherches anglo-saxonnes et germanophones attestent que cette échelle est suffisamment valide et fiable, ainsi qu'utile et applicable. Composée de douze niveaux pris deux à deux (soit six niveaux principaux), elle permet « d'obtenir des indices d'accord inter-juges satisfaisants voire même bons après un entraînement pertinent » (Reicherts, 2006a).

Description des différents niveaux

Niveaux 1 et 2⁷¹ :

« Le thérapeute ne se réfère pas aux aspects personnels, ni internes ni externes au patient ; il donne des conseils, exhorte, etc. ». Ni le « dit explicite » ni le « non-dit implicite » ne sont perçus par le thérapeute et le client peut difficilement se sentir compris par ce dernier.

Niveaux 3 et 4 :

Le thérapeute aborde des aspects externes exprimés par le client, mais ne se réfère pas du tout aux contenus internes. Il demeure en dehors du vécu expérientiel du client.

Niveaux 5 et 6 :

Le thérapeute commence à énoncer des aspects internes au client, mais seulement d'ordre secondaire ou accessoire. Ce ne sont encore que de timides approches vers les expériences internes des personnes.

Aux niveaux qui suivent, le thérapeute énonce de plus en plus d'aspects internes : une partie pour les *niveaux 7 et 8*, la majorité pour les *niveaux 9 et 10*.

Niveaux 11 et 12 :

« Le thérapeute énonce tous les aspects internes importants pour le patient. » Il fait l'expérience d'une représentation proche du cadre de référence du client, et parvient en plus à la communiquer. De son côté, le client perçoit et reconnaît l'intervention formulée comme cernant de manière pertinente non seulement ce qu'il vient d'énoncer, mais aussi ce dont il en avait l'intention. C'est un peu comme si la communication se fait à deux niveaux : l'un explicite, décelable à partir des expressions verbales et observables (comportement, attitude, etc.), l'autre plus implicite, mais

⁷¹ Chaque « sous-niveau » permet de différencier plus précisément la verbalisation des expériences émotionnelles.

non moins important. Ce dernier peut se traduire par l'expérience, chez le thérapeute, d'avoir perçu juste et pu transmettre ce perçu, chez le client, d'avoir transmis juste et de sentir la perception adéquate de l'autre. La difficulté d'acquisition de cette capacité de verbaliser les expériences émotionnelles est ici mise en évidence et rend compte de l'importance de la formation et de la pratique continues.

4.4.3 Echelle de Congruence / authenticité du thérapeute

Développement, fidélité et validité de l'échelle

Ce concept a été opérationnalisé par une échelle développée par Truax (1962a), Tausch (1979), et Helm (1980). La traduction reproduite dans l'annexe 4 (p.224) a été assurée par Reicherts (2006a). Comme pour l'empathie, des recherches sur cette conception opérationnelle permettent de considérer cette échelle comme suffisamment fiable, valide, applicable et utile (Reicherts, 2006a). Elle amène à des indices d'accord inter-juges bons, ou en tous cas satisfaisants, après un entraînement judicieux. Elle comporte cinq niveaux.

Description des différents niveaux

Dans les premiers des cinq niveaux, il y a discrepancy marquée chez le thérapeute entre expérience et énoncés, une position de défense et des contradictions au niveau verbal. Son comportement apparaît impersonnel et « professionnel », dans le sens que ces énoncés semblent « ex cathedra », schématiques ou préparés. Aux niveaux suivants, les énoncés semblent de plus en plus congruents avec les expériences du thérapeute, il apparaît de plus en plus « naturel » et « transparent », sans être distant, réservé ou retenu. Au niveau le plus élevé, le thérapeute est libre et lui-même, se confronte aux problèmes, et profite activement des expériences personnelles positives ou négatives envers le patient, en les assumant de manière « optimale » et spontanée.

4.4.4 Echelle de la Considération positive – le Regard positif inconditionnel

Développement, fidélité et validité de l'échelle

Ces dimensions de la considération positive ou du regard positif inconditionnel ont été proposées par Truax (1962b) et Helm (1976). La

traduction reproduite dans l'annexe 3 (p.223) a été assurée par Reicherts (2006a). Comme pour les échelles décrites ci-dessus, des études permettent de la considérer comme suffisamment fiable, valide, applicable et utile (Reicherts, 2006a). De même, des indices d'accord inter-juges satisfaisants à bons sont généralement obtenus après un entraînement pertinent. L'échelle comporte cinq niveaux pour lesquels trois dimensions sont évaluées :

1. Le thérapeute donne-t-il des conseils ?
2. Quel est le degré de l'acceptation ?
3. De quelle nature est le regard positif ?

Description des différents niveaux

Au niveau le plus bas, le thérapeute donne des conseils, n'accepte pas le client et peut même le « dévaloriser » selon ses critères personnels. Ses réponses sont machinales et son écoute passive. Aux niveaux suivants, il ne donne plus de conseils, et son degré d'acceptation est de moins en moins restreint par ses critères personnels ou par le « besoin d'aider ». La qualité de son regard positif semble de moins en moins « obligeant le patient », « possessif », ou « dirigiste ». Dans les niveaux supérieurs, le degré d'acceptation est élevé, l'intérêt pour le client « évident et sincère, tout en n'entravant pas son autonomie. Au niveau « idéal » l'acceptation est totalement inconditionnelle : le client est perçu dans son propre système de référence, son autonomie est entièrement respectée.

4.4.5 Description des questions visant la perception du processus thérapeutique

La série de questions (voir annexe 5, p.225) développée en 2003 (Defago, 2003) a été remaniée pour la présente étude. La formulation des questions a été allégée et certains items ont été ajoutés dans le but d'étoffer la saisie des processus en cours chez le thérapeute. Une version féminine et une masculine ont été réalisées.

Ce questionnaire, présenté à quatre reprises à chacun des sujets, a pour but d'évaluer leur perception de processus cognitifs et émotionnels, ainsi que leur représentation de différents aspects liés au fonctionnement des clients. Elle a été élaborée en fonction des hypothèses de départ et s'est inspirée de différents documents déjà existants, notamment l'instrument « Bochumer Bearbeitungs- und Beziehungs-Skalen » développé par Sachse en 1996 (Sachse, 1996a, 2001), série d'échelles visant à évaluer la perception du

client par le thérapeute quant à sa manière de traiter les thèmes abordés et la relation thérapeutique.

Le choix des réponses à la majorité des questions se fait au moyen d'une échelle de Likert s'étendant de 0 à 6. Quelques items demandent une réponse écrite sur une seule ligne. L'ensemble se compose de 25 items reflétant trois dimensions principales d'analyses :

1. Perception du mode et du niveau du processus explicatif chez le client et chez le thérapeute
2. Perception des caractéristiques internes
3. Perception des caractéristiques externes

Perception du niveau du processus explicatif chez le client et chez le thérapeute

En fonction de la base théorique et des hypothèses de départ, deux items de la série de questions constituent le focus principal de cette recherche, et un apport nouveau en relation avec les études menées par Sachse. En effet, le matériel expérimental et les interventions formulées par les sujets permettent des évaluations *objectives* des niveaux du processus explicatif au moyen de l'échelle prévue à cet effet. De plus, le choix d'interroger directement le sujet sur ce qu'il pense avoir perçu quant à ce processus, permet d'introduire des évaluations *subjectives* pouvant être mises en lien et analysées en regard des précédentes.

Pour le *premier* item, le sujet doit évaluer la direction du processus explicatif qu'il juge prise par le client. Entre le premier et le deuxième énoncé, entre le deuxième et le troisième, ainsi qu'entre le premier et le troisième énoncé, il doit se prononcer quant au niveau de profondeur pensé atteint, au moyen d'une échelle de Likert s'étalant sur 7 niveaux, de « nettement plus superficiel » à « nettement plus approfondi », en passant par « aucun changement particulier ». Cela indique donc si le sujet perçoit plutôt un approfondissement, un décroissement ou aucun changement particulier dans le traitement explicatif du client. Cette évaluation est ensuite comparée avec le « réel » mode de traitement du client.

Dans le *deuxième* item, le sujet doit évaluer dans quelle mesure il pense être lui-même parvenu, voire avoir dépassé le niveau perçu comme atteint par le client, ceci à trois reprises pour chaque séquence, au moyen d'une échelle s'étalant sur 7 niveaux, de « nettement plus bas » à « nettement plus haut », en passant par « même niveau ».

Des indications relatives à la perception de sa propre intervention par chaque sujet sont ainsi mises en lien avec la performance mesurée par des juges externes.

Perception des caractéristiques internes

Par « caractéristiques internes », il est fait référence aux différents processus affectifs et cognitifs que le sujet thérapeute perçoit en lui. L'ensemble de ces caractéristiques sont regroupées selon différents facteurs, présentés ci-dessous :

Sensation corporelle et état affectif ressentis

Deux premiers items (1 et 2) visent à centrer le thérapeute sur son vécu subjectif, en le focalisant d'emblée sur son ressenti corporel et psychique. Chaque séquence ne durant qu'entre une et trois minutes, ce ressenti particulier ne devrait pas s'être trop « évaporé » ou déformé, et demeurer encore assez saillant. De plus, une telle demande tend à amener la personne à « se positionner le plus proche et à partir d'elle-même » pour ses réflexions concernant les questions à suivre.

Charge cognitive ressentie

La charge cognitive vécue et perçue lors d'un entretien thérapeutique est capitale pour tout thérapeute. Elle caractérise la façon dont il traite l'information reçue. Pour son évaluation, ont été demandés d'évaluer, sur le plan cognitif, les niveaux de difficulté, d'effort et de concentration ressentis lors de la vision de la séquence.

De plus, l'évaluation des degrés d'intuition et de réflexion dont le sujet pensait avoir fait preuve a pour but de cerner leur lien avec les autres aspects retenus. Les sujets affirmant avoir fait plus appel à leur réflexion qu'à leur intuition sont considérés comme percevant une charge cognitive plus élevée, dans le sens que la réflexion demande un effort conscient et que l'intuition est plus automatisée et ne permet pas de la mobiliser consciemment.

Pour l'ensemble des items des dimensions explicitées dans les sous-chapitres qui suivent, c'est le même type d'échelle qui a été proposé.

Charge affective ressentie

Afin de parvenir à une possible comparaison avec la charge cognitive, plusieurs items sont regroupés dans le facteur dénommé « charge

affective ». En effet, alors que la difficulté, l'effort et la concentration ressentis sont évalués au niveau cognitif, trois questions évaluent l'impact de chacun d'eux sur le plan émotionnel. Par exemple, à quel degré le sujet a-t-il ressenti l'impact de la difficulté éprouvée sur le plan affectif ? De plus, ce facteur inclut des questions relatives au degré de s'être senti touché par le client, de la perception d'émotions et de leur intensité. C'est un après-coup et moins l'immédiat qui est visé. Il s'agit d'« emprise » : le thérapeute s'est-il senti comme limité, restreint par une charge affective évaluée comme trop ou très importante ?

Résonance empathique ressentie

Cet aspect vise notamment à mettre en liens les réponses obtenues avec les niveaux d'empathie, d'authenticité et de congruence illustrés par les interventions des sujets. Quatre items ont été retenus pour cette dimension. Le premier évalue le niveau auquel le thérapeute se sent *touché* par les interventions du client et le deuxième le degré de *sympathie* ressentie. L'item se référant à la *facilité d'expression* ou la fluidité verbale avec laquelle le sujet estime avoir pu s'exprimer a été considéré comme se référant à la résonance empathique, dans le sens que si cette résonance générale est bien vécue, le sujet devrait parvenir à s'exprimer librement, sans interruptions ou hésitations pénibles. Le dernier item concerne la mesure dans laquelle le thérapeute estime que le contenu explicite, ou implicite, de l'expression des clients a rappelé des éléments de son *histoire personnelle*.

Perception des caractéristiques externes

Par « caractéristiques externes », référence est faite à l'ensemble des manifestations externes perçues par le sujet. Ces caractéristiques sont les suivantes :

Perception du fonctionnement du client

Cette dimension évalue, au moyen de deux items distincts, dans quelle mesure le sujet a perçu le *client en contact* avec lui-même et *congruent* dans sa manière de présenter ce qu'il a exprimé avec le contenu proprement dit. Un troisième item concerne la perception de la *perspective* adoptée par le client. Ce dernier semble-t-il se situer dans une perspective externe (orienté vers l'action) ou plutôt interne (orienté vers soi-même)⁷².

⁷² Les libellés de l'échelle de Likert proposée dans ce cas étaient différents des précédents : de 0, « nettement plus externalisante » à 6, « nettement plus internalisante » en passant par 3, « moyenne ».

Perception globale mêlant caractéristiques internes et externes

Distractions

Nombre d'éléments peuvent distraire le thérapeute, que ce soient ses propres réactions, des observations chez le client ou des événements extérieurs. Ils font que pendant quelques secondes, il n'est plus autant à l'écoute. Est-ce que dans cette situation expérimentale, cela se produit-il, et le thérapeute peut-il préciser cette expérience ? Comment décrit-il ces instants qui de prime abord ne sont pas à son avantage dans la situation thérapeutique ? Cet item permet aussi de déterminer si des distracteurs externes, liés à la situation expérimentale ont joué un rôle lors de la séquence. Le sujet est censé en décrire la source pensée et sa réaction.

Attention cognitive et émotionnelle

Deux items sont centrés sur le vécu d'accaparement aux niveaux mental puis émotionnel. Le sujet doit ranger selon leur ordre d'importance subjective différents aspects se référant à la fois à des caractéristiques internes (réactions physiologiques propres, état émotionnel propre, réflexion) et à des caractéristiques externes (attitude du client, contenu des énoncés du client, relation suggérée par le client, bruits extérieurs).

Il s'agit de cibler si certains aspects ont eu un impact plus important au niveau cognitif, mental, ou au niveau émotionnel chez les sujets. Cet impact est-il plus lié aux réactions propres, à la personne du client, ou aux événements extérieurs ?

De plus, un item, seulement centré sur les caractéristiques internes, permet au thérapeute de déterminer (en pourcentages) si ce sont ces ressentis (réactions physiologiques, émotions, affects) ou ses pensées (réflexion, concentration, intentions) qui ont été le plus accaparantes, présentes, pour lui.

Prédominance des caractéristiques externes ou internes

Un item de la série de questions permet de déterminer dans quelle mesure le sujet thérapeute, dans l'élaboration de ses interventions, s'est appuyé sur les *énoncés et attitudes perçus chez le client* (caractéristiques externes) et sur ses *résonances émotionnelles et cognitives* (caractéristiques internes) face à ce dernier ?

Quel est son « point d'ancrage » ? Observe-t-on des différences entre les sujets et y a-t-il moyen de les séparer en deux groupes distincts et d'observer des différences significatives quant à l'ensemble des autres variables ?

4.5 ANALYSES STATISTIQUES UTILISÉES

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le programme *SPSS 12.0*. Dans les analyses préliminaires, ont été incluses des statistiques descriptives, le contrôle des prérequis nécessaires aux analyses ultérieures ainsi que l'analyse de la normalité des distributions de l'ensemble des variables.

Pour le calcul de la fidélité inter-juges dans la cotation de la qualité des interventions selon les échelles du processus explicatif et des variables de base, les indices Kappa, Alpha de Cronbach et de la corrélation intra-classe ont été retenus.

L'analyse des quatre groupes d'hypothèses a compris des t-tests pour échantillons appariés pour les comparaisons « pré-post », des t-tests pour un échantillon et des t-tests pour échantillon indépendants. Des tests de khi carré et des analyses de variance multivariées et à mesures répétées, incluant des contrastes a priori (simple) et des tests post-hoc de Tukey ont permis la plupart des calculs (groupes d'hypothèses 2, 3 et 4). Il est important de garder à l'esprit que chaque analyse de variance porte sur les groupes des étudiants débutants, des étudiants avant de suivre l'entraînement pratique et des thérapeutes en formation.

Le groupe des étudiants après avoir bénéficié de la pratique est systématiquement comparé, par des tests de Student apparié à sa passation expérimentale avant la pratique, et non avec les autres groupes.

Enfin des corrélations de Pearson entre les variables de la qualité des interventions et celles des processus internes ont permis de définir des tendances concernant la nature et l'intensité de leurs liens (groupes 1 et 3).

Il est à préciser tout de suite que ces corrélations sont calculées au niveau des groupes et non à celui des personnes considérées individuellement.

Pour chaque résultat, ce sont les probabilités exactes qui sont mentionnées.

5. RESULTATS

5.1 COTATION DES INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES : ACCORDS INTER-JUGES

5.1.1 Procédure de formation et d'entraînement des juges

Afin d'assurer une meilleure fidélité des résultats, une procédure d'accord inter-juge a été mise en place pour la cotation de l'ensemble des interventions, selon les quatre échelles du *processus explicatif*, de la *verbalisation des expériences émotionnelles*, de la *congruence* et du *regard positif*. Au total ce sont près de 8500 cotations qui ont été faites par 4 juges, dont une « experte ».

La formation et l'entraînement des juges ont été assurés par lic. phil. L. Defago, Dr. P. Montini et le Prof. Dr. M. Reicherts en tant que superviseur de l'ensemble de la procédure. L. Defago et P. Montini ont pris part au processus en tant qu'« expertes », puisque chacune d'elles, ayant auparavant déjà utilisé les échelles en question, en avaient une connaissance et une pratique approfondies.

L'entraînement s'est déroulé sur 4 séances de 3h30 chacune, réparties entre fin juillet (une séance), août (deux séances sur deux jours rapprochés) et décembre 2005 (une séance). P. Montini a pu apporter sa contribution et éclairer certains aspects problématiques lors de la 2^e séance d'août. Entre l'entraînement intensif de juillet et août et la dernière séance de janvier 2006, les juges ont travaillé individuellement sur les interventions du groupe des étudiants de 2^e année en psychologie clinique (Defago, 2003). Ainsi, des accords inter-juges ont été calculés au fur et à mesure de l'avancée de leur travail, dans le but de considérer la qualité et l'amélioration de ces accords. Au total, 10 sujets ont été cotés ou corrigés en commun durant les groupes de travail. Cela représente une formation commune sur 350 interventions à évaluer selon les quatre échelles, soit 1400 cotations sur un total de plus de dix heures de travail. En tenant compte des cotations faites individuellement, le total de la formation a porté sur 2800 cotations.

En octobre 2005, les 3 juges principaux ont apporté des corrections ciblées par l'experte quant à certaines interventions pour lesquelles elles divergeaient. Après ces corrections, qui se sont avérées très satisfaisantes concernant les accords réévalués, une dernière série de cotations a été

demandée afin de corroborer l'amélioration notable. A ce stade, tous les accords ont été jugés satisfaisants, voire bons, et chaque juge a pu alors s'atteler à la cotation des quelques 8500 interventions. Ces dernières ont également été soumises à une évaluation de leurs concordances en août 2006.

5.1.2 Accords inter-juges avant et pendant la « cotation finale »

Coefficients de fidélité inter-juges

Il existe plusieurs moyens et différentes stratégies, plus ou moins subtiles, de calculer des accords inter-juges (Burry-Stock, Shaw, Laurie & Chissom, 1996). Le coefficient Kappa et la corrélation intra-classe sont parmi les plus fréquemment utilisés, avec l'Alpha de Cronbach.

Le coefficient de Cronbach présente un accord inter-juge qui tient compte de la constance dans la cotation, en se basant sur les variances, mais non de sa précision, au contraire du coefficient Kappa (Cohen, 1960), qui exploite les tables de contingence en se basant sur les valeurs absolues (Howell, 1998). En effet, avec le coefficient de Cronbach, deux juges peuvent être chacun congruents dans l'évaluation des interventions selon l'échelle du *processus explicatif*, par exemple, mais ce coefficient ne rendra pas compte de la différence de précision⁷³.

Les échelles ont un nombre de modalités différent, il est possible de s'attendre à ce que celles de *congruence* et de *regard positif*, ne comportant que 5 modalités chacune, montrent – a priori – des coefficients Kappa meilleurs que pour celle de l'*empathie* qui en comporte 12.

Par rapport au type de variables cotées et leur plan de cotation, et après examen de nombre de corrélations entre les différentes possibilités de sélection des interventions, les accords ont été systématiquement calculés pour l'ensemble des interventions de quatre sujets choisis aléatoirement. Ainsi, cela a permis des calculs sur **140 (4 x 35) interventions** pour chaque type d'échelle. Le tableau suivant présente les différents coefficients de fidélité calculés entre août 2005 et janvier 2006.

⁷³ Cela veut dire que si un juge cote systématiquement tel type d'intervention à 8 et tel autre à 3, et qu'un second juge les cote systématiquement à 6 et à 1, le coefficient de Cronbach ne rendra pas compte de cette différence – et pourra être influencé par des effets de clémence ou de sévérité –, à l'inverse du coefficient Kappa qui permet justement de situer le degré de cette différence.

Tableau 5.1 : Coefficients de fidélité inter-juges calculés pour 4 juges et 4 sujets choisis aléatoirement à quatre reprises lors de la phase de formation et pour 3 juges et 4 sujets lors de la cotation finale (août 06)

	Août 06	Sept. 05	Oct. 05	Déc. 05	Jan. 06
Kappa global (m)					
PE	.622	.473	.347	.406	.459
VEE	.437	.138	.144	.249	.236
AUT	.734	.410	.356	.298	.506
POS	.694	.259	.300	.360	.388
Alpha de Cronbach					
PE	.923	.933	.882	.912	.935
VEE	.908	.866	.871	.901	.898
AUT	.907	.709	.724	.733	.845
POS	.893	.886	.909	.899	.868
Corr. intra-classe					
PE	.800	.777	.652	.720	.781
VEE	.767	.618	.627	.696	.688
AUT	.766	.378	.396	.407	.576
POS	.736	.660	.715	.690	.622

Le principe du *Kappa* est d'opposer les accords et les désaccords entre deux juges sur une même variable qualitative en tenant compte des fréquences de chaque modalité (Cohen, 1960). Il chiffre l'intensité ou la qualité de l'accord réel entre des jugements qualitatifs appariés. Il est compris entre -1 et 1 et peut être considéré comme modéré à partir de .30 (Cohen, 1977). Les coefficients se révèlent modérés (seulement pour l'empathie) et bons pour les cotations officielles.

La *corrélation intra-classe* analyse la variabilité des données selon les différences entre les sujets (variables) et selon les différences dues aux juges (sur la base de l'analyse de variance), considérés comme source d'erreur s'ils diffèrent entre eux de manière trop importante (soit en général, soit en interaction avec les sujets) (Howell, 1998).

L'*alpha de Cronbach* varie entre 0 et 1 et constitue un indice de « consistance interne » de l'échelle, basé sur la moyenne de la corrélation inter-item et dont une valeur de .80 est considérée comme bonne (Field, 2005). Il évalue le degré auquel l'ensemble des juges mesurent la même chose. Ce coefficient a systématiquement révélé des valeurs élevées, voire très élevées (.70 à .99).

L'échelle du processus explicatif révèle les meilleurs coefficients de fidélité. Cette observation est en faveur de la présente étude, puisque cette échelle est à la base de ce travail. La cotation de l'empathie, par contre, montre le moins bon coefficient Kappa, bien que les autres soient satisfaisants, au même titre que pour le regard positif et l'authenticité. Cette observation n'est pas si surprenante puisque cette échelle comporte plus de niveaux (12) que les trois autres.

Lors de la phase de cotation finale, chaque intervention a été cotée par deux juges et la moyenne de ces évaluations a été retenue pour chaque échelle et pour toutes les analyses statistiques effectuées. Pour le calcul de l'accord inter-juge, des interventions ayant été cotées par 3 juges ont été soumises à l'analyse. Un plan de cotation (voir annexe 8, tableau 1, p.243) a été défini, afin d'éviter que chaque juge cote systématiquement le même sujet ou selon la même échelle. Ainsi, la validité de ces cotations est corroborée par les accords inter-juge révélés bons, voire très bons pour la phase officielle de cotation, d'août 2006.

5.2 ANALYSES STATISTIQUES DESCRIPTIVES PRÉLIMINAIRES

5.2.1 Groupes expérimentaux

Les groupes expérimentaux se répartissent de la manière suivante :

Tableau 5.2 : *Âge moyen, sexe et total des personnes dans chaque groupe*

	Etudiants 1 ^{er} cycle	Etudiants 2 ^e cycle	Thérapeutes en formation
Âge moyen	20-25 ans	m = 23.79 sd = 2.73	m = 36.00 sd = 5.88
Nombre d'hommes	5	3	6
Nombre de femmes	15	21	13
Nombre total	20	24	19

L'âge le plus jeune des étudiants de 2^e cycle est de 21 ans, le plus élevé de 26 ans. Le thérapeute en formation le plus jeune est âgé de 27 ans, le plus âgé de 48 ans.

5.2.2 Manipulations expérimentales

Le paradigme expérimental a prévu un balancement de l'ordre de présentation des séquences, afin d'éviter son influence sur la qualité des interventions présentées et la perception des différentes variables liées aux caractéristiques internes et externes. Les résultats sont concluants : aucune influence n'est observable pour ces dernières, ni pour les niveaux de processus explicatif, d'empathie et de considération positive. Néanmoins, l'authenticité s'avère plus élevée dans l'ordre A ($m = 3.39$; $sd = .24$) que dans l'ordre B ($m = 3.27$; $sd = .26$) : $t_{(85)} = 2.15$; $p = .034$. Cette observation sera discutée dans la suite de ce travail.

Lors de l'ensemble de l'expérience, cinq clients différents sont présentés au sujet. L'analyse de variance multivariée ne montre pas d'influence significative du client sur les variables liées à la qualité des interventions thérapeutiques, ni pour celles liées aux caractéristiques internes. Par contre, pour les caractéristiques externes liées au client, comme il était vraisemblable de s'y attendre, une différence apparaît entre « Marc » et « Eddy » quant aux niveaux de congruence et de contact avec soi-même perçus par les sujets. De manière générale, « Marc » est perçu comme moins congruent ($m = 3.78$; $sd = .77$) et moins en contact avec lui-même ($m = 3.39$; $sd = .75$) que ne l'est perçu « Eddy » ($m = 4.01$; $sd = .79$, pour la congruence ; $m = 4.16$; $sd = .69$, pour le contact avec soi) (t-test pour échantillons indépendants, unilatéral : congruence : $t_{(86)} = 2.23$; $p = .014$ et contact avec soi : $t_{(86)} = 7.29$; $p = .000$).

En ce qui concerne une éventuelle différence entre hommes et femmes, la seule observable se réfère à l'appui sur les résonances émotionnelles propres : les femmes y font plus appel ($m = 3.19$; $sd = .68$; $n = 52$) que les hommes ($m = 2.70$; $sd = .68$; $n = 11$) ($t_{(61)} = 2.17$; $p = .034$), mais elles sont bien plus nombreuses dans l'effectif que ces derniers.

Enfin, la question 22 du questionnaire évaluait notamment la présence des conditions extérieures et d'expérimentation comme source de distraction. Sur 252 possibilités de se sentir ennuyé par ces dernières, seules 12% des réponses données les concernent. Cela est donc en faveur du paradigme expérimental en soi. En effet, bien que parfois le son n'ait pas été très bon, il ne semble pas avoir influencé de manière trop importante les participants.

5.3 ANALYSES SELON LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

5.3.1 Groupe 1 : Qualité des interventions thérapeutiques

a. Les niveaux des variables de base corréleront positivement avec le niveau des offres de traitement explicatif. Exploration des liens avec les temps de réaction et de parole.

Les corrélations de Pearson ont été calculées au niveau des personnes, et se réfèrent à des valeurs composites considérant les moyennes des groupes. Il s'agit de préciser que ce n'est donc pas la variation intra-individuelle qui est présentée dans ces résultats. Ces corrélations s'avèrent significatives pour les variables suivantes :

Tableau 5.3 : *Corrélations de Pearson entre les variables de base, le processus explicatif, le temps de réaction et le temps de parole*

Empathie	.75**				
Regard positif	.47**	.51**			
Authenticité	-.14	-.04	.10		
Temps de parole	-.16	-.02	-.50**	-.14	
Temps de réaction	-.30**	-.29**	-.20*	-.09	-.07
	Processus explicatif	Empathie	Regard positif	Authenticité	Temps de parole

* $p < 0.10$; * $p < 0.01$ (bilatéral) ; $N = 87$

L'hypothèse est confirmée pour les corrélations entre le processus explicatif et le regard positif et l'empathie⁷⁴. L'authenticité ne montre pas de lien notable. Par contre, le temps de réaction se révèle comme relié négativement à la qualité des interventions (processus explicatif et empathie, tendanciel pour le regard positif) : il semble que plus la réponse est « spontanée », voire « évidente à formuler » pour les sujets, plus sa qualité est élevée. Un niveau moyen moindre de réflexion et une charge cognitive perçue en moyenne comme moins élevée par les sujets, peuvent favoriser une telle intervention (voir le groupe 3 des résultats ci-dessous).

⁷⁴ L'analyse de régression linéaire montre que 57% de la variance du processus explicatif est expliquée par les variables de base ($F_{(3,83)} = 38.80$; $p = .000$). L'empathie a une influence significative : $t = 8.14$; $p = .000$; $Beta = .675$, et le passage d'une corrélation simple de .468 à une corrélation partielle de .174 pour le regard positif indique que l'empathie exerce un effet médiateur sur le lien entre le regard positif et le processus explicatif : le regard positif exerce une influence indirecte (non significative) sur le processus explicatif, en passant par l'empathie.

En considérant les groupes séparément (voir annexe 8, tableau 2, p.243), le groupe des thérapeutes ne présente de corrélations négatives significatives qu'entre les niveaux moyens de regard positif et de processus explicatif par rapport au temps de parole moyen. Les deux groupes sans expérience pratique confirment les corrélations entre l'empathie et le regard positif avec le processus explicatif. De plus, le groupe des étudiants avant le cours pratique ajoute des corrélations positives significatives entre toutes les variables de base entre elles, et entre l'authenticité et le processus explicatif. Étonnamment, après avoir suivi le cours pratique, cette dernière corrélation se révèle négative.

b. Comparée aux étudiants en psychologie, la qualité de l'intervention des thérapeutes en formation post-grade avancée est caractérisée par :

- **un niveau plus élevé d'offres de traitement explicatif**
- **des niveaux plus élevés d'empathie, de considération positive, et d'authenticité**
- **un temps de réaction plus important pour l'initiation de la formulation**
- **un temps de parole plus bref (et un nombre de mots plus réduit)**

Le tableau de la page suivante présente les moyennes de chaque variable. Le processus explicatif se situe proche du niveau 4 de l'« évaluation » pour les étudiants sans expérience pratique, et tend vers le niveau 5 de l'« évaluation personnelle » lorsque de l'expérience pratique est acquise. Pour l'empathie, les étudiants débutants se situent proche du niveau 5 de l'échelle : le sujet énonce des aspects internes au patient, mais seulement d'ordre secondaire ou accessoire. Le niveau augmente avec l'expérience des sujets. En effet, les thérapeutes en formation se situent au-delà du niveau 6, c'est-à-dire qu'ils tendent à atteindre le degré supérieur de l'échelle vers l'énonciation d'une partie des aspects internes importants pour le patient. L'authenticité se situe en moyenne proche du niveau 3, pour lequel les énoncés semblent majoritairement congruents avec les expériences, bien qu'il y ait quelques indications sporadiques d'incongruence. Enfin, le regard positif, qui tend à s'améliorer avec l'expérience se situe autour du niveau 3 également : le degré de l'acceptation est partiellement restreint par le besoin d'aider, le sujet peut sembler « possessif », ou dirigiste. À noter que le niveau 4, vers lequel se dirigent les thérapeutes en formation, comprend un intérêt évident et sincère pour le client.

Tableau 5.4 : Qualité de l'intervention des sujets et différences significatives entre les étudiants débutants, les étudiants « pré » et les thérapeutes en formation

	Etudiants débutants (n = 20)		Etudiants « pré » (n = 24)		Etudiants « post » (n = 24)		Thérapeutes en formation (n = 19)		F _(2,60)	p(F)
	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd		
PE [1-8]	4.12	.54	4.26	.38	4.70	.33	4.47	.29	3.36	.042
VEE [1-12]	4.98	.83	5.77	.81	6.00	.71	6.30	.74	13.57	.000
AUT 1-5]	3.38	.34	3.41	.31	3.29	.14	3.22	.15	2.56	.086
POS [1-5]	2.94	.43	3.13	.29	3.24	.17	3.36	.22	7.88	.001
TdR	8.57	1.03	8.26	3.81	7.21	2.19	7.53	1.32	.863	.427
TdP	15.01	8.64	12.25	6.93	10.13	6.21	12.96	8.15	.702	.500
Nb. mots	41	23	28	12	28	13	34	16	3.24	.046

Légende : PE, processus explicatif ; VEE, empathie ; AUT, authenticité ; POS, regard positif ; TdR, temps de réaction ; TdP, temps de parole ; Nb. mots, nombre de mots.

Eta : PE = .101 ; VEE = .289 ; AUT = .048 ; POS = .182 ; TdR = -.004 ; TdP = -.010 ; Nb. mots = .067.

Les contrastes (simple) et les t-tests appariés pour le groupe des étudiants avant puis après la partie pratique, opposent les groupes suivants :

- Pour le *processus explicatif* : les thérapeutes en formation sont meilleurs que les étudiants débutants : $p = .033$; $d = 0.80$. De plus, les étudiants du groupe « pré-post » s'améliorent : $t_{(23)} = -6.89$; $p = .000$; $d = 1.24$.
- Pour l'*empathie* : les thérapeutes en formation sont meilleurs que les étudiants sans expérience pratique : $p = .000$ ($d = 1.68$) et $.035$ ($d = .68$), respectivement. Le groupe « pré-post » va dans le sens d'une amélioration : $t_{(23)} = -1.68$; $p = .053$ (unilatéral) ($d = .30$).
- Pour l'*authenticité* : les thérapeutes en formation sont meilleurs que les étudiants avant expérience pratique : $p = .035$. Le groupe « pré-post » tend à une détérioration du niveau de cette variable : $t_{(23)} = 1.66$; $p = .056$ (unilatéral).
- Pour le *regard positif* : les thérapeutes en formation sont meilleurs que les étudiants sans expérience pratique : $p = .000$ et $.027$, respectivement. Le groupe « pré-post » s'améliore : $t_{(23)} = -2.02$; $p = .028$ (unilatéral).
- Les *temps de parole* et de *réaction* sont moins élevés après entraînement pratique : $t_{(23)} = 2.44$; $p = .012$ et $t_{(23)} = 1.47$; $p = .078$ (unilatéral), respectivement.

Les niveaux de regard positif et d'empathie, sont effectivement significativement moins élevés chez les étudiants sans expérience pratique

que chez les thérapeutes en formation. Il est étonnant de noter que pour l'authenticité, même si l'analyse de variance n'est pas significative, son niveau apparaît plus élevé dans les contrastes pour les étudiants sans expérience pratique. Cela peut être dû à leur « spontanéité » et leur manque de stratégie thérapeutique qui font se dégager de leurs interventions cette authenticité plus élevée. Dans les réponses des étudiants ayant suivi la partie pratique et celles des thérapeutes en formation, le côté « préparé » se perçoit peut-être plus, au détriment de l'impression d'authenticité. Les mêmes observations (sauf pour l'empathie qui ne s'améliore pas significativement) se dégagent de l'analyse des différences pour le groupe « pré-post ».

Aucune différence notable ne s'observe entre les trois groupes pour le temps de parole et le temps de réaction.

Le nombre de mots composant chaque intervention a été calculé pour tous les sujets. Cette analyse descriptive vient illustrer l'une des qualités que Sachse (1992b) souligne comme nécessaire pour qu'une intervention thérapeutique soit efficace, à savoir que plus une intervention thérapeutique est concise et précise, plus elle est susceptible d'être acceptée et comprise favorablement par les clients. Il y a une différence significative entre les groupes : $F_{(2,60)} = 3.24$; $p = .046$. Le test de Tukey révèle que le groupe 1 s'exprime avec significativement plus de mots que le groupe des étudiants avant entraînement ($p = .036$). Ce sont les personnes de ce dernier groupe (après et avant le cours pratique) qui s'expriment en moyenne avec le moins de termes. Un indice a été calculé dans le but d'explorer si d'autres différences apparaissaient en pondérant le nombre de mots prononcés pendant le temps de parole (nb de mots / TdP), mais cela n'a rien révélé de significatif.

Les niveaux de processus explicatif, d'empathie et de regard positif s'améliorent en fonction de l'expérience et de la formation pratiques. L'authenticité montre une tendance inverse à celle attendue, et les temps de parole et de réaction ne sont en soi pas différenciés selon les groupes.

5.3.2 Groupe 2 : Effet directionnel des processus de traitement explicatif des clients

a. Les moyennes de traitement explicatif proposé par les sujets se différencient selon la *direction* du traitement explicatif illustrée par

les clients. Cette différence est moins importante chez les thérapeutes en formation post-grade avancée que chez les étudiants sans expérience pratique.

Un test de Student apparié montre que le niveau du processus explicatif est en général moins élevé dans les séquences d'approfondissement ($m = 4.42$; $sd = .57$) que dans celles de décroissement ($m = 4.49$; $sd = .49$) : $t_{(86)} = 1.51$; $p = .067$ (unilatéral). Ce niveau se situe généralement entre les niveaux 4 de l'évaluation et 5 de l'évaluation personnelle. A noter qu'aucune différence significative n'est révélée selon que les sujets se trouvent face à tel ou tel client ($t_{(86)} = .582$; $p = .281$). Les moyennes pour chaque groupe se trouvent dans l'annexe 8, tableau 3, p.244.

Pour déterminer si cette différence est moins importante chez les thérapeutes en formation post-grade avancée que chez les étudiants sans expérience pratique, une analyse de variance a été faite sur les moyennes des *différences* entre les deux types de séquences, pour chaque groupe.

Tableau 5.5 : Moyennes, écarts-types et significativité des différences de niveau de processus explicatif selon les deux types de séquences

	Etudiants débutants (n = 20)		Etudiants « pré » (n = 24)		Etudiants « post » (n = 24)		Thérap. en formation (n = 19)		F _(2,60)	p(F)
	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd		
Différence de niveau de PE selon les deux types de séquences	.42	.58	.14	.25	-.04	.22	-.25	.36	12.95	.000

Note : Les valeurs positives indiquent un niveau de processus explicatif plus élevé dans les séquences de décroissement.

Le résultat est très significatif : $F_{(2,60)} = 12.95$; $p = .000$ (Adj. $R^2 = .278$). Les contrastes (simple) opposent clairement les groupes sans expérience pratique au groupe des thérapeutes en formation (respectivement : $p = .000$ et $.003$) : en valeurs absolues, la différence du niveau des offres des sujets entre les différents types de séquences est moins importante pour les thérapeutes en formation. Ces derniers semblent donc moins fortement influencés par la direction de traitement adoptée par les clients et, à l'inverse des étudiants sans expérience pratique, la qualité de leurs offres

est plus élevée dans les séquences d'approfondissement, ce qui est en faveur d'un soutien pertinent du client lorsqu'il s'engage dans le processus exigeant qu'est l'approfondissement et l'explication de ses expériences vécues.

En ce qui concerne la différence avant et après entraînement, elle est significative également : $t_{(23)} = 3.22$; $p = .002$ (unilatéral). Avant le cours pratique, la différence entre approfondissement et décroissement ($m = .14$; $sd = .25$) est significativement plus importante qu'au post ($m = -.04$; $sd = .22$). Avec l'entraînement, il semblerait que le groupe soit moins influencé par la direction décroissante du processus adoptée par les clients.

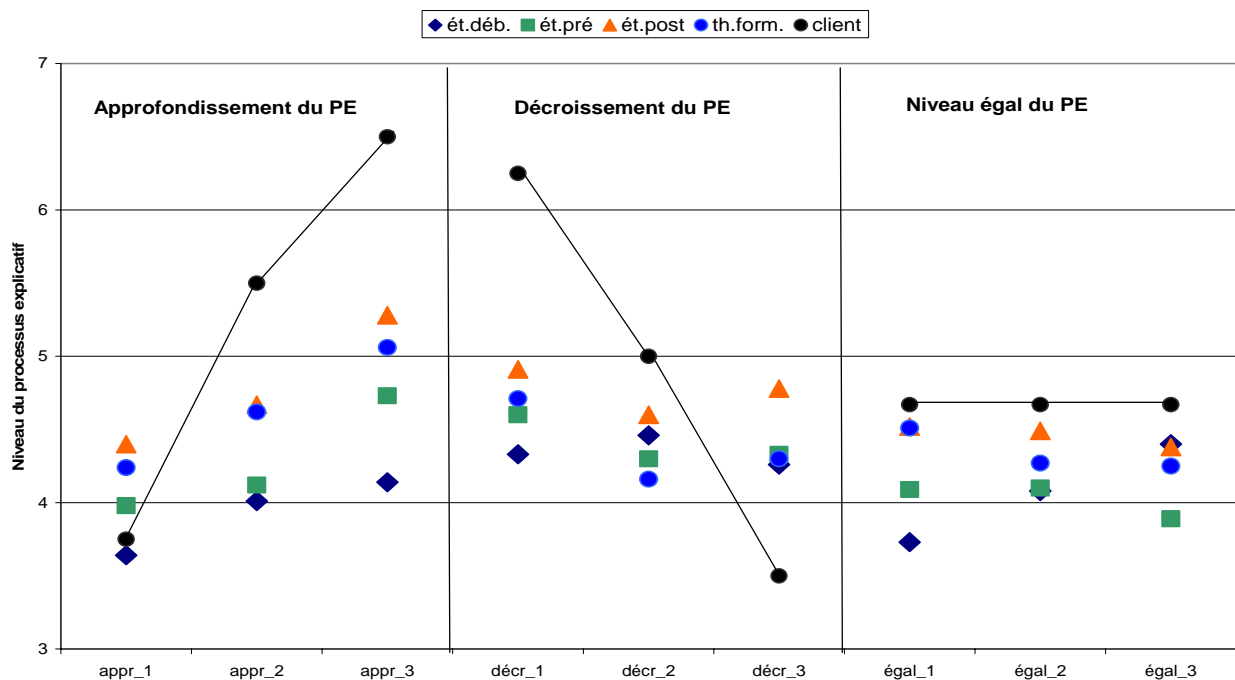
Les thérapeutes en formation, et les étudiants ayant suivi la partie pratique, semblent moins fortement influencés par la direction de traitement adoptée par les clients et la qualité de leurs offres est plus élevée dans les séquences d'approfondissement.

b. La direction du traitement explicatif illustré par les clients montre un effet directionnel général plus en faveur des offres formulées par les thérapeutes en formation post-grade avancée que par les étudiants en psychologie.

Le graphique de la page suivante illustre cette problématique :

Pour traiter cette hypothèse, le test du khi carré a été choisi, en analogie avec les types d'analyses (DEL-Analyse) de Sachse (1990a). Le nombre d'offres de traitement s'approfondissant, demeurant au même niveau ou devenant de plus en plus superficielles, entre la première et la troisième intervention pour les huit séquences d'approfondissement et de décroissement et les trois séquences de niveau égal a été calculé pour chacun des 87 sujets. Le tableau de fréquences obtenu est présenté à la page suivante. Le résultat est significatif : $\chi^2_{(4)} = 74.06$; $p = .000$.

Graphique 5.1 : Niveau moyen des offres de traitement explicatif proposées par les différents groupes en fonction des niveaux de traitement explicatif des clients



Il y a significativement plus d'offres s'approfondissant proposées pour les séquences d'approfondissement que ce qui serait attendu sous hypothèse dépendance (voir les résidus standards ajustés supérieurs à 1.96 : $213 > 158.4$). Dans les séquences de décroissement, il y a moins d'offres d'approfondissement que ce qui serait attendu sous même hypothèse d'indépendance ($136 < 152.3$). De plus, lorsque les sujets montrent un décroissement de leurs offres de traitement, elles sont significativement plus nombreuses qu'attendues dans les séquences de décroissement ($146 > 107.5$) et significativement moins nombreuses dans celles d'approfondissement ($46 < 98.4$). Lors d'approfondissement par le client, les sujets tendent à approfondir leurs interventions. Lors de décroissement, ces derniers tendent à baisser en parallèle leur niveau⁷⁵.

⁷⁵ Les tests de khi carré opérés pour chaque groupe séparément ne confirment pas l'effet directionnel pour le groupe des étudiants débutants. Pour les autres groupes, les mêmes effets cités sont établis (voir annexe 8, tableaux 4, p.244-245).

Tableau 5.6 : Fréquence des directions de traitement explicatif des sujets selon la direction de traitement des clients

		Clients			Total	
		Approf.	Niveau égal	Décr.		
Sujets	Approf.	fréq. observées	213	100	136	449
		fréq. attendues	158.4	117.6	152.3	
		résidus stand. ajustés	7.4	-2.6	-6.4	
	Niveau égal	fréq. observées	75	61	83	219
		fréq. attendues	77.2	57.4	84.4	
		résidus stand. ajustés	-.4	.6	-.2	
	Décroiss.	fréq. observées	46	87	146	279
		fréq. attendues	98.4	73.1	107.5	
		résidus stand. ajustés	-7.8	2.3	5.6	
	Total		334	248	365	947

Légende : « Approf. » : le niveau du processus explicatif s'approfondit entre le 1^{er} et le 3^e énoncé.

« Niveau égal » : le niveau demeure constant.

« Décroiss. » : le niveau du processus explicatif devient de plus en plus superficiel.

La direction des niveaux de traitement des clients montre un effet directionnel général sur les offres de sujets.

Afin de déterminer si l'effet directionnel observé est plus en faveur des thérapeutes en formation post-grade avancée que des étudiants en psychologie, il s'agit de montrer notamment que les thérapeutes en formation forment plus d'offres s'approfondissant pour les séquences d'approfondissement que les étudiants sans expérience pratique. Le tableau de la page suivante présente les moyennes pour différentes combinaisons.

Les séquences d'approfondissement différencient effectivement les groupes. Les contrastes (simple) montrent que les étudiants débutants manifestent moins d'offres s'approfondissant ($p = .015$) et plus d'offres de décroissement ($p = .025$) dans les séquences d'approfondissement que le groupe des thérapeutes.

Tableau 5.7 : Moyennes, écarts-types et significativité des différents types d'offres de processus explicatif dans les différents types de séquences thérapeutiques

	Etudiants débutants (n = 20)		Etudiants « pré » (n = 24)		Etudiants « post » (n = 24)		Thérapeutes en formation (n = 19)		F _(2,60)	p(F)
	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd		
Offres approf. dans séqu. approf.	1.65	1.27	2.75	.94	2.79	.93	2.47	.84	6.52	.003 ¹
Offres décroiss. dans séqu. approf.	.95	1.10	.54	.66	.29	.46	.37	.50	2.84	.067 ²
Offres approf. dans séquences décroiss.	1.80	1.11	1.50	.98	1.46	.78	1.53	1.17	.49	.615 ³
Offres décroiss. dans séqu. décroiss.	1.45	.94	2.00	.98	1.50	.83	1.73	.87	1.88	.161 ⁴

Adj. R² : 1 = .151 ; 2 = .056 ; 3 = -.017 ; 4 = .028

Les t-tests appariés « pré-post » montrent que le nombre d'offres plus superficielles dans les séquences de décroissement est moins élevé après que les sujets aient suivi la partie pratique ($t_{(23)} = 2.08$; $p = .049$). Cette observation est en faveur d'une amélioration de la qualité de leurs offres de traitement explicatif.

L'effet directionnel observé est significativement plus en faveur des thérapeutes en formation et des étudiants ayant suivi la partie pratique du cours de thérapie centrée sur la personne.

c. Les niveaux de traitement approfondis du client sont de manière générale moins bien suivis/soutenus que les niveaux superficiels, en particulier par les étudiants sans expérience pratique.

Mesures effectuées

Afin de répondre à cette hypothèse, plusieurs mesures ont été effectuées. Les premiers énoncés des séquences de décroissement et les derniers des séquences d'approfondissement ont été considérés comme *niveaux de*

traitement approfondis. Il s'agit des niveaux 6 (signification personnelle) et 7 (explication des structures de signification / construction des représentations). A l'inverse, les premiers énoncés des séquences d'approfondissement et les derniers des séquences de décroissement ont été traités comme *niveaux de traitement superficiels*. Ce sont les niveaux 3 (rapport) et 4 (évaluation)⁷⁶. Pour chaque niveau de processus explicatif illustré par chaque client, le nombre d'interventions de niveau plus élevé, de même niveau ou de niveau plus bas a été calculé.

Le khi carré basé sur les huit séquences est significatif : $\chi^2_{(2)} = 745.71$; $p = .000$.

Tableau 5.8 : Fréquence des niveaux de traitement explicatif des sujets selon les niveaux de traitement des clients

		Niveaux des clients		Total	
		approfondis	superficiels		
Niveau des sujets	Plus élevé	fréq. observées	1	401	402
		fréq. attendues	213.3	188.7	
		résidus stand. ajustés	-25.7	25.7	
	De même niveau	fréq. observées	70	89	159
		fréq. attendues	84.4	74.6	
		résidus stand. ajustés	-2.4	2.4	
	Plus bas	fréq. observées	604	107	711
		fréq. attendues	377.3	333.7	
		résidus stand. ajustés	25.7	-25.7	
	Total		675	597	1272

Le tableau ci-dessus montre que les niveaux de traitement approfondis ne sont dépassés par les 87 sujets qu'une seule fois par un sujet (qui appartient au groupe des étudiants après entraînement) et sont significativement plus souvent non atteints. Les niveaux superficiels sont plus souvent dépassés ($401 > 188.7$) et moins souvent non atteints ($107 < 333.7$) que ce qui serait attendu sous hypothèse d'indépendance. En considérant les offres de même niveau, elles contribuent aussi à confirmer l'hypothèse puisqu'elles sont plus nombreuses pour les niveaux superficiels ($89 > 74.6$) et moins nombreuses pour les niveaux approfondis ($70 < 84.4$) que ce qui serait attendu sous hypothèse d'indépendance. Les tests du khi carré sont confirmés pour chaque groupe (voir annexe 8, tableaux 5, p.245-246).

⁷⁶ La séquence 6 débutant par un niveau de processus explicatif de 5 n'a pas été prise en compte dans cette analyse.

En général, les niveaux de traitement approfondis des clients sont moins bien suivis ou dépassés que les niveaux de traitement superficiels.

Dans le but de déterminer si ce sont plus spécifiquement les étudiants que les thérapeutes en formation qui parviennent moins bien à suivre/soutenir les niveaux approfondis comparés aux niveaux plus superficiels, le tableau de la page qui suit présente les moyennes d'offres de niveau plus élevé, égal ou plus bas que les niveaux présentés par les clients :

Tableau 5.9 : Moyennes, écarts-types et significativité du nombre des différents types d'offres de processus explicatif dans les différents types de séquences

Clients	Sujets	Etudiants débutants (n = 20)		Etudiants « pré » (n = 24)		Etudiants « post » (n = 24)		Thérapeutes en formation (n = 19)		F _(2,60)	p(F)
		m	sd	m	sd	m	sd	m	sd		
Modes approf. (6 et 7)	Offres égales	.90	.79	.25	.53	1.29	.91	.79	.71	5.90	.000
	Offres + basses	7.1	.79	7.63	.65	6.58	.88	6.37	1.16	10.97	.000
Modes superf. (3 et 4)	Offres + élevées	3.55	1.67	4.54	1.14	5.67	1.17	4.47	1.39	3.23	.000
	Offres égales	1.55	1.23	.96	.81	.46	.59	1.26	.87	2.00	.000
	Offres + basses	1.90	1.41	1.50	1.14	.67	.76	.89	.99	3.49	.000

Note : Pas d'analyses de variance pour le nombre de modes plus approfondis dans les séquences d'approfondissement.

Adj. R² : Modes approfondis : .136 et .243 ; Modes superficiels : .067, .031 et .074.

Les contrastes (simple) opposent les groupes des manières suivantes :

Niveaux *approfondis* des clients :

- Les étudiants avant entraînement formulent moins d'offres de même niveau que celui du client que les thérapeutes en formation (post-hoc test Tukey ; p < .05)
- Les étudiants sans expérience pratique formulent plus d'offres inférieures au niveau du client que les thérapeutes en formation (post-hoc test Tukey ; p < .05) et p < .001, respectivement).

Niveaux *superficiels* des clients :

- Les étudiants débutants formulent moins d'offres supérieures au niveau du client (post-hoc test Tukey ; $p < .05$) et plus d'offres inférieures (post-hoc test Tukey ; $p < .05$) que les thérapeutes en formation.

Ces observations sont en faveur de l'hypothèse puisque les thérapeutes en formation expriment moins d'offres de niveaux inférieurs aux modes approfondis que ne le font les étudiants sans expérience pratique. Face à des niveaux superficiels, ils réalisent plus souvent des offres supérieures que les étudiants débutants, et moins souvent des offres inférieures.

En ce qui concerne les différences entre les personnes avant et après avoir suivi le cours pratique, les résultats des t-tests appariés sont en faveur d'une amélioration de la qualité de leurs offres de traitement explicatif (voir les résultats dans l'annexe 8, tableau 6, p.246). Afin de préciser le gain acquis par la participation à la partie pratique du cours centré sur la personne, le tableau ci-dessous illustre les différentes fréquences d'atteinte de différents niveaux du processus explicatif :

Tableau 5.10 : Pourcentages de niveaux de PE atteignant et dépassant le niveau 5 de l' « évaluation personnelle »

Niveaux du PE	Etudiants avant pratique	Etudiants après pratique
5 et plus haut	30.23%	45.95%
5 à 5.99	27.62%	33.45%
6 à 6.99	2.62%	12.5%

Les étudiants avant et après les cours pratiques se distinguent surtout à partir du niveau 6 de la « signification personnelle », où un « saut » est observable : les étudiants sans expérience pratique n'atteignent pratiquement jamais ce niveau, alors qu'après les cours pratiques, plus de 12% de leurs interventions y parviennent⁷⁷ !

Comparés aux niveaux superficiels, les niveaux de traitement approfondis sont effectivement moins bien suivis par les étudiants sans expérience pratique que par les thérapeutes en formation et les étudiants ayant bénéficié de la partie pratique du cours centré sur la personne.

⁷⁷ A noter que les résultats aux t-tests appariés montrent que la fréquence des niveaux 2 à 4 est systématiquement plus élevée avant l'entraînement qu'après et que c'est à partir du niveau 5 que le rapport s'inverse.

Dans l'annexe 8, (tableaux 7, 8, 9 et graphiques 1, p.247 à 249) sont reportées et décrites des analyses supplémentaires faites selon le type de séquence. En résumé, elles corroborent les résultats ci-dessus. Dans les séquences d'approfondissement du processus explicatif, les sujets se situent plus proches du niveau du client au début (niveau superficiel) de la séquence qu'à la fin (niveau approfondi). De plus, les offres des thérapeutes en formation sont plus distantes (et plus élevées) du niveau du client au début de la séquence et significativement plus proches de ces dernières à la fin. La même tendance est observable pour les étudiants après avoir suivi la partie pratique du cours centré sur la personne. Dans les séquences de décroissement du processus explicatif, la tendance inverse est observée entre les premières et dernières interventions.

d. Comparés aux thérapeutes en formation post-grade avancée, les étudiants tendent à percevoir moins correctement la direction du processus explicatif *effectivement adoptée* par les clients. Exploration de la tendance selon le type de séquence.

Mesures effectuées

L'évaluation du niveau du processus explicatif atteint par le client se réfère à l'item 7 de la série de questions : « Durant cette séquence, dans quelle mesure pouvez-vous dire avoir perçu une tendance du client à approfondir le problème / thème abordé ou au contraire, à le rendre plus superficiel au fil de ses trois interventions ? ». C'est l'évaluation entre le premier et le troisième énoncé qui a été retenue pour les analyses.

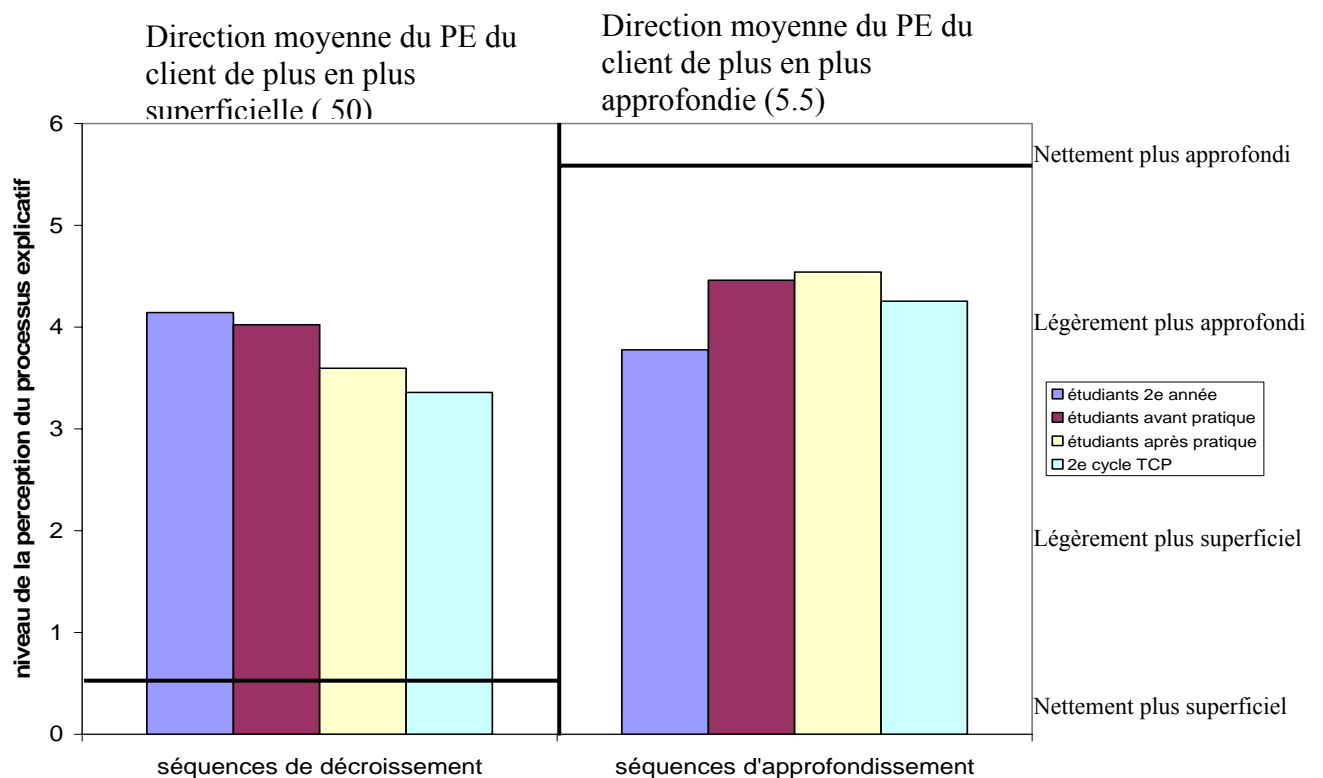
Afin de pouvoir comparer ces évaluations aux différences de niveaux illustrés par les clients, les transformations suivantes ont été opérées pour ces derniers :

- Calcul de la différence entre la troisième intervention du client et la première
- Les différences obtenues ont été converties de l'intervalle [-3 ; 3] à celui de [0 ; 6]. De plus, si la différence s'avérait supérieure à 3 ou inférieure à -3, ce sont les valeurs -3 et 3 (donc converties en 0 et 6) qui ont été conservées, pour garder les mêmes échelles.

Le graphique de la page suivante montre le niveau de la direction effective du processus explicatif du client et la perception de ce niveau par les sujets, pour chaque type de séquence. Les moyennes se réfèrent à l'échelle des valeurs suivantes : 3 illustre qu'aucun changement particulier n'est perçu par les sujets entre le 3^e et le 1^{er} énoncé du client. Les valeurs 2, 1 et 0

(ordre croissant) indiquent la perception d'un niveau plus superficiel dans le 3^e énoncé comparé au 1^{er}, et les valeurs 4, 5 et 6 (ordre croissant) indiquent la perception d'un niveau plus approfondi dans le 3^e énoncé. Les deux lignes horizontales représentent la direction du processus du client (le niveau 5.5 indique que le client va vers un approfondissement de ses contenus).

Graphique 5.2 : Direction effective du processus explicatif (PE) du client et perception de ce niveau par les sujets pour chaque type de séquence



Les moyennes des perceptions de chacun des groupes se trouvent dans le tableau de la page suivante.

Les résultats des t-tests pour un échantillon révèlent tous des différences significatives pour chacun des groupes. Dans les séquences de décroissement, les sujets pensent, à tort, que les clients ont tendance à *approfondir légèrement* leurs interventions. La moyenne des thérapeutes est cependant la plus basse, en se rapprochant plutôt d'une perception d'*aucun changement particulier*. La moyenne des étudiants s'abaisse également après la partie pratique. Pour les séquences d'approfondissement, les mêmes résultats s'observent. Néanmoins, les moyennes semblent plus élevées : les sujets perçoivent un léger, voire moyen, approfondissement (entre les niveaux 4 et 5). C'est le groupe des

étudiants après le cours pratique qui obtient la moyenne la plus élevée, et la plus proche de la direction effective illustrée par les clients.

Tableau 5.11 : Perception de la direction du PE du client et direction effective

	Direction effective du PE du client [0-6]		Direction perçue du PE du client [0-6]		dl	t	p(t)*
	m (constante)		m	sd			
Séq. de décroissement							
Etud. débutants (n = 19)			4.13	.70	18	22.49	.000
Etud. avant prat. (n = 24)			3.98	1.07	23	15.96	.000
Etud. après prat. (n = 24)	.50		3.58	.99	23	15.33	.000
Th. en formation (n = 19)			3.55	1.33	18	9.99	.000
Total			3.81	1.05	85	29.08	.000
Séq. d'approfondissement							
Etud. débutants (n = 20)			3.78	1.19	18	-7.45	.000
Etud. avant prat. (n = 24)			4.48	.71	23	-8.71	.000
Etud. après prat. (n = 24)	5.75		4.52	.70	23	-8.61	.000
Th. en formation (n = 19)			4.13	.93	18	-7.62	.000
Total			4.25	.92	85	-15.16	.000

*p : unilatéral

Les thérapeutes en formation tendent à percevoir plus correctement que les étudiants débutants la direction du processus explicatif illustré par les clients dans les séquences de décroissement. Cette observation est semblable pour les étudiants après avoir suivi la partie pratique du cours centré sur la personne.

Un t-test évaluant si la différence de perception est confirmée entre les séquences de décroissement et d'approfondissement, montre que c'est effectivement le cas : $t_{(85)} = -2.94$ ($p_{\text{(bilatéral)}} = .004$). Les sujets en général perçoivent un niveau moins élevé dans les séquences de décroissement ($m = 3.81$; $sd = 1.05$) que dans celles d'approfondissement ($m = 4.25$; $sd = .92$). Les différences observées pour chacun des groupes peuvent être consultées dans l'annexe 8, tableau 10 (p.250).

Les sujets perçoivent la direction du processus explicatif du client comme s'approfondissant effectivement plus dans les séquences d'approfondissement que dans celles de décroissement (bien qu'y percevant aussi un léger approfondissement). Néanmoins, les étudiants débutants perçoivent, de manière erronée, un niveau s'approfondissant, dans les séquences de décroissement.

e. Les sujets sous-évaluent le niveau de leur offre de traitement explicatif, d'une part par rapport au niveau illustré par le client, d'autre part par rapport au niveau qu'ils ont effectivement atteint.

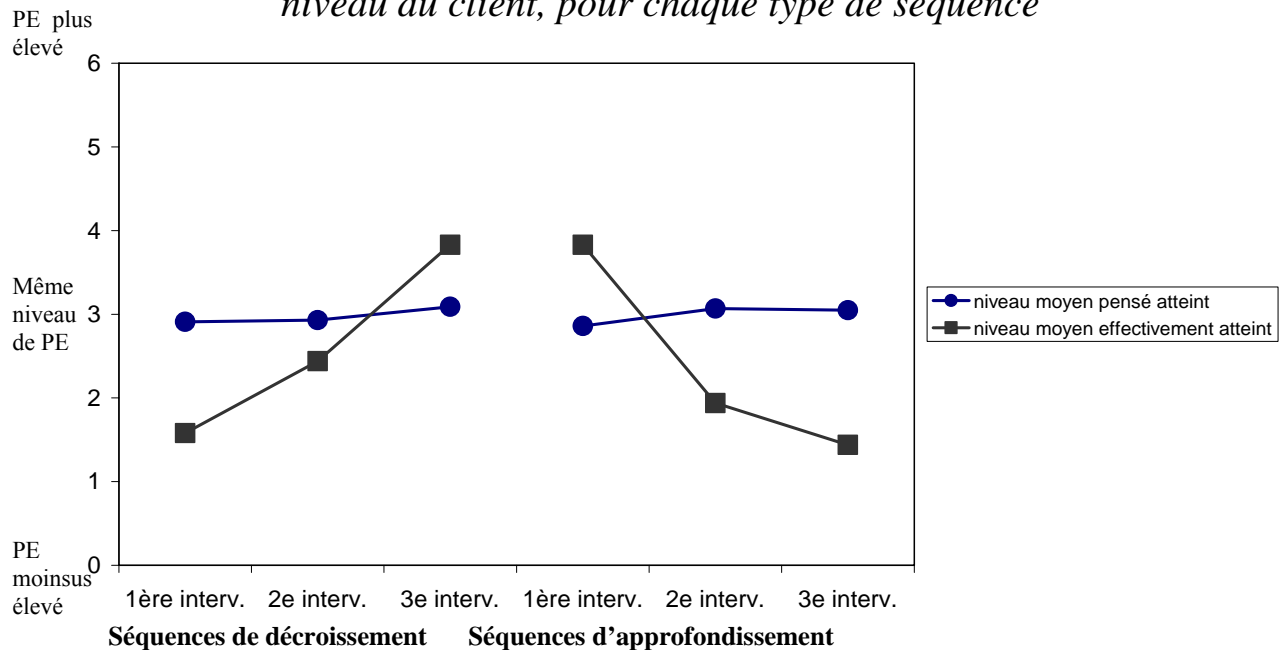
L'évaluation du niveau du processus explicatif atteint par les thérapeutes se réfère à l'item 8 de la série de questions : « Dans quelle mesure vos interventions ont *atteint*, *dépassé* ou *n'ont pas atteint* le niveau d'approfondissement réalisé par le client ? ». Les sujets devaient porter leur jugement pour chacune des trois interventions, sur une échelle de Likert s'étendant de 0, « nettement plus bas » à 6, « nettement plus haut », en passant par 3, « même niveau ».

La représentation graphique de la page suivante illustre pour chaque type de séquence, l'évaluation de la différence entre le niveau que les sujets pensent avoir atteint, par rapport au niveau illustré par les clients, et la différence effective entre le niveau réalisé par le thérapeute et celui réalisé par les clients.

Avant de répondre à l'hypothèse en déterminant si les sujets sous-évaluent leur offre par rapport au niveau qu'ils ont effectivement atteint, le tableau de la page suivante illustre dans quelle mesure les sujets estiment que leur niveau de processus explicatif est supérieur, inférieur ou de même niveau que celui du client (indépendamment de ce qu'ils ont effectivement réalisé)⁷⁸.

⁷⁸ La perception par les thérapeutes de leur propre niveau par rapport à celui du client a été recodée en 1, plus élevé, en 2, de même niveau et en 3, plus bas

Graphique 5.3 : Niveau moyen du processus explicatif pensé atteint par les sujets et niveau effectivement atteint, par rapport au niveau du client, pour chaque type de séquence



Axe des ordonnées : 0, niveau du processus explicatif « nettement plus bas » que celui du client ; 3, « même niveau » ; 6, « nettement plus haut »

Tableau 5.12 : Moyennes, écarts-types et significativité du nombre moyen de perceptions des sujets supérieures, égales ou inférieures au niveau effectif de processus explicatif des clients pour toutes les interventions

	Perc. (+)		Perc. (=)		Perc. (-)		dl	F	p(F)
	m	sd	m	sd	m	sd			
Etud. débutants (n = 20)	2.60	2.01	5.30	2.98	4.00	3.26	2,38	3.11	.056
Etud. avant pratique (n = 24)	3.46	3.28	3.75	2.61	4.75	3.96	2,46	.66	.520
Etud. après pratique (n = 24)	4.21	2.95	5.63	2.06	2.04	2.42	2,46	8.37	.001
Th. en formation (n = 19)	3.21	2.64	5.16	3.04	.68	1.29	2,36	14.1 0	.000

En analysant les contrastes de l'analyse de variance, il en ressort que les étudiants débutants pensent plus souvent que leurs offres sont de même niveau que celui du client, qu'elles ne le dépassent. Les étudiants ayant suivi la phase pratique pensent eux plus souvent que leurs offres dépassent ou sont de même niveau que celui du client, plutôt qu'elles ne l'atteignent

pas. La même tendance s'observe pour les thérapeutes en formation post-grade.

A titre indicatif, les contrastes (simple) issus d'une analyse de variance supplémentaire, mettent en évidence que le nombre moyen de perception d'un niveau de processus réalisé plus bas que celui des clients, est plus élevé pour les étudiants sans expérience pratique (groupe 1 : $p = .002$, groupe 2 : $p = .000$) que pour les thérapeutes en formation : $F_{(2,60)} = 9.63$; $p = .000$).

Les thérapeutes en formation et les étudiants après la partie pratique ne montrent pas de tendance à sous-évaluer de manière significative leurs offres de traitement par rapport à celui du client. Pour les étudiants sans expérience pratique, par contre, les moyennes vont effectivement dans le sens d'une telle sous-évaluation.

Une analyse basée sur des khi carré a servi à déterminer si les sujets *sous-évaluent* le niveau de leur offre de traitement explicatif, par rapport au niveau qu'ils ont *effectivement atteint*.

Les réponses à la question 8 ont été recodées en 1, pour exprimer un dépassement du niveau du client (valeurs 4, 5, et 6), en 2, pour exprimer le même niveau (valeur 3), et en 3, pour exprimer un niveau inférieur à celui montré par le client (valeurs 0, 1, 2). De manière semblable, si le niveau effectif de processus explicatif réalisé par le sujet dépassait celui du client, il a été coté 1, s'il atteignait le même niveau, 2 et si son niveau réalisé s'avérait plus bas que celui du client, il a été recodé en 3. A partir de là, un décompte des neuf dyades possibles a été calculé, pour parvenir à une table de khi carré.

En tenant compte de l'ensemble des interventions de chacune des 8 séquences, aucune différence n'est observée : $\chi^2_{(4)} = 4.73$; $p = .316$.

Pour chaque groupe considéré séparément, les valeurs du test ne sont pas significatives (voir annexe 8, tableaux 11, p.250-251).

Tableau 5.13 : Fréquence des niveaux de processus explicatif pensés et effectifs des sujets par rapport aux niveaux des clients

		PE effectif par rapport au client			Total
		Plus élevé	Niveau égal	Plus bas	
Plus élevé	fréq. observées	87	38	166	291
	fréq. attendues	79.9	44.2	167.0	
	résidus stand. ajustés	1.1	-1.2	-1	
Niveau égal	fréq. observées	118	68	230	416
	fréq. attendues	114.2	63.1	238.7	
	résidus stand. ajustés	.6	.9	-1.1	
Plus bas	fréq. observées	59	40	156	255
	fréq. attendues	70.0	38.7	146.3	
	résidus stand. ajustés	-1.8	.3	1.4	
Total		264	146	552	962

De manière générale, les sujets ne tendent pas à sous-évaluer de manière significative le niveau de leur offre de traitement explicatif, par rapport au niveau qu'ils ont effectivement atteint.

5.3.3 Groupe 3 : Perception des caractéristiques internes lors du processus thérapeutique

- a. Des différences sont observées entre les étudiants et les thérapeutes en formation post-grade avancée quant aux dimensions liées à la perception des *caractéristiques internes* (charge cognitive, charge affective, résonance empathique perçue).**

La série d'items visant à évaluer la perception des effets cognitifs et affectifs chez les sujets eux-mêmes et chez les clients, a été soumise à une analyse en composantes principales pour les items communs à tous les groupes⁷⁹. Un tableau reproduisant les moyennes de ces variables est reproduit dans l'annexe 8 (tableau 12, p.251).

Les analyses statistiques qui suivent ont été faites sur la base du regroupement de ces items en de nouvelles dimensions. Il faut noter que c'est la moyenne entre la perception avant le cours pratique (pré) et après

⁷⁹ En effet, le questionnaire ayant été étoffé pour les groupes des étudiants avant et après le cours pratique et pour les thérapeutes en formation, les items supplémentaires ont été considérés dans les analyses exploratoires supplémentaires.

le cours pratique (post) qui a été prise en compte pour l'analyse. Les corrélations bivariées se sont révélées suffisamment significatives (confirmé par le test de sphéricité de Bartlett : $\chi^2_{(45)} = 227.75$; $p = .000$). Une solution à trois facteurs rend compte de 67% de la variance totale. Les saturations des variables sur les nouveaux facteurs sont reproduites dans le tableau ci-dessous :

Tableau 5.14 : Saturations des variables selon les facteurs issus de l'analyse en composantes principales

	Composantes		
	« Implication cognitive »	« Implication affective »	« Compréhension immédiate »
Difficulté	.848		
Effort	.905		
Concentration	.835		
Réflexion	.586		
Intuition			.689
Facilité			.767
Emprise affective		.702	
Expérience personnelle		.632	
Sympathie		.772	
Compréhension		.435	.638

Méthode d'extraction : analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax, avec normalisation de Kaiser.

Matrice des composantes retournée : La rotation converge en 6 itérations.

Le premier facteur, dénommé « **implication cognitive** », permet d'expliquer 32% de la variance totale. Il comprend les items « difficulté », « effort », « concentration » et « réflexion ». Le deuxième facteur, dont les saturations des variables révèlent une dimension appelée « **implication affective** », explique 20% de la variance totale. Les items qui le composent sont « emprise affective », « thématique personnelle » et « sympathie ». Enfin, le troisième facteur, dénommé « **compréhension immédiate** », prend en compte 15% de la variance totale et comprend les items « intuition », « facilité » et « compréhension ». Ces résultats sont cohérents et satisfaisants. On note néanmoins que l'item évaluant la « compréhension », visant le niveau global de compréhension ressentie, présente une saturation relativement élevée (.435) aussi sur la dimension de l'« implication affective ». Quant à la « thématique personnelle », sa « communauté » ($h^2 = .436$) est la moins élevée et indique que seul 44% de sa variance est représentée par la solution factorielle retenue.

Pour l'« implication cognitive », l'analyse de fidélité donne un alpha de Cronbach de .83, ce qui est très satisfaisant. Il est de .60 pour l'« implication affective » et de .49 pour la « compréhension immédiate ». Le graphique et le tableau qui suivent illustrent les moyennes de ces différents facteurs pour chacun des groupes. Ces moyennes s'étendent des valeurs de 0, estimation d'une importance subjective *très faible* de la variable en question, à 6, estimation d'une importance subjective *très élevée*, en passant par 3, estimation d'une importance subjective *moyenne*.

Graphique 5.4 : Moyennes de l'« implication cognitive », l'« implication affective » et de « compréhension immédiate » de chaque groupe

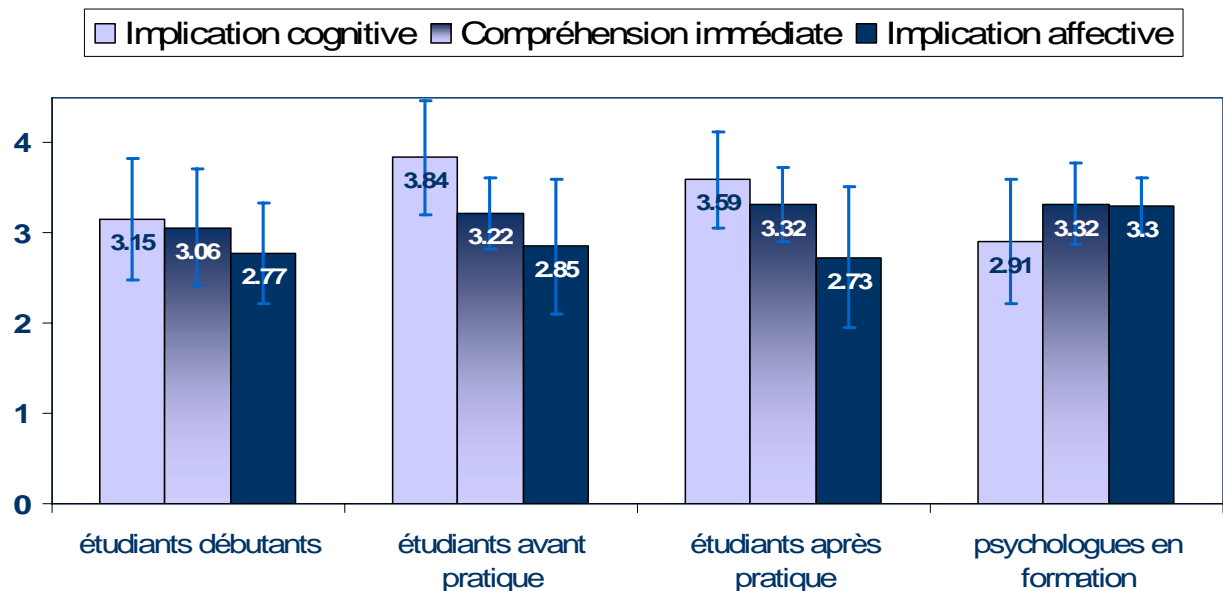


Tableau 5.15 : Moyennes, écarts-types et significativité des différences selon les différents groupes et pour les trois facteurs issus de l'analyse de variance

	« Implication cognitive » [0-6]		« Implication affective » [0-6]		« Compréhension immédiate » [0-6]		dl	F	p(F)
	m	sd	m	sd	m	sd			
Etudiants débutants (n = 20)	3.15	.67	2.77	.56	3.06	.65	2,38	2.06	.142
Etudiants avant pratique (n = 24)	3.84	.63	2.85	.74	3.22	.40	2,46	15.66	.000
Etudiants après pratique (n = 24)	3.59	.53	2.73	.78	3.32	.41	2,46	13.12	.000
Thérapeutes en formation (n = 18)	2.91	.69	3.30	.31	3.32	.45	2,34	3.50	.041

L'analyse de variance à mesures répétées visant à déceler des différences significatives entre les niveaux de chacun des facteurs selon les différents groupes révèle un effet simple des trois facteurs ($F_{(2,118)} = 4.97$; $p = .008$) et un effet d'interaction facteurs x groupe ($F_{(4,118)} = 7.56$; $p = .000$). En considérant chaque groupe à part, des différences entre les niveaux des facteurs sont observables pour tous, sauf chez les étudiants débutants. Néanmoins, les contrastes (reproduits dans l'annexe 8, tableau 13, p.252) permettent de noter les observations suivantes :

Pour tous les étudiants, l'implication affective est systématiquement évaluée comme moins élevée que l'implication cognitive (et la compréhension immédiate). Inversement, les thérapeutes en formation évaluent leur implication affective comme plus élevée que leur implication cognitive. De plus, ces derniers évaluent aussi leur compréhension immédiate comme plus élevée que l'implication cognitive, alors que les étudiants avant la partie pratique évaluent la compréhension immédiate comme moins élevée que l'implication cognitive.

Les différences observées entre les groupes pour chaque facteur considéré individuellement, sont les suivantes :

« Implication cognitive » : $F_{(2,59)} = 11.47$; $p = .000$ (Adj. $R^2 = .256$). Les étudiants avant entraînement évaluent leur implication cognitive comme plus élevée que les thérapeutes en formation (contraste simple : $p = .000$; $d = 1.42$), et qu'après l'entraînement ($t_{(23)} = 1.69$; $p = .060$ (unilatéral) ; $d = .43$).

« Implication affective » : $F_{(2,59)} = 4.54$; $p = .015$ (Adj. $R^2 = .104$). Les étudiants débutants et avant entraînement évaluent leur implication affective comme moins élevée que les thérapeutes en formation (respectivement, contrastes simples : $p = .007$; $d = 1.04$ et $p = .016$; $d = .76$).

La « compréhension immédiate » ne soulève aucune différence ($F_{(2,59)} = 1.31$; $p = .277$).

Le niveau d'implication cognitive est évalué comme plus élevé par les étudiants que par les thérapeutes en formation. Cependant, ces derniers estiment leur implication affective et leur compréhension immédiate comme plus élevées que leur implication cognitive, à l'inverse des étudiants, qui expriment

que leur implication cognitive est plus élevée que leur implication affective (et la compréhension immédiate).

b. Les niveaux de ces dimensions sont liés de manière différentielle à la qualité des interventions thérapeutiques (variables de base et niveau du processus explicatif).

Les corrélations de Pearson sur l'ensemble des séquences sont significatives pour les variables et les groupes suivants :

Etudiants avant la partie pratique :

implication affective	.39*		
implication cognitive	-.51**	.44**	.56***
	compréhension immédiate	processus explicatif	empathie

* $p < .10$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Etudiants après la partie pratique :

implication affective	.39*			
implication cognitive	-.59***	.40*		.47**
	compréhension immédiate	processus explicatif	regard positif	temps de parole

* $p < .10$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Aucune corrélation significative n'est observable pour les étudiants débutants et les thérapeutes en formation.

Pour les étudiants avant de suivre la partie pratique, l'implication cognitive est liée positivement au niveau du processus explicatif. Ce lien n'est plus que tendanciel après avoir suivi la partie pratique et n'est pas décelable chez les thérapeutes en formation. De plus, l'implication cognitive est liée négativement à la compréhension immédiate, ce qui peut être l'indice, voire une preuve du caractère « immédiat » de cette compréhension.

En ce qui concerne les séquences d'approfondissement seulement :

Etudiants débutants :

implication affective	.49**
implication cognitive	-.53**
	compréhension immédiate

* $p < .10$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Etudiants avant la partie pratique :

implication affective	- .45**	-
implication cognitive	.35*	.56***
	processus explicatif	empathie

* $p < .10$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Etudiants après la partie pratique :

implication affective		- .41**	
implication cognitive	- .60***		.41**
	compréhension immédiate	regard positif	temps de parole

* $p < .10$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Thérapeutes en formation :

implication affective	
implication cognitive	- .51**
	implication affective

* $p < .10$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Pour le groupe n'ayant pas encore suivi la partie pratique, l'empathie et le processus explicatif sont liés négativement à l'implication affective, mais positivement à l'implication cognitive. Il semblerait que l'effort cognitif fourni par ces sujets, dans ce type de séquence, leur favorise la réalisation d'offres de niveau plus élevé, alors que la perception de l'implication affective les en empêcherait. Pour les thérapeutes en formation, implication affective et implication cognitive sont liées négativement.

En ce qui concerne les séquences de décroissement seulement :

Etudiants débutants :

implication affective	.39*			- .40*
implication cognitive		.53**	.47**	
	compréhension immédiate	processus explicatif	empathie	regard positif

* $p < .10$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Pour les thérapeutes, l'implication cognitive se révèle liée négativement à l'authenticité. De plus, un niveau élevé de compréhension immédiate est en lien avec un temps de parole plus élevé. Enfin, implication cognitive et implication affective sont liées négativement, ce qui peut indiquer que la présence de l'un peut soulager la charge de l'autre.

Dans l'ensemble, la qualité des interventions thérapeutiques tend à être liée positivement avec l'implication cognitive des étudiants, et négativement avec leur implication affective et leur compréhension immédiate. Pour les thérapeutes en formation, il semble que la qualité de leurs interventions soit à l'inverse reliée positivement avec leur implication affective et leur compréhension immédiate.

c. Les niveaux de ces dimensions se différencient selon la *direction* du processus explicatif adopté par les clients.

Dans le tableau de la page suivante sont reproduites les moyennes des trois facteurs pour chaque groupe et la significativité de leurs différences dans chaque type de séquence.

L'implication cognitive des étudiants débutants est plus élevée dans les séquences de décroissement ($t_{(19)} = -2.19$; $p = .021$). Les seules autres différences observables sont pour les étudiants ayant suivi la partie pratique. Leurs niveaux d'implication affective ($t_{(23)} = 1.50$; $p = .074$) et de compréhension immédiate ($t_{(23)} = 2.23$; $p = .018$) sont plus élevés dans les séquences d'approfondissement (alors qu'ils sont plus bas pour les étudiants sans expérience pratique), et leur implication cognitive tend à être plus faible.

Comme le processus va en s'approfondissant, les sujets ayant suivi la partie pratique accordent plus d'attention à leur implication affective et au vécu de leur expérience, alors que dans les séquences où le niveau du processus explicatif se détériore, ils semblent plus chercher à rationaliser ou à utiliser leur réflexion cognitive pour saisir ce qu'il se passe pour les clients. De plus, le niveau de leurs offres de traitement explicatif ne varie pas significativement selon le type de séquence.

Tableau 5.16 : Moyennes et écarts-types de l'implication cognitive, l'implication affective et la compréhension immédiate en fonction de la direction du processus explicatif, pour chaque groupe

« Implication cognitive »	séquences approfondissantes		séquences de décroissement	
	m	sd	m	sd
Etudiants débutants	2.95	.69	3.37	.88
Etudiants avant pratique	3.78	.67	3.91	.70
Etudiants après pratique	3.51	.59	3.68	.62
Thérapeutes en formation	2.93	.96	2.90	.94
« Implication affective »	séquences approfondissantes		séquences de décroissement	
	m	sd	m	sd
Etudiants débutants	2.73	.61	2.80	.73
Etudiants avant pratique	2.81	.76	2.89	.84
Etudiants après pratique	2.84	.79	2.61	.94
Thérapeutes en formation	3.26	.61	3.32	.62
« Compréhension immédiate »	séquences approfondissantes		séquences de décroissement	
	m	sd	m	sd
Etudiants débutants	3.04	.80	3.08	.65
Etudiants avant pratique	3.21	.48	3.22	.48
Etudiants après pratique	3.44	.42	3.20	.55
Thérapeutes en formation	3.43	.53	3.26	.61

Il convient de rappeler, que malgré que l'implication cognitive soit moins élevée dans les séquences de décroissement, elle demeure, pour l'ensemble d'entre elles, à un niveau plus élevé que l'implication affective et la compréhension immédiate, ce pour tous les étudiants. Par contre, ce niveau est plus faible chez les thérapeutes en formation post-grade avancée.

Les niveaux d'implication affective et de compréhension immédiate semblent plus élevés dans les séquences d'approfondissement lorsque les sujets ont acquis une expérience pratique plus ou moins importante. De plus, le niveau d'implication cognitive des thérapeutes en formation demeure le moins élevé, quel que soit le type de séquence.

5.3.4 Groupe 4 : Amélioration de la qualité des interventions

- a. Le niveau de l'offre de traitement explicatif et la qualité des variables de base sont améliorés entre la première séquence d'entraînement et la dernière séquence de clôture, toutes deux illustrant un niveau de processus explicatif plutôt élevé (respectivement 5 et 6).**

L'hypothèse d'une amélioration de la qualité des variables de base et de l'offre de traitement explicatif entre la première séquence d'entraînement (de niveau 5) et la dernière séquence de clôture (de niveau 6) est confirmée par tous les groupes, pour le processus explicatif et l'empathie. Le tableau ci-dessous présente les moyennes générales pour chacune des variables.

Tableau 5.17 : Moyennes, écart-types et significativité des différences de la qualité des variables de base et de l'offre de traitement explicatif entre la première séquence d'entraînement et de la dernière de clôture

	Première séquence (9)		Dernière séquence (11)		$t_{(81)}$	p(t)*	d
	m	sd	m	sd			
Processus explicatif	4.14	.77	4.83	.64	-8.92	.000	.97
Empathie	5.64	1.58	6.31	1.44	-4.04	.000	.44
Authenticité	3.35	.45	3.29	.42	.93	.177	-
Regard positif	3.06	.60	3.00	.50	.94	.176	-

* p = unilatéral ; N = 82

Ces observations sont d'autant plus convaincantes que l'exigence est élevée pour la dernière séquence, du fait de la fatigue accumulée par les sujets, mais aussi du niveau de traitement plus élevé (6, « signification personnelle ») du client (client différent du premier présenté) : l'amélioration ne peut donc pas être simplement mise sur le compte de la familiarisation avec la démarche expérimentale. L'absence manifeste de changement dans les niveaux des variables de base peut s'expliquer par la relative stabilité de la qualité de ces conditions. A noter qu'il n'y a pas de différence significative selon l'ordre de présentation des séquences.

Les niveaux de traitement explicatif et d'empathie sont améliorés de manière générale entre la première et la dernière séquence de l'expérience. L'authenticité et le regard positif ne montrent aucun changement.

b. Le niveau de l'offre de traitement explicatif et la qualité des variables de base sont améliorés de manière différenciée au sein de l'expérience selon le type de séquence (*approfondissement vs décroissement*).

Pour l'analyse des résultats observés entre la première et la dernière séquence d'approfondissement et de décroissement présentées, il a fallu tenir compte de l'ordre de leur présentation. En effet, pour celles d'approfondissement, dans l'ordre A, la séquence 6 de Marc est présentée en premier et la 7 d'Eddy en dernier, alors que c'est l'inverse pour l'ordre B. Pour celles de décroissement, dans l'ordre A, la séquence 3 d'Eddy a été présentée en premier, et la séquence 2 de Marc en dernier. L'inverse est illustré par l'ordre B.

Pour les sujets ayant visionné l'ordre A, il y a effectivement une amélioration générale des niveaux des offres de traitement explicatif et d'empathie, tant selon la progression des séquences d'approfondissement que de celles de décroissement.

Tableau 5.18 : Moyennes, écarts-types et significativité des différences générales entre la première et la dernière séquence d'approfondissement et de décroissement de l'ordre A

	Séquences d'approfondissement				$t_{(40)}$	$p(t)^*$
	Première séquence (7)		Dernière séquence (6)			
	m	sd	m	sd		
Processus explicatif	4.12	.73	4.70	.98	3.60	.000
Empathie	5.28	1.16	6.30	1.25	4.89	.000
Authenticité	3.42	.39	3.38	.43	-.44	.332
Regard positif	3.16	.45	3.18	.49	.20	.420
	Séquences de décroissement				$t_{(40)}$	$p(t)^*$
	Première séquence (3)		Dernière séquence (2)			
	m	sd	m	sd		
Processus explicatif	4.11	.76	4.76	.66	4.57	.000
Empathie	5.44	1.15	6.20	1.11	3.92	.000
Authenticité	3.36	.35	3.45	.34	1.40	.085
Regard positif	3.12	.33	3.26	.39	1.84	.037

* p = unilatéral

Alors que les niveaux d'authenticité et de regard positif ne montrent pas de changement dans la progression des séquences d'approfondissement, ils sont améliorés dans celle des séquences de décroissement.

En ce qui concerne les sujets ayant visionné l'ordre B, les résultats se révèlent contraires à ce qui est attendu. En effet, une détérioration des niveaux des offres de traitement explicatif et du regard positif est observée pour chaque type de séquence. Comme une amélioration est effectivement confirmée entre la première séquence d'entraînement et la dernière de clôture, cela suggère fortement qu'une variable non prévue exerce une influence notable dans ces observations.

Tableau 5.19 : Moyennes, écarts-types et significativité des différences générales entre la première et la dernière séquence d'approfondissement et de décroissement de l'ordre B

	Séquences d'approfondissement				$t_{(40)}$	p(t)*
	Première séquence (6)		Dernière séquence (7)			
	m	sd	m	sd		
Processus explicatif	4.93	.73	4.24	.70	6.10	.000
Empathie	6.58	1.27	5.5	1.05	6.00	.000
Authenticité	3.23	.33	3.25	.51	-.24	.406
Regard positif	3.28	.48	3.10	.55	1.99	.027
	Séquences de décroissement				$t_{(39)}$	p(t)*
	Première séquence (2)		Dernière séquence (3)			
	m	sd	m	sd		
Processus explicatif	4.61	.66	4.32	.67	2.03	.025
Empathie	5.83	1.11	5.98	1.01	-.655	.258
Authenticité	3.31	.37	3.30	.39	.15	.441
Regard positif	3.30	.41	3.20	.38	1.54	.066

* p = unilatéral

Le niveau d'empathie se détériore seulement dans les séquences d'approfondissement. Seule l'authenticité demeure généralement à un niveau constant.

En considérant l'ensemble des sujets, dans l'ordre A, les niveaux de traitement explicatif et d'empathie s'améliorent entre la première et la dernière séquence de chaque type de séquence, alors que le regard positif et l'authenticité ne s'améliorent que dans celles de décroissement.

Dans l'ordre B, les niveaux de traitement explicatif et de regard positif se détériorent dans type de progression des séquences, alors que l'authenticité demeure constante.

L'empathie ne se détériore « que » dans les séquences d'approfondissement.

c. L'ensemble de ces changements sont plus importants chez les étudiants que chez les thérapeutes en formation post-grade avancée.

Des analyses de variance sur les *différences observées* entre chaque séquence selon la direction du processus explicatif adoptée par le client et en tenant compte de l'ordre, ne révèlent pas de changements dans les améliorations pour le processus explicatif, i.e. un groupe ne s'améliore pas sensiblement plus qu'un autre. Dans l'annexe 8 (tableaux 14 à 18, p.252 à 254) sont reproduits tous les tableaux des moyennes obtenues par chacun des groupes.

Cependant, des changements significatifs (améliorations ou détériorations) s'observent pour :

- *Authenticité* entre la première séquence d'entraînement et la dernière de clôture : $F_{(2,55)} = 5.41$; $p = .007$ (Adj. $R^2 = .134$).
Les étudiants débutants montrent une amélioration du niveau de cette variable ($m = .34$; $sd = .61$) et les thérapeutes en formation post-grade avancée une tendance à la détérioration ($m = -.13$; $sd = .36$) ($p = .013$).
- *Empathie* entre la première séquence d'entraînement et la dernière de clôture :
Les étudiants débutants s'améliorent ($m = .97$; $sd = 2.39$) (tout comme ceux de deuxième cycle), le niveau des thérapeutes en formation post-grade ne change pas ($m = -.14$; $sd = .86$) ($p = .063$).
- *Authenticité* dans les séquences d'approfondissement de l'ordre A :
 $F_{(2,25)} = 6.02$; $p = .007$ (Adj. $R^2 = .271$).
Les étudiants débutants s'améliorent ($m = .40$; $sd = .66$) alors que les étudiants avant la partie pratique montrent une détérioration du niveau de cette variable ($m = -.42$; $sd = .54$) (Tukey : $p = .005$). Celui des thérapeutes en formation ne change pas ($m = .05$; $sd = .31$) par rapport à ces derniers ($p = .086$).
- *Regard positif* dans les séquences d'approfondissement de l'ordre A :
 $F_{(2,25)} = 3.20$; $p = .058$ (Adj. $R^2 = .140$).
Les étudiants débutants s'améliorent ($m = .35$; $sd = .72$), alors que le niveau des étudiants avant la partie pratique ne change pas ($m = -.30$; $sd = .57$) (Tukey : $p = .047$).
- *Regard positif* dans les séquences de décroissement de l'ordre A :
 $F_{(2,25)} = 2.59$; $p = .095$ (Adj. $R^2 = .105$).

Le niveau des étudiants sans expérience pratique ($m = -.10$; $sd = .28$) ne change pas, mais celui des thérapeutes en formation s'améliore ($m = .48$; $sd = .42$) ($p = .033$).

- *Regard positif* dans les séquences d'approfondissement de l'ordre B : $F_{(2,27)} = 6.01$; $p = .007$ (Adj. $R^2 = .257$)

Les étudiants débutants montrent une détérioration du niveau de cette variable ($m = -.70$; $sd = .90$) et les thérapeutes en formation post-grade avancée une amélioration ($m = .19$; $sd = .31$) ($p = .005$).

Quant aux différences avant et après entraînement pratique des étudiants, la seule différence significative s'observe pour le regard positif, entre la première et la dernière séquence : $t_{(23)} = 1.87$; $p = .074$. Après la partie pratique, le niveau du regard positif se détériore, mais il part d'un niveau plus élevé au départ (groupe pré : $m = -.01$; $sd = .51$ et groupe post : $m = -.26$; $sd = .24$).

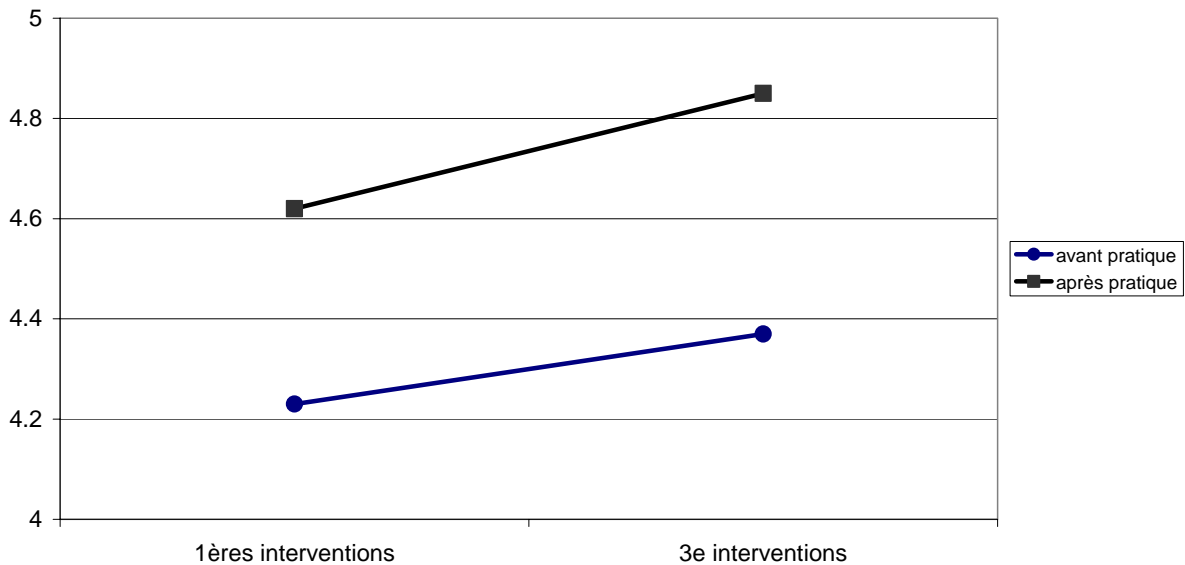
Pour les séquences d'approfondissement et de décroissement, la comparaison « pré-post » n'est ici pas possible, les sujets ayant visionné les deux ordres de présentation des séquences.

Des améliorations plus importantes sont effectivement observées chez les étudiants débutants pour l'authenticité et l'empathie (première et dernière séquence) et pour l'authenticité et le regard positif entre la première et la dernière des séquences d'approfondissement de l'ordre A.

d. Les étudiants bénéficiant d'une expérience pratique améliorent la qualité de leurs offres entre la première et la deuxième passation expérimentale.

Les étudiants de deuxième cycle en psychologie ayant passé l'expérience à deux reprises dans un intervalle de trois mois, la question a été de déterminer si la partie pratique du cours centré sur la personne suivi dans l'intervalle de ces trois mois leur a permis d'améliorer le niveau de leurs offres de traitement explicatif. Cela est effectivement le cas et est illustré dans le graphique de la page suivante :

Graphique 5.5 : Amélioration des niveaux de processus explicatif entre les premières et les dernières interventions pour les étudiants avant et après entraînement.



Le niveau de processus explicatif est plus bas avant l'entraînement qu'après, mais il s'améliore généralement entre la première et la dernière intervention de chaque séquence. Ce qui ressort de manière très convaincante est qu'après l'entraînement, les sujets débutent généralement par un niveau plus élevé qu'il ne l'était à la fin des séquences avant l'entraînement. De plus, ils continuent à approfondir leur niveau dans les dernières interventions.

Tableau 5.20 : Moyennes, écarts-types et différences significatives entre les premières et troisièmes interventions des étudiants avant et après entraînement pratique

Etudiants	1ères interventions		3 ^e interventions		t(23)	p(t)*
	m	sd	m	sd		
Avant pratique (n = 24)	4.23	.40	4.37	.43	-2.52	.010
Après pratique (n = 24)	4.62	.36	4.85	.35	-5.17	.000

*p : unilatéral

Différence entre les dernières interventions proposées avant l'entraînement et les premières après l'entraînement : $t_{(23)} = -3.36$; $p = .002$. A préciser que l'amélioration moyenne avant l'entraînement est de $m = .14$ ($sd = .27$) et celle après l'entraînement est plus élevée avec une moyenne de $m = .23$

(sd = .22). Néanmoins, la différence entre ces deux différences est juste tendancielle.

5.3.5 Groupe 5 : Analyses exploratoires supplémentaires

a. Caractéristiques externes : perception du fonctionnement du client

Plusieurs questions présentées aux sujets concernaient leur perception du client. Deux d'entre elles portaient sur les niveaux de *congruence* et de *contact avec soi-même* pour chacun des énoncés lors de chaque séquence. Une troisième question visait la perception de la perspective adoptée par le client, à savoir plutôt orientée vers lui-même ou plutôt vers l'action.

Dans un premier temps, le tableau de la page suivante représente les moyennes, écarts-types et différences significatives de ces trois variables pour chaque groupe selon le client.

Tableau 5.21 : Moyennes, écarts-types et *t* de Student appariés pour chaque groupe, selon le client

	Contact ¹ : « Marc »		Contact : « Eddy »		dl	t	p(t)*
	m	sd	m	sd			
Etudiants	3.32	.88	4.39	.69	19	-4.23	.000
Groupe pré	3.68	.73	4.06	.56	23	-2.23	.018
Groupe post	3.49	.60	4.00	.70	23	-2.97	.004
Thérapeutes	2.98	.67	4.25	.68	15	-5.69	.000
	Congruence ² : « Marc »		Congruence : « Eddy »		dl	t	p(t)*
	m	sd	m	sd			
Etudiants	3.82	.77	4.13	.65	19	-1.53	.072
Groupe pré	3.96	.68	3.98	.72	23	-.12	.455
Groupe post	3.99	.72	3.87	.81	23	.65	.263
Thérapeutes	3.19	.76	3.93	.90	15	-2.89	.006
	Perspective ³ : « Marc »		Perspective : « Eddy »		dl	t	p(t)*
	m	sd	m	sd			
Etudiants	3.45	.99	3.63	.97	19	-.55	.294
Groupe pré	3.56	.83	3.27	.98	23	1.29	.106
Groupe post	3.44	.88	3.19	1.15	23	.72	.239
Thérapeutes	3.20	1.35	3.57	1.68	14	-.51	.309

* p = unilatéral

¹ L'échelle s'étend de 0, « très faible » contact avec soi, à 6, « très élevé », en passant par 3, « moyen ».

² L'échelle s'étend de 0, « très faible » congruence par rapport au contenu exprimé, à 6, « très élevé », en passant par 3, « moyen ».

³ L'échelle s'étend de 0, perspective « nettement plus externalisante » à 6, « nettement plus internalisante ».

Comme il l'a déjà été mentionné dans le sous-chapitre 5.2.2 (p.121) des analyses préliminaires, « Eddy » est perçu par tous les sujets comme

généralement plus en contact avec lui que « Marc ». Les moyennes vont dans le même sens pour ce qui concerne le niveau de congruence. Par contre, la perspective adoptée n'est pas différenciée selon les clients, en considérant l'ensemble des séquences.

Les analyses de variance différenciant les groupes montrent que les étudiants sans expérience pratique perçoivent « Marc » comme moins congruent ($F_{(2,56)} = 4.61$; $p = .014$ (Adj. $R^2 = .111$)) et moins en contact avec lui ($F_{(2,56)} = 4.76$; $p = .012$ (Adj. $R^2 = .115$)) que ne le pensent les thérapeutes en formation.

Dans un deuxième temps, en tenant compte de la direction du processus explicatif adoptée par les clients, la question a été de déterminer si les sujets différenciaient ou non les niveaux de congruence et de contact des clients entre le troisième et le premier énoncé. En effet, dans les séquences 1 à 4 de décroissement du processus par les clients, il est attendu que ces niveaux soient évalués comme plus élevés dans le 1^{er} énoncé comparé au 3^e, puisque c'est au début de la séquence que le client se situe à un niveau de processus explicatif plus approfondi (donc logiquement à des niveaux plus élevés pour la congruence et le contact avec soi). Pour les séquences 5 à 8 d'approfondissement du processus, c'est l'inverse qui est attendu : dans le 1^{er} énoncé, le client devrait être évalué comme moins en contact et moins congruent avec lui-même, comparé au 3^e, puisque c'est à la fin de la séquence que le niveau de processus explicatif est le plus élevé. Les résultats des t-tests appariés en fonction des différents groupes sont reproduits dans l'annexe 8 (tableaux 19 à 22, p.255-256).

Synthétisés, les résultats principaux se résument de la manière suivante : tous les groupes perçoivent effectivement des niveaux de congruence et de contact avec soi plus élevés pour les derniers énoncés des séquences d'approfondissement, ce qui est en faveur d'une perception adéquate de l'approfondissement de ses significations internes dans lequel est engagé le client. Un bémol est à noter pour les étudiants débutants, qui perçoivent aussi une congruence plus élevée dans les derniers énoncés des séquences de décroissement. A l'inverse, la perception des thérapeutes en formation post-grade s'avère plus fine, puisqu'ils perçoivent aussi des niveaux de congruence et de contact avec soi plus élevés dans les premiers énoncés des séquences de décroissement : c'est ce groupe qui semble le mieux saisir la nature du processus dans lequel est engagé le client.

Par rapport à la perspective adoptée, ce n'est que par les étudiants débutants qu'elle est évaluée comme plus élevée dans les séquences de décroissement ($m = 3.90$; $sd = .91$) que dans celles d'approfondissement ($m = 3.19$; $sd = 1.25$) ($t_{(19)} = 1.89$; $p = .038$).

« Eddy » est généralement perçu par les sujets comme plus congruent et plus en contact avec lui-même que « Marc ». De plus, tous les sujets perçoivent des niveaux plus élevés de ces deux variables dans les derniers énoncés des séquences d'approfondissement. Les thérapeutes en formation se montrent encore plus précis en parvenant également à détecter des niveaux plus élevés dans les premiers énoncés des séquences de décroissement, comme cela est attendu dans la logique du processus explicatif.

b. Attention cognitive et émotionnelle

Une analyse en composantes principales a été faite sur les variables des questions 11 et 14 portant sur le degré auquel le sujet s'est senti accaparé mentalement et émotionnellement par différents aspects (en tout 14 variables)⁸⁰.

Les corrélations bivariées se sont révélées suffisamment significatives (confirmé par le test de sphéricité de Bartlett : $\chi^2_{(91)} = 670.67$; $p = .000$). Une solution à quatre facteurs rend compte de 75% de la variance totale. Les saturations des variables sur les nouveaux facteurs sont reproduites dans le tableau de la page suivante.

Le premier facteur explique 24% de la variance totale et regroupe la « réaction physiologique » propre des sujets, ainsi que l'« attitude » et le « contenu des énoncés des clients » (en variable inversée). Comme il se détourne du client et se centre sur le ressenti corporel du sujet, il a été nommé « **centration sur soi** ». Le deuxième facteur explique 18% de la variance totale. Il retient la « relation suggérée par le client », ainsi que la « réflexion propre » (variable inversée) : il a été qualifié de « **centration sur la relation** », dans le sens où il se centre sur ce qui se passe entre le client et le thérapeute et s'éloigne du niveau proprement réflexif et cognitif de ce dernier. Le troisième, qui explique 17% de la variance, concerne les « **conditions extérieures** ». Enfin, le dernier facteur, de saturation négative, se réfère à un état de « **détente** » propre aux thérapeutes, dans le sens qu'il évalue ne pas se sentir accaparé (submergé) par son « état émotionnel ». Il rend compte de 16% de la variance totale.

⁸⁰ A noter que les étudiants débutants et quatre thérapeutes en formation ont répondu à la version antérieure du questionnaire qui ne comportait pas ces questions : N = 63.

Tableau 5.22 : Saturations des variables selon les facteurs issus de l'analyse en composantes principales

	Composantes			
	« Centration sur soi »	« Centration sur la relation »	« Conditions extérieures »	« Détente »
Attention cognitive				
Réactions physiologiques	.868			
Etat émotionnel propre				-.853
Réflexion propre		-.836		
Attitude du client	-.573			
Contenu des énoncés du client	-.577			
Relation suggérée par le client		.690		
Conditions extérieures			.942	
Attention émotionnelle				
Réactions physiologiques	.861			
Etat émotionnel propre				-.859
Réflexion propre		-.853		
Attitude du client	-.820			
Contenu des énoncés du client	-.564			
Relation suggérée par le client		.691		
Conditions extérieures			.890	

Méthode d'extraction : analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax, avec normalisation de Kaiser.

Matrice des composantes retournée : La rotation converge en 5 itérations.

Le tableau suivant montre le niveau de ces facteurs pour chaque groupe.

Tableau 5.23 : Moyennes, écarts-types et significativité des différences selon les différents groupes et pour les quatre facteurs issus de l'analyse de variance

	Etudiants avant pratique (n = 24)		Etudiants après pratique (n = 24)		Thérapeutes en formation (n = 15)		dl	t**	p(t)
	m	sd	m	sd	m	sd			
« Centration sur soi » [1-7]*	5.56	1.02	6.05	.30	5.63	.73	37	-.20	.421
« Centration sur la relation » [1-7]	4.32	.87	4.03	.63	3.33	.48	36	3.91	.000
« Conditions extérieures » [1-7]	6.48	.99	6.83	.42	6.00	1.21	36	1.33	.096
« Détente » [1-7]	4.08	.91	3.57	.71	4.23	.98	37	-.49	.315

* L'échelle s'étend de 1, fort accaparement ressenti, à 7, faible accaparement ressenti.

** Le t-test unilatéral pour échantillon indépendant oppose les étudiants avant pratique et les thérapeutes en formation.

Les thérapeutes en formation sont sensiblement plus centrés sur la relation que ne le sont les étudiants avant la pratique. Bien que le contact avec le client soit très bref, ils semblent d'emblée attentifs à la qualité et à la nature de la relation qui est suggérée. Les t-tests appariés différenciant les étudiants avant et après le cours pratique sont significatifs pour les composantes de la « centration sur soi » ($t_{(23)} = -2.28$; $p = .032$) et l'état de « détente » ($t_{(23)} = 2.44$; $p = .023$). Après entraînement, ils se sentent moins accaparés par leur ressenti au niveau corporel et dans un état de « détente » plus élevé qu'avant.

Les seules corrélations significatives s'observent pour le groupe des étudiants avant la partie pratique et pour les liens entre le facteur « centration sur soi » et les variables suivantes :

Centration sur soi	-.51*	.51*	.60**	.56**
	« détente »	« conditions extérieures »	processus explicatif	empathie

* $p < .05$; ** $p < .01$

Lié négativement à un état de « détente » (non accaparé par les émotions), le fait de *moins* se centrer sur soi (ici principalement sur le ressenti corporel, en se « tournant » plus vers les contenus exprimés par le client et son attitude) semble être un lien avec une qualité des interventions (selon le processus explicatif et l'empathie) plus élevée (puisque qu'une valeur élevée du facteur « centration sur soi » indique un faible accaparement). En thérapie centrée sur la personne, l'empathie implique notamment la capacité de se détacher de son propre cadre de référence pour être le plus possible disponible et ouvert au client : l'observation de ces corrélations montre qu'une telle attitude semble déjà présente chez des étudiants ayant bénéficié d'un enseignement théorique (exemplifié) de l'approche.

Les thérapeutes en formation se centrent plus que les étudiants sur la relation. Ces derniers, après entraînement, se caractérisent par un état de « détente » plus élevé et sont moins accaparés par leur propre ressenti corporel. Le fait de moins se centrer sur soi semble généralement lié à une meilleure qualité des interventions thérapeutiques.

c. Présence des « ressentis » et des « pensées »

La question 23 du questionnaire (non présentée aux étudiants débutants et à quatre thérapeutes en formation) demandait de sommer sur un total de

100% le degré de présence ressenti par les « ressentis » (réactions physiologiques, émotions, affects) et par les « pensées » (réflexion, concentration, intentions).

Il n'y a pas de différences entre les étudiants avant et après entraînement. Par contre, les étudiants sans expérience pratique ($n = 24$) ($m = 59.13\%$; $sd = 9.88$) font *plus* souvent appel que les thérapeutes en formation ($n = 15$) ($m = 48.57\%$; $sd = 12.80$) à leurs pensées : $F_{(1,36)} = 8.10$; $p = .007$. C'est l'inverse pour la présence des ressentis : les étudiants sans expérience pratique ($m = 40.21\%$; $sd = 9.61$) y font *moins* souvent appel que les thérapeutes en formation ($m = 50.00\%$; $sd = 17.12$) : $F_{(1,36)} = 5.14$; $p = .029$. De plus, il faut noter la grande différence de pourcentages (environ 20%) entre la présence des pensées et des ressentis chez les étudiants et la quasi-absence de différences chez les thérapeutes en formation (environ 1.5%).

Les étudiants sans expérience pratique semblent plus se baser sur leurs pensées que sur leurs ressentis, à l'inverse des thérapeutes en formation post-grade avancée chez qui la présence des deux est plus équilibrée.

d. Appui sur les énoncés et attitudes du client ou sur les résonances propres

La question 24 (non présentée aux étudiants débutants et à quatre thérapeutes en formation), demandait d'évaluer, sur deux échelles de Likert s'étendant de 0, « très faible » à 6, « très élevée », dans quelle mesure les sujets estimaient s'être appuyés sur les « énoncés et attitudes perçus chez le client » et sur les « résonances émotionnelles et cognitives propres ».

Il n'y a pas de différences entre les groupes sur l'une ou l'autre de ces variables. Par contre :

Chaque groupe s'appuie de manière générale plus sur les « énoncés et attitudes du client ».

Les corrélations avec la qualité des variables de base ne sont pas significatives. Néanmoins, celles entre la présence des « pensées » et des « ressentis » et l'appui sur les « résonances » propres ou sur le « client » montrent que « résonances » et « ressentis » sont liés positivement entre eux, alors que « résonances » et « pensées » ainsi que « ressentis » et « pensées » sont liés négativement. Cette observation montre surtout que

les sujets sont congruents avec eux-mêmes dans les réponses données aux questions, et est donc en faveur de la validité interne et des variables.

e. Sensation corporelle et humeur (état affectif) ressenties

Les deux premières questions du questionnaire (non présentées aux étudiants débutants et à quatre thérapeutes en formation) concernaient la description de la sensation corporelle ou physiologique ressentie, ainsi que l'humeur ou l'état affectif dans laquelle se sent le sujet au terme de la séquence visionnée.

Pour la *sensation corporelle ou physiologique ressentie*, une analyse qualitative des différentes réponses données a permis de dégager quatre aspects principaux :

- « tension » (nervosité, transpiration, anxiété, mains moites, etc.)
- « lourdeur » (tristesse, fatigue, découragement, fermeture, etc.)
- « détente » (calme, à l'aise, chaleur intérieure, ouverture, etc.)
- « rien de spécial »

Pour l'*humeur ou état affectif*, une analyse du même type fait ressortir les quatre aspects suivants :

- « tristesse »
- « calme »
- « anxiété »
- « stress »

Par rapport à la qualité des interventions thérapeutiques, seul le processus explicatif tend à se différencier selon l'humeur : $F_{(1,232)} = 2.54$; $p = .058$. Les contrastes (simple) montrent qu'en vivant du stress, le niveau du processus explicatif s'avère plus élevé ($m = 4.78$; $sd = .50$) qu'en se trouvant dans une humeur calme ($m = 4.43$; $sd = .64$) ($p = .026$). Il semble que l'activation liée à un sentiment de stress soit en général en faveur d'une meilleure offre de traitement.

Plus de différences s'observent pour les niveaux d'implication cognitive, d'implication affective et de compréhension immédiate. En ce qui concerne la sensation physiologique, les résultats sont les suivants :

- « Implication cognitive » : $F_{(3,230)} = 3.96$; $p = .009$. Selon le test post-hoc de Tukey, l'implication cognitive est plus élevée dans un vécu de tension ($m = 3.72$; $sd = .99$) que dans un vécu de détente ($m = 3.22$; $sd = .90$).
- « Implication affective » : $F_{(3,230)} = 2.92$; $p = .035$. Elle est plus élevée dans un vécu de détente ($m = 3.09$; $sd = 1.02$) que si aucune

sensation physiologique particulière n'est ressentie ($m = 2.47$; $sd = 1.06$).

- « Compréhension immédiate » : $F_{(3,230)} = 2.89$; $p = .036$. Dans un vécu de détente, elle est plus élevée ($m = 3.47$; $sd = .63$) que quand elle est vécue dans un état de tension ($m = 3.16$; $sd = .66$).

Quant à l'humeur, une compréhension immédiate liée à des vécus d'anxiété ($m = 3.12$; $sd = .75$) et de tristesse ($m = 3.16$; $sd = .67$) se révèle moins élevée que liée à un état de calme ($m = 3.51$; $sd = .57$) ($F_{(3,229)} = 5.32$; $p = .001$).

Ces observations sont congruentes avec ce qui peut être logiquement attendu. En effet, l'implication cognitive tend à être plus élevée dans un état de tension, alors que l'implication affective et la compréhension immédiate sont plus élevées dans un vécu de détente.

Le niveau de processus explicatif semble plus élevé dans une ambiance vécue de « stress ». L'implication cognitive est généralement liée à un état de « tension », alors qu'implication affective et compréhension immédiate sont plus en lien avec un état de « détente » ou une humeur « calme ».

f. Intentions mentionnées

La question 21 (non présentée aux étudiants débutants et à quatre thérapeutes en formation) a porté sur les intentions que les sujets pouvaient avoir ressenties lors de leurs interventions. Au total, 117 mentions d'intentions ont été recensées sur l'ensemble des séquences. Elles représentent 46% des possibilités de réponses possibles (252 possibilités pour tous, 63 sujets pour quatre séquences chacun). Quatre aspects sont ressortis d'une analyse qualitative :

1. *Aider, accompagner, rassurer le client* : 11 occurrences.
2. *Comprendre* (les émotions, le pourquoi, le problème, le vécu, savoir plus, etc.) : 41 occurrences.
3. *Favoriser, augmenter le niveau d'auto-exploration du client* (approfondir, mettre le client en contact avec soi, etc.) : 38 occurrences.
4. *Souci d'expression et d'empathie* (montrer la compréhension, trouver les bons mots, être en même temps authentique, etc.) : 27 occurrences.

Aucune différence n'est observée pour la qualité des interventions thérapeutiques. Par contre, en ce qui concerne la perception des processus internes, les résultats suivants apparaissent :

- « Implication cognitive » : $F_{(3,113)} = 2.36$; $p = .075$. Selon le test post-hoc de Tukey, l'implication cognitive est plus élevée quand le sujet cherche à comprendre le client ($m = 3.79$; $sd = .61$) que lorsqu'il souhaite favoriser l'auto-exploration ($m = 3.31$; $sd = .85$).
- « Implication affective » : $F_{(3,113)} = 3.67$; $p = .014$. Elle est plus basse quand le sujet cherche à comprendre le client ($m = 2.68$; $sd = .96$) que lorsqu'il cherche à favoriser l'auto-exploration ($m = 3.36$; $sd = 1.03$).
- « Compréhension immédiate » : $F_{(3,113)} = 2.62$; $p = .054$. Comme pour l'implication affective, elle est plus basse en cherchant à comprendre le client ($m = 3.18$; $sd = .55$) qu'en voulant favoriser l'auto-exploration ($m = 3.51$; $sd = .65$).

Ces observations se révèlent également congruentes avec ce qu'il est logique d'attendre. Les niveaux d'implication affective et de compréhension immédiate sont plus élevés quand l'intention est de favoriser l'auto-exploration chez le client, de lui permettre de se mettre en contact avec lui-même. L'inverse s'observe pour le niveau de l'implication cognitive : il se montre plus élevé quand l'intention est de chercher à comprendre le client ou les contenus exprimés.

Enfin, en analysant la distribution des groupes selon les différentes intentions, il est intéressant de remarquer que le test tendanciellement significatif du khi carré ($\chi^2_{(6)} = 11.06$; $p = .087$) montre que les étudiants sans expérience pratique semblent plus vouloir aider le client et moins chercher à être empathiques ou adéquats dans leurs interventions. Par contre, ce souci est présent chez les thérapeutes en formation post-grade et ils ne formulent jamais l'intention d'aider, et très peu celle de chercher à comprendre. Ils sont plutôt orientés vers le souci de favoriser l'auto-exploration du client, tout en étant adéquats dans leurs interventions.

Les niveaux d'implication affective et de compréhension immédiate sont plus élevés quand l'intention est de favoriser l'auto-exploration chez le client. A l'inverse, le niveau de l'implication cognitive se montre plus élevé quand l'intention est de chercher à comprendre le client ou les contenus exprimés. De plus, les étudiants sans expérience pratique semblent plus vouloir aider le client et moins chercher à être

empathiques ou adéquats dans leurs interventions, au contraire des thérapeutes en formation post-grade avancée.

L'ensemble des résultats présentés dans ce chapitre sont discutés dans la partie suivante consacrée à leur analyse et à leurs interprétations possibles.

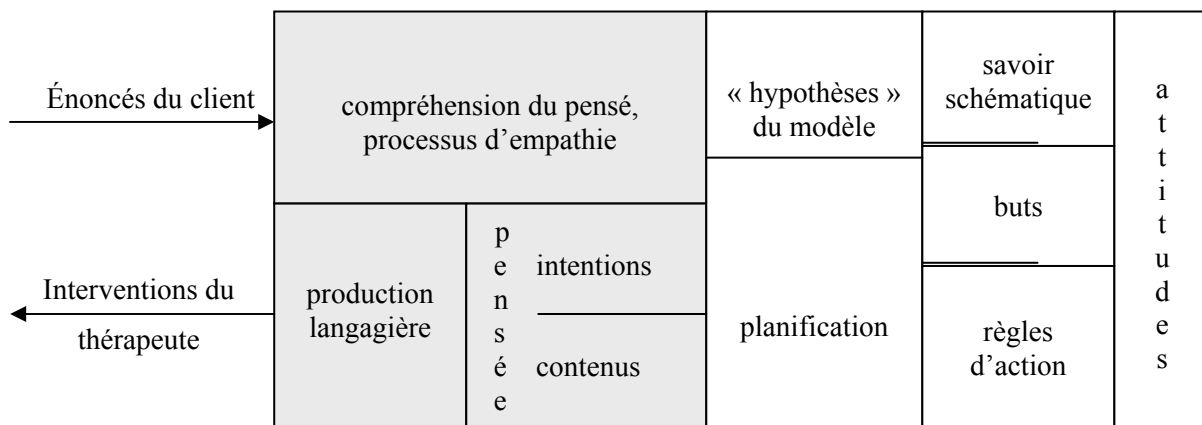
6. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

6.1 LE THÉRAPEUTE AU CENTRE DE L'ÉTUDE

L'ensemble des résultats aux analyses des hypothèses de départ sont conséquents et soulèvent de nombreux points. Ce chapitre est consacré à la revue des observations les plus importantes selon les différents groupes d'hypothèses, en les mettant en lien avec l'objectif et le cadre de recherche développés au début de ce travail.

Dans la relation thérapeutique avec un client, la tâche de compréhension est très exigeante. Le schéma ci-dessous, traduit et adapté de Sachse (1992b), illustre les composantes impliquées chez le thérapeute dans le processus de compréhension en jeu lors du dialogue thérapeutique.

Schéma 6.1 : Cadre de conception théorique de la thérapie (traduit et adapté de Sachse, 1992b, p.71) : composantes impliquées dans le processus de compréhension du thérapeute



Utilisé comme point de repère, il est possible de supposer que, par rapport à un thérapeute expérimenté, le thérapeute novice, ou l'étudiant, se situeraient plutôt dans la partie gauche de ce schéma. En effet, chez ces derniers, le savoir schématique, les buts et les règles d'action ne sont que très peu, voire pas développés (Sachse, 1992b), du fait de leur manque de formation et d'expérience. C'est par la pratique que des aptitudes de planification et des stratégies d'élaboration de leurs hypothèses relatives à tel modèle du client prendront plus de poids, autrement dit, par l'expérience, le savoir nomologique se développera en savoir nomopraxique et/ou technologique (Perrez, 2005 ; Reicherts, 1999a).

La procédure expérimentale choisie pour cette recherche a permis de se focaliser essentiellement sur les qualités des productions langagières, impliquant le niveau de compréhension et du processus d'empathie. Les questions présentées après chaque séquence visaient la saisie de certains aspects liés à la charge cognitive et affective vécue par les sujets, ainsi qu'à la perception de la situation dans laquelle se trouvent les clients (congruence, contact avec soi, perspective adoptée)⁸¹.

La discussion qui suit doit être considérée en gardant à l'esprit la procédure expérimentale standardisée qui est à l'origine des résultats présentés. En effet, ce paradigme original a permis de contrôler un nombre significatif de variables inévitablement impliquées, voire intriquées, dans une relation thérapeutique « in real time », dans laquelle thérapeute et client interagissent et s'influencent mutuellement. La pertinence de l'ensemble des observations qui suivent trouve sa justification dans cette possibilité unique de pouvoir cerner des aspects particuliers des interventions thérapeutiques formulées et des perceptions correspondantes.

6.2 REVUE DES RÉSULTATS LES PLUS INFLUENTS SELON LES GROUPES D'HYPOTHÈSES

6.2.1 Groupe 1 : Qualité des interventions thérapeutiques

Selon Rogers (1957, 1959, 2001) et les études qui ont suivi (Tausch, 1979 ; Tausch et al., 1969 ; Truax & Carkhuff, 1967), les conditions dites facilitantes sont censées être reliées positivement entre elles. Des corrélations sont confirmées, pour tous les sujets considérés ensemble, entre le processus explicatif et le regard positif et l'empathie. Un degré élevé de ces deux attitudes de base est en lien avec un niveau d'offres de traitement élevé. Ce qui est surprenant, c'est que l'authenticité ne montre pas de lien notable avec la qualité des interventions. Ce fait peut être expliqué par la manière de coter cette variable. En effet, les cotations ont été faites à partir d'un support écrit, qui ne permet pas de saisir tous les aspects non-dits liés à l'attitude des sujets. Les contradictions manifestes au niveau verbal peuvent effectivement être distinguées, mais les discrepances entre l'expérience et les énoncés sont plus difficilement repérables à partir des énoncés écrits seulement. Enfin, le paradigme expérimental lui-même ne permet pas au sujet-thérapeute de montrer toute

⁸¹ Montini Lirgg (2005 ; Reicherts & Montini Lirgg, 2006) a travaillé la partie concernant le client, tout en gardant le même cadre de recherche portant sur les interventions approfondissantes (processus explicatif et flèche descendante) et leurs effets et processus cognitifs et émotionnels.

son authenticité, de manière complète, se trouvant face à un écran de télévision. Ici également il lui est demandé de simuler cet aspect crucial de la relation thérapeutique en ne se trouvant pas dans un réel face à face avec un client.

Le temps de réaction s'avère relié négativement à la qualité des interventions : la « spontanéité » des sujets semble favoriser le niveau de leurs offres.

Par rapport aux différences entre les groupes selon la qualité de leurs interventions, les thérapeutes en formation s'avèrent effectivement meilleurs que les étudiants sans expérience pratique en ce qui concerne leurs niveaux de processus explicatif, d'empathie et de regard positif. L'expérience acquise par l'apprentissage et la pratique est ici clairement mise en évidence.

Le processus explicatif atteint des niveaux moyens proches de l'« évaluation personnelle » pour les thérapeutes en formation et les étudiants après entraînement. De plus, en considérant les fréquences des offres atteignant ce niveau (5) et celui de la « signification personnelle » (6), elles sont plus élevées chez ces deux groupes de sujets. Ainsi, même si le thérapeute est censé percevoir l'essentiel des émotions du client de la manière la plus complète possible (Sachse & Elliott, 2002), les résultats montrent que même des thérapeutes en formation avancée ne sont pas optimaux, mais parviennent dans l'ensemble à toucher les aspects d'évaluation et de signification *personnels, propres* au client, ce qui est cliniquement significatif. Le progrès noté entre les différents groupes montre qu'il est clairement possible d'optimiser la qualité des offres proposées aux clients.

Dans le même ordre d'idées, en ce qui concerne les attitudes de base, l'amélioration de l'empathie montre que les thérapeutes en formation forment de plus en plus d'aspects internes importants pour le client, et parviennent donc à une saisie de leurs processus affectifs de plus en plus optimisée.

D'après les moyennes des groupes, alors que les étudiants semblent relativement restreints par leurs propres critères, les thérapeutes en formation s'approchent du niveau 4 de l'intérêt sincère et évident en étant peu restreint par leurs propres critères (un demi-point d'amélioration sur l'échelle).

L'authenticité montre une tendance inverse à celle attendue : comme explicité ci-dessus, ce résultat surprenant peut être dû à la nature de la

cotation opérée (à partir d'un support écrit) et plus encore au fait de se trouver devant un écran de télévision. Toutefois, il est possible d'avancer l'hypothèse que les thérapeutes en formation, dont l'attention est certainement focalisée sur une multitude d'aspects liés à leur propre expérience et à celle du client, dégagent, dans leurs productions langagières, une impression de congruence relativement faible. En effet, leurs expressions peuvent donner l'impression d'une certaine préparation ou d'une certaine élaboration prêtant à penser qu'elles ne sont pas majoritairement congruentes avec ce qu'ils pensent ou vivent, mais plutôt élaborées en fonction de ce qui est « attendu ». Il s'agit d'ajouter que la variation du regard positif et de l'authenticité ne se situe autour de qu'un demi-point d'échelle. Ces échelles ne comportant que cinq niveaux, il se peut que la variance soit plus facilement biaisée, l'ensemble des cotations se situant majoritairement seulement entre les niveaux 3 et 4. Néanmoins, la stabilité de base de ces dimensions chez l'individu peut aussi expliquer cette faible variation, à la différence des niveaux de processus explicatif ou d'empathie qui eux sont susceptibles de bénéficier plus rapidement d'une expérience.

Les temps de parole et de réaction ne sont pas différenciés de manière significative selon les groupes. En général, le temps de parole se situe entre 10 et 15 secondes, et le temps de réaction entre 7 et 9 secondes. De plus, ces temps ne sont pas non plus en lien avec les facteurs de l'implication cognitive et affective et de la compréhension immédiate, dégagés de l'analyse en composantes principales. L'absence de différence peut être due à la nature inhabituelle de la même tâche demandée à tous les sujets. En fait, par rapport au traitement de l'information ascendant et descendant (cf. sous-chapitre 2.2.2, p.15), à titre d'hypothèse ad hoc, on aurait pu s'attendre à ce que des temps de réaction plus faibles puissent mettre en évidence la prédominance de processus automatiques (par exemple, en raison de tâche plus simple), notamment pour les sujets avec expérience pratique. En effet, ces derniers ne sont pas complètement neutres face à la situation d'entretien, et peuvent réagir différemment également selon la complexité de la séquence présentée. La démarche et la tâche expérimentale demeure certes inhabituelle pour tous les groupes de sujets, mais, fondamentalement, les psychologues en formation ont plus l'habitude de se retrouver en situation d'entretien que les étudiants. Cette différence dans les temps de réaction non révélée ici pourrait être montrée en prenant en compte d'autres niveaux d'analyse, notamment en procédant à une analyse qualitative linguistique des interventions proposées par le sujet (voir par exemple Apothéloz & Grossen, 1995, 1996), ou encore en variant beaucoup plus la complexité des

séquences présentées, mais cela aurait dépassé le cadre de cette recherche déjà très complet.

6.2.2 Groupe 2 : Effet directionnel des processus de traitement explicatif des clients

Les hypothèses de ce groupe sont basées, d'une part sur la *direction* du processus explicatif dans lequel le client est engagé et sur les *niveaux* de leur traitement ; d'autre part sur la perception, par les sujets, du niveau de traitement explicatif des clients et de leur propre niveau.

Influence des *niveaux* du traitement explicatif

En considérant dans un premier temps l'influence des *niveaux* de traitement explicatif des clients, à savoir qu'ils se situent à un niveau *superficiel* (niveaux 3 du « rapport » et 4 de l'« évaluation ») ou à un niveau *approfondi* (niveaux 6 de la « signification personnelle » et 7 de l'« explication des structures de signification »), un effet directionnel général a été démontré sur les offres formulées par les sujets. Un processus du client allant en s'approfondissant entraîne effectivement chez les sujets des offres allant dans la même direction. Pour un processus en décroissement, les offres des sujets tendent également à aller dans ce sens, ce qui ne devrait pas être le cas, thérapeutiquement parlant.

L'effet directionnel observé est plus en faveur des thérapeutes en formation post-grade avancée et des étudiants ayant suivi la partie pratique du cours de thérapie centrée sur la personne. Les analyses de variance et les tests du khi carré ont montré que les thérapeutes en formation manifestent plus d'offres s'approfondissant et moins d'offres devenant plus superficielles, que les étudiants débutants dans les séquences d'approfondissement. Cela montre que les thérapeutes en formation sont influencés plus favorablement (en faveur du client) par la direction du processus explicatif adoptée par les clients, en ce qui concerne la qualité des offres qu'ils proposent.

En comparant le groupe des étudiants avant et après la partie pratique la même observation est faite : après entraînement pratique, leur nombre d'offres se faisant plus superficielles est plus faible face à un client diminuant son niveau de processus explicatif. De plus, en tenant compte de l'ensemble des séquences, les offres devenant plus superficielles sont moins nombreuses après entraînement également.

L'influence de l'apprentissage, pour les étudiants, et de la formation pour les thérapeutes, est ici bien mise en évidence.

L'hypothèse selon laquelle les niveaux de traitement approfondis du client sont *en général* moins bien soutenus que les niveaux plus superficiels, a été confirmée. Dans son étude de 1992, Sachse (1992a) avait montré la difficulté des clients à accepter des offres de niveau élevé. La réciprocité semble vérifiée pour les sujets adoptant le rôle de thérapeute dans cette expérience, puisqu'il leur est plus difficile d'atteindre les niveaux de traitement approfondis de leur client, que les niveaux plus superficiels. Néanmoins, une différence est effectivement observée entre les différents groupes car, comparés aux superficiels, les niveaux approfondis sont moins bien soutenus par les étudiants sans expérience pratique que par les thérapeutes en formation post-grade et les étudiants après entraînement. A nouveau, l'effet de l'apprentissage et de la formation montre ici sa présence et son importance. En se référant au graphique 5.1 (p.128), il s'avère que des traitements de niveaux 3 ou 4 sont le plus souvent dépassés par les sujets. Par contre, un changement radical s'opère aux niveaux 4 et 5 : c'est dans cet intervalle que ces derniers semblent se différencier le plus dans leur capacité à atteindre ou non ces niveaux. Les tableaux 5.4 et 5.10 (p.124 et 133) illustrent que seuls les étudiants ayant bénéficié de la partie pratique et les thérapeutes en formation post-grade parviennent en moyenne à un niveau de processus explicatif proche ou supérieur au niveau 5 de l'« évaluation personnelle ».

Influence de la *direction* du traitement explicatif

Pour la *direction* du processus explicatif du client allant en s'approfondissant, la moyenne générale des offres de traitement explicatif tend à être moins élevée que pour la direction allant vers un contenu abordé de manière de plus en plus superficielle. Ces deux moyennes se situent entre les niveaux 4 de l'« évaluation » et 5 de l'« évaluation personnelle ».

En fait, en différenciant les groupes, c'est le niveau du processus explicatif des étudiants sans expérience pratique qui est significativement plus élevé dans les séquences de décroissement que dans celles d'approfondissement. Par contre, les thérapeutes en formation font preuve de niveaux supérieurs dans les séquences d'approfondissement : il semble qu'ils perçoivent l'importance de ne pas « lâcher » le client alors qu'il est engagé dans le processus exigeant d'une clarification de ses expériences vécues et de ses

déterminants internes, et parviennent à agir en conséquence, en le soutenant au mieux. Le fait que les étudiants ayant suivi la partie pratique ne différencient pas leur niveau d'offres de traitement soutient cette observation. De plus, leurs moyennes montrent qu'ils se dirigent vers un niveau de processus explicatif plus élevé dans les séquences d'approfondissement, rejoignant ainsi les thérapeutes en formation.

Ainsi, en valeurs absolues, la différence du niveau des offres des sujets entre les différents types de séquences est moins importante pour les thérapeutes en formation. Ces derniers semblent donc en moyenne moins fortement influencés par la direction de traitement adoptée par les clients (alors qu'ils le sont par les modes, à un niveau plus précis) et, à l'inverse des étudiants sans expérience pratique, la qualité de leurs offres est cependant plus élevée dans les séquences d'approfondissement, ce qui est en faveur d'un soutien pertinent du client.

Les analyses supplémentaires (reportées dans l'annexe 8, p.243) portant sur la situation du niveau de processus explicatif des sujets par rapports au début et à la fin de chaque type de séquence ont confirmé que dans les séquences d'approfondissement, les différents groupes expérimentaux se positionnent effectivement plus proches du niveau du client au début de la séquence qu'à la fin. Les offres des thérapeutes en formation post-grade et des étudiants après entraînement sont de surcroît plus distantes (donc plus élevées) du niveau du client, que celles des étudiants sans expérience pratique, et plus proches du niveau approfondi du client à la fin.

Les mêmes observations sont valables, pour les séquences de décroissement, en permutant les premières et dernières interventions.

Dans la perspective micro-analytique de cette recherche, l'hypothèse est qu'il est difficile pour un thérapeute (surtout novice, comme les étudiants) d'atteindre, dès les toutes premières interventions, un niveau de traitement explicatif du client, même bas, comme c'est le cas dans les séquences d'approfondissement. Cependant, il est montré que ce niveau est dépassé après avoir bénéficié de seulement deux énoncés supplémentaires du client, se référant par là à l'élaboration de la compréhension qui débute dès les tout premiers échanges entre le thérapeute et son client. Un certain contenu et des ébauches d'intentions sont susceptibles d'être déjà présents dans la pensée du sujet, une base de savoir relative étant déjà en construction par rapport à tel client (voir à ce sujet Montini Lirgg, 2005 ; Reicherts & Montini Lirgg, 2006).

L'implication du sujet dans ce processus « moment-to-moment » prend ici son envergure, car pour les articulations micro-analytiques présentes dans ce paradigme expérimental, la tâche du sujet est vraiment exigeante, et il lui est par là difficile de réaliser des offres de niveau élevé, dans un laps de temps si court et avec si peu d'informations.

Les résultats montrent que dès que du contenu supplémentaire est rendu disponible, le thérapeute peut être plus performant dans la qualité de l'offre qu'il propose : une élaboration, même minime, d'une représentation interne du client semble déjà en cours.

Inversement, quand le client est engagé dans un processus de décroissement, les moyennes reportées dans le tableau 3 de l'annexe 8 (p.244) montrent que les groupes ont tendance à baisser la qualité de leurs offres de traitement explicatif : si le client ne fournit pas des informations suffisamment « pertinentes » pour permettre au thérapeute d'élaborer une représentation interne de son client, cela semble se refléter dans les interventions de ce dernier (Sachse, 1992b). L'élaboration de sens décrite par Hörmann (1976) ne peut se développer suffisamment et le thérapeute risque de rester « bloquer », d'autant plus si sa formation théorique et pratique ne lui a pas encore apporté les bases nécessaires pour développer son système schématique (modèle SPAARS de Power, voir sous-chapitre 2.2.3, p.19) et des schémas pertinents (Power, 1997 ; Power & Dalglish, 1997 ; Power & Schmidt, 2004).

Perception du niveau de traitement explicatif du client

Les thérapeutes en formation et les étudiants ayant suivi la partie pratique du cours tendent à percevoir plus correctement que les étudiants débutants, la direction du processus explicatif illustré par les clients dans les séquences de décroissement.

Les sujets perçoivent la direction du processus explicatif du client comme s'approfondissant effectivement plus dans les séquences d'approfondissement que dans celles de décroissement (bien qu'y percevant aussi un léger approfondissement). Néanmoins, les étudiants débutants sont ceux qui perçoivent, de la manière la plus erronée, un niveau s'approfondissant dans les séquences de décroissement.

A nouveau, la formation et l'expérience semblent ici en faveur de la perception plus fine de la manière dont le client aborde ses contenus (Geller et al., 2002 ; Hillerbrand, 1989 ; Martin et al., 1989 ; O'Byrne & Goodyear, 1997), ceci sur la base d'informations très limitées, en ne se centrant que sur quelques énoncés.

Les niveaux de complexité et de flexibilité cognitives acquis durant la pratique influencent sans doute le caractère de cette perception plus différenciée (von Eye, 1999 ; Spengler & Strohmer, 1994 ; Vogel, 1993). Les étudiants sans expérience pratique semblent plus dépendre d'une base de savoir générale préalable sur le client, avant de pouvoir percevoir le processus dans lequel ce dernier s'est engagé. Comme l'ont montré notamment O'Byrne et Goodyear (1997), des thérapeutes expérimentés sont moins dépendants des informations factuelles et plus capables d'agir et de perception fine dans des situations ponctuelles ou liées à un état de crise. Le paradigme expérimental de cette recherche s'avère pertinent pour la mise en évidence de cette différence de fond entre thérapeutes expérimentés ou non.

Perception du niveau de traitement explicatif atteint par rapport à celui effectivement atteint personnellement

La tâche demandée au sujet est de *réaliser* dans l'immédiat des interventions thérapeutiques face à un client qu'il ne connaît pas, sauf par le nombre restreint d'informations que ce dernier lui transmet au cours de quelques échanges. Après ses interventions, le sujet est prié d'explorer son ressenti et d'exprimer ce qu'il *pense avoir réalisé*. Le laps de temps étant relativement court entre l'action et la pensée sur cette action, des processus cognitifs de réinterprétation et de réévaluation sont inévitablement induits : une perte d'information, voire un ajout sont ici susceptibles d'entrer en jeu (Sachse, 1992b ; Turk & Salovey, 1985b, 1986).

En considérant les groupes séparément, il s'avère que ce sont les thérapeutes en formation post-grade avancée et les étudiants après la partie pratique, à l'inverse des étudiants sans expérience pratique, qui ne montrent pas une tendance à la sous-évaluation de leurs offres de traitement *par rapport à celui du client*. Cependant, de manière générale, les sujets ne tendent pas à sous-évaluer de manière significative le niveau de leur offre de traitement explicatif, *par rapport au niveau qu'ils ont effectivement atteint*.

Entre les groupes, il n'y a pas de différence manifeste lorsque les sujets pensent que leur niveau est plus approfondi et qu'il l'est effectivement. Cependant, les étudiants sans expérience pratique pensent plus souvent que les thérapeutes en formation post-grade qu'ils ont atteint un niveau supérieur ou égal à celui du client alors qu'il est inférieur. En même temps, ils évaluent correctement que leur niveau est plus bas que celui du client et

qu'il l'est effectivement, ou qu'il est le même que celui du client et qu'il l'est effectivement.

Ainsi, ces observations laissent penser que bien qu'évaluant plus correctement que les thérapeutes en formation que leur niveau est plus bas ou égal à celui du client, les étudiants sans expérience pratique tendent aussi plus souvent à surévaluer leur niveau comme supérieur ou égal à celui du client alors qu'il se révèle inférieur. Cette surévaluation peut être le signe d'une confiance trop élevée en la propre performance ou la conséquence de la perception erronée du niveau du client. Comme l'ont montré Lafferty et al. (1989), ils peuvent se tromper dans leurs évaluations en raison de leur besoin de stimuler le client dans une implication continue dans le processus ou de lui fournir plus de soutien. Cela est d'ailleurs confirmé par l'analyse des intentions formulées par ces sujets, pour qui le besoin d'aider est le plus présent. De plus, ces étudiants sans expérience pratique tendent plus à percevoir moins correctement la direction adoptée par le client

En se référant aux analyses exploratoires supplémentaires portant sur la perception du fonctionnement du client (contact avec soi, congruence et perspective adoptée), ces remarques sont corroborées : les étudiants sans expérience pratique perçoivent la congruence et le contact avec soi des clients de manière plus erronée que les thérapeutes en formation post-grade.

En effet, dans les séquences de décroissement, elle leur apparaît comme plus élevée que pour les thérapeutes, et comme moins élevée dans les séquences d'approfondissement. En tenant compte du fait que les informations présentées en dernier, soit plus proche du moment du rappel, sont mieux enregistrées, les thérapeutes en formation post-grade perçoivent plus correctement la congruence et le contact avec soi effectifs des clients (censée être plus élevés à la fin des séquences d'approfondissement et au début de celles de décroissement).

Ainsi, la formation et l'expérience pratiques permettent d'être plus fin et plus juste dans la perception du client et par là de formuler des interventions plus bénéfiques pour le client. Le modèle mental de travail, décrit largement par Sachse (1992b) ou encore Vogel (1993), se révèle plus élaboré chez les thérapeutes en formation, sans quoi cette meilleure qualité de perception ne serait pas mise en évidence.

6.2.3 Groupe 3 : Perception des caractéristiques internes (« implication cognitive », « implication affective », « compréhension immédiate ») lors du processus thérapeutique

Les niveaux d'implication cognitive et d'implication affective sont évalués en général comme plus élevés par les étudiants sans expérience pratique que par les thérapeutes en formation post-grade avancée. Cependant, ces derniers estiment leur implication affective et leur compréhension immédiate comme plus élevés que leur implication cognitive, à l'inverse des étudiants.

Pour les étudiants avant de suivre la partie pratique, l'implication cognitive est liée positivement au niveau du processus explicatif. Ce lien n'est plus que tendanciel après avoir suivi la partie pratique et pas décelable chez les thérapeutes en formation.

Dans les séquences d'approfondissement, pour le groupe n'ayant pas encore suivi la partie pratique, l'empathie et le processus explicatif sont liés négativement à l'implication affective, mais positivement à l'implication cognitive. Il semblerait que l'effort cognitif fourni par ces sujets, dans ce type de séquence, favorise la réalisation d'offres de niveau plus élevé, alors que la perception de l'implication affective les en empêcherait. Hillerbrand (1989) soulignait l'exigence dévolue au niveau cognitif, en prenant l'exemple de la formulation d'une réponse empathique, exigence pouvant interférer avec l'utilisation d'autres compétences et pouvant, dans le cas présent, expliquer notamment le niveau de processus explicatif plus bas que celui réalisé par les thérapeutes en formation.

Dans les séquences de décroissement du processus explicatif, l'implication cognitive des étudiants sans expérience pratique reste liée positivement à l'empathie. A nouveau, l'effort cognitif fourni semble favoriser une meilleure qualité de leurs offres de traitement. Cela est corroboré par le fait que l'implication affective est liée négativement au regard positif pour les étudiants débutants, et négativement à l'empathie pour le groupe avant pratique. Les affects, pour ces groupes sans expérience pratique, ne semblent pas être en lien avec la qualité de leurs offres.

Après le cours pratique, le lien entre processus explicatif et implication cognitive demeure. Néanmoins, l'authenticité y est liée négativement. Par contre, le fait que la compréhension immédiate soit liée négativement à l'implication cognitive et au regard positif montre que ce groupe tend

encore à ne pas profiter des affects comme source de réalisation d'offres de qualité plus élevée.

Pour les thérapeutes en formation post-grade, il est intéressant de relever que l'implication cognitive et la compréhension immédiate (liée négativement à cette dernière) sont liées négativement avec le niveau du processus explicatif, alors que l'implication affective l'est de manière positive. De plus, un niveau élevé de compréhension immédiate est en lien avec un temps de parole plus élevé, montrant ici le temps que s'accorde ces sujets pour sentir et formuler leurs interventions (Sachse, 1992b). Enfin, implication cognitive et implication affective sont liées négativement, ce qui indique que la présence de l'un peut soulager la charge de l'autre : il s'avère que la qualité des offres des thérapeutes en formation sont plus liées avec le niveau de leur implication affective que d'implication cognitive, à l'inverse des étudiants.

Dans la perspective immédiate d'interventions qui leur sont demandées, les thérapeutes se fient plus à leur côté affectif et à leur ressenti. Ils semblent se rendre compte qu'une pure réflexion leur soit moins profitable dans la tâche (d'immédiateté) qui leur est demandée.

A nouveau, cela se reflète dans leurs interventions, et la pertinence de l'apprentissage, de l'exercice, et de la formation conserve tout son sens, garanti d'autant plus fortement que la tâche qui leur est demandée leur est inhabituelle.

Tracey et al. (1988 ; cf. sous-chapitre 2.7.5, p.73) différenciaient *acquisition de la réponse* et *acquisition de la stratégie* : l'inversion de la présence de l'implication cognitive et de l'implication affective chez les différents groupes illustre en partie cette acquisition de la stratégie pour les thérapeutes en formation qui ont moins à se concentrer sur les aspects cognitifs – voire théoriques – de la manière dont formuler une intervention, puisqu'elle est censée leur être en majeure partie acquise par la pratique.

Cette observation est valable pour les étudiants avant et après entraînement qui ont amélioré de manière cliniquement significative le niveau de leurs offres de traitement explicatif : il est possible d'avancer qu'ils ont fait plusieurs pas en direction de l'acquisition à la fois de la *réponse* et de la *stratégie*.

A cela s'ajoute l'hypothèse que les thérapeutes en formation semblent plus de baser, dans la référence à leur état affectif, sur leur système schématique que sur le système associatif, selon le modèle SPAARS de Power (voir sous-chapitre 2.2.3, p.19 ; Power, 1997). En effet, le fait que la qualité de

leurs interventions soit considérable permet difficilement d'avancer qu'il n'y ait aucun traitement cognitif de leur part : il semblerait plus pertinent de soutenir l'idée que c'est leur système schématique relativement développé qui leur permet un « traitement affectif » des informations en passant par un « traitement cognitif ». Par contre, le « vécu général affectif » des étudiants pourrait surtout passer par le système associatif direct, expliquant par là en partie des niveaux d'offres de traitement moins élevée, les émotions générées automatiquement, donc non « traitées », pouvant interférer avec leur traitement cognitif.

Il faut encore soulever que l'implication cognitive des étudiants débutants est plus élevée dans les séquences de décroissement. Comme il l'a déjà été souligné, la « profondeur » ou la pertinence des informations fournies par le client s'avérant comme concernant de moins en moins ce dernier peut engendrer chez les sujets un effort encore plus actif, au niveau cognitif, à combler les informations manquantes.

Corroborant cette observation, il est observé également que les niveaux d'implication affective et de compréhension immédiate des étudiants ayant suivi la partie pratique sont plus élevés dans les séquences d'approfondissement, et leur implication cognitive plus faible. Comme le processus va en s'approfondissant, les sujets accordent plus d'attention à leur implication affective et au vécu de leur expérience, alors que dans les séquences où le niveau du processus explicatif se détériore, ils semblent plus chercher à rationaliser ou à utiliser leur réflexion cognitive pour saisir ce qu'il se passe pour les sujets. De plus, le niveau de leurs offres de traitement explicatif ne varie pas significativement selon le type de séquence. Il convient de noter, cependant, que malgré que l'implication cognitive soit moins élevée dans les séquences d'approfondissement, elle demeure, pour l'ensemble des séquences, à un niveau plus élevé que l'implication affective et la compréhension immédiate, ce pour tous les étudiants. Par contre, comme déjà souligné, ce niveau est plus faible chez les thérapeutes.

En se référant aux modèles de traitement de l'information (Dalglish, 2003 ; Power, 1997), insistant sur l'importance de la prise en compte des émotions et des états affectifs dans la perception et la mémorisation, les présents résultats s'articulent bien avec ces théories. En effet, il est noté que lorsque le sujet (particulièrement pour les étudiants) ne se sent pas ou peu « touché », les énoncés du client lui apparaissent comme moins signifiants et son processus de compréhension s'en ressent comme moins effectif à travers la qualité des interventions (Hill et al., 1993 ; Martin et

al., 1989 ; Nutt-Williams & Hill, 1996 ; Rennie, 1992 ; Skovholt & Rønnestad, 2003).

La conception de la compréhension empathique acquiert ici sa pertinence pratique, dans le sens que de se laisser « toucher » permet de mieux sentir le cadre de référence interne de l'autre (Motschnig-Pitrik & Nykl, 2003). Si seuls les processus cognitifs sont focalisés, la compréhension perd de sa contenance ou de signification approfondie. La comparaison des différents groupes sert à confirmer que bien que des étudiants débutants expriment avoir compris dans une certaine mesure le client (leur niveau d'empathie est relativement élevé), cela n'implique pas forcément que leurs offres de traitement explicatif soient de niveau très élevé aussi. Les thérapeutes en formation post-grade, qui décrivent une perception de compréhension plus élevée, manifestent en même temps une qualité de leurs offres de traitement plus élevées. Plus le comprendre immédiat et le « se laisser concerner » par son propre vécu et ses états affectifs sont présents, plus la qualité des interventions et par là la compréhension s'en révèlent fines (Motschnig-Pitrik & Nykl, 2003). Ainsi, la perception de compréhension en elle-même ne suffit effectivement pas (Sachse, 1992b), et l'utilité et la nécessité de la formation est à nouveau confirmée.

Liens avec les analyses exploratoires supplémentaires

Dans la discussion de ce groupe d'hypothèses liées à l'implication cognitive et affective ressenties par les sujets, il est possible d'y intégrer les observations issues d'autres questions du questionnaires (présentées dans le sous-chapitre 5.3.5 (p.155) des « analyses exploratoires supplémentaires »).

Dans l'attention cognitive et émotionnelle ressentie par les sujets, les thérapeutes en formation post-grade avancée se révèlent plus centrés sur la « relation » qui leur semble suggérée dans les micro-séquences. A cela s'ajoute qu'ils s'appuient moins sur leurs « pensées » (réflexion, concentration, intentions) et plus sur leurs ressentis (réactions physiologiques, émotions, affects) par rapport aux étudiants avant l'entraînement pratique. Cette observation permet de supposer que les thérapeutes en formation utilisent, même dans la situation expérimentale dans laquelle ils se retrouvent, des stratégies plutôt orientées vers le *processus ou déroulement*, telles que décrites par Vogel et Schulte (1997, voir sous-chapitre 2.3.4, p.31). En effet, ces stratégies sont caractérisées par l'attention portée à son propre comportement et à la relation au client, alors que les stratégies orientées vers les méthodes, supposées plus présentes chez les étudiants sans expérience pratique, sont caractérisées par

le fait de rester planifié et d'appliquer des méthodes spécifiques. Ces étudiants ne possédant encore que des bases théoriques, il se peut qu'ils « s'accrochent » aux quelques attitudes et méthodes qui leur ont été exposées.

Enfin, les intentions des thérapeutes en formation post-grade avancée caractérisés par des niveaux plus élevés d'implication affective et de compréhension immédiate, sont plutôt orientées vers le souci d'être adéquatement empathique et de favoriser l'auto-exploration du client. Lietaer (1992) note d'ailleurs que favoriser l'auto-exploration et le plus fréquemment considéré par les thérapeutes comme un facteur aidant la thérapie. Les étudiants, quant à eux, visent plus à « aider » le client (« prendre la responsabilité du changement du client »). Ces derniers se disent d'ailleurs plus attentifs à leurs ressentis corporels (« centration sur soi ») et moins « détendus », et cela est en lien avec une qualité d'offres thérapeutique moins élevée (processus explicatif et empathie).

Dans les corrélations observées au niveau de tous les sujets, l'implication cognitive se révèle liée positivement à un vécu de tension, et à l'intention de comprendre le client, alors que l'implication affective et la compréhension immédiate sont plus liées à un état de détente ou à une humeur calme et l'intention qui y est liée est le souci de favoriser l'auto-exploration du client.

Ainsi, ces observations issues de différentes analyses à partir de diverses questions se rejoignent entre elles et sont en faveur de la validité générale de cette étude.

L'implication cognitive, qui implique la difficulté, l'effort, la concentration et la réflexion éprouvés par les sujets lors de leurs interventions, caractérise plutôt les personnes sans expérience pratique ou peu. Elle est en lien avec un état de tension, une intention de comprendre le client, voire de l'aider, ainsi que généralement avec les niveaux élevés du processus explicatif réalisé par les étudiants : dans la qualité de leurs offres, étant donné leur peu d'expérience pratique et de formation, ces derniers parviennent à des offres de traitement explicatif plus approfondies lorsque leur implication cognitive est évaluée comme relativement élevée. Leur formation théorique et les exemples concrets qu'ils ont pu y analyser leur permettent une réflexion cognitive avérée qui est certes loin de l'appui sur l'expérimentation caractérisant des thérapeutes centrés sur la personne, mais qui les distinguent déjà nettement de personnes totalement « naïves », sans connaissance aucune de l'approche thérapeutique, puisque ces étudiants dépassent en moyenne déjà le niveau 4 de l'« évaluation » (Sachse

(1992b) estime que lorsque le niveau minimal 3 du « rapport » est atteint, le travail thérapeutique peut déjà s'initier).

Les thérapeutes en formation post-grade sont caractérisés par des niveaux plus élevés d'implication affective et de compréhension immédiate.

A rappeler que l'« implication affective » est caractérisée par l'implication ou l'emprise affective ressentie, les liens avec une thématique personnelle rappelée, et le degré de sympathie éprouvés. La « compréhension immédiate » comprend les degrés d'intuition, de facilité d'expression et de compréhension ressentis. Ces deux facteurs sont en lien avec un état de détente et une humeur calme décrits par les sujets et, de plus, les intentions qui y sont liées sont celles d'encourager l'auto-exploration du client et d'être adéquatement empathique, caractérisant ainsi en bonne partie les attitudes de thérapeutes formés à l'approche centrée sur la personne. En effet, la qualité des interventions s'est révélée comme plus élevée chez les thérapeutes en formation post-grade avancée, ce qui soutient aussi la pertinence de la présence de ces variables chez des thérapeutes efficaces détachés d'une pure réflexion cognitive⁸².

6.2.4 Groupe 4 : Amélioration de la qualité des interventions

Le paradigme expérimental dans lequel les sujets de cette expérience se sont engagés a mis en évidence que les niveaux de traitement explicatif et d'empathie sont améliorés de manière générale entre la première et la dernière séquence de l'expérience. Les deux variables ont augmenté d'un niveau environ pour les étudiants, et d'un peu moins pour les thérapeutes en formation. Par contre, l'authenticité et le regard positif n'ont pas montré de changement, fidèles en cela à la stabilité de leurs niveaux. Il s'ensuit que des personnes sans expérience pratique en psychothérapie parviennent, dans cette perspective micro-analytique et d'intervention dans l'immédiat à approfondir leur niveau de compréhension et à formuler des énoncés visant à s'approcher de plus en plus de la conception rogérianne. Il s'agit de rappeler que les étudiants débutants atteignent une qualité de réponse relativement bonne, certainement due à la brève introduction à la thérapie centrée sur la personne dont ils ont bénéficié dans le cours d'introduction à la psychologie clinique. Sans approfondissement théorique, ni expérience pratique, ils ont néanmoins pris connaissance de certains exemples d'interventions et ne sont donc pas si « naïfs » que pourrait l'être une

⁸² Il s'agit cependant de ne pas confondre une « réflexion cognitive pure », caractérisée par des efforts de concentration et une charge mentale qui détournent du vécu expérientiel, avec le savoir théorique nécessaire à tout thérapeute efficace (voir par exemple l'article de Schmid (2005) qui différencie bien cet aspect).

personne n'ayant jamais entendu parler des attitudes thérapeutiques. Le fait que le client présenté en tout début d'expérience soit différent du dernier, et que de surcroît le niveau de processus explicatif illustré par ces deux clients soit plus élevé dans la séquence de clôture, permet de limiter l'influence de l'apprentissage au cours de la passation dû à la seule familiarisation avec le dispositif expérimental.

En plus de ce gain observé au sein de l'expérience, c'est surtout le gain acquis par les étudiants ayant bénéficié de l'entraînement pratique dans le cadre du cours centré sur la personne qui est important à souligner : en effet, en même temps qu'ils s'améliorent au cours de chacune des passations expérimentales (pré et post), ils partent d'un niveau supérieur après leur expérience pratique.

La procédure expérimentale est ici valorisée, mais aussi, et surtout, la pertinence de l'acquisition de compétences pratiques, au cours de quelques heures d'entraînement pratique dans un intervalle de trois mois, qui permet une amélioration sensible dans la qualité des interventions proposées, donc dans la qualité de l'aide apportée aux clients.

A un niveau plus détaillé de l'analyse des interventions, en considérant l'ensemble des sujets, dans l'ordre A, l'amélioration des niveaux de traitement explicatif et d'empathie est confirmée, alors que le regard positif et l'authenticité demeurent constants. Dans l'ordre B, les niveaux de traitement explicatif, d'empathie et de regard positif tendent à se détériorer. Cette observation divergeant selon les ordres de présentation des séquences permet bien de constater que l'ordre de présentation des contenus par le client, joue un rôle manifeste (Mayfeld et al., 1999 ; Patel & Groen, 1991). En effet, la personnalité elle-même du client ne semble pas être en cause⁸³. En se référant à l'annexe 5 où sont retranscrits tous les énoncés des clients, il apparaît effectivement que l'ordre des contenus est plus logique dans l'ordre A⁸⁴, i.e. les informations transmises semblent plus s'articuler de manière suivie, pour les deux clients, il y est donc logiquement plus « facile » d'y répondre de manière plus authentique.

Bien que ce résultat n'était pas attendu, il permet de mettre en lumière la présence effective de la construction progressive d'une base de savoir, d'intentions, et d'hypothèses sur le client menant au développement de la compréhension de son cadre de référence interne (Sachse, 1992b ; Vogel,

⁸³ Dans l'ordre A, dans lequel une amélioration des offres est notée quel que soit le type d'approfondissement des séquences, chacun des clients est présenté aux sujets à la fois au début et à la fin des séquences (ce n'est pas systématiquement Eddy qui est visionné en premier)

⁸⁴ Ordre A : 3-7-5-1-4-8-6-2 et ordre B : 2-6-8-4-1-5-7-3.

1993). La dépendance aux informations prend tout son sens, ainsi que l'importance du suivi et de la cohérence de ces dernières (Mayfeld et al., 1999 ; Patel & Groen, 1991 ; Skovholt & Rønnestad, 2003). Dans l'ordre B, ces informations peuvent sembler présentées de manière décousue, alors que dans l'ordre A, elle s'articulent mieux entre elles.

Plus le thérapeute est capable d'emblée d'aider le client à structurer la présentation de ses contenus, voire à les approfondir plus ou moins intensément, plus les bases de sa compréhension actuelle et future s'en trouveront renforcées. En effet, Sachse (1992b) précisait déjà le fait que la compréhension est toujours superficielle au début, et qu'après quelques paroles du client déjà, le thérapeute peut comprendre l'un ou l'autre aspect important du cadre de référence interne du client. Cette recherche insiste en plus sur la pertinence, voire la nécessité de favoriser un développement plus ou moins structuré de la part du client.

Une remarque supplémentaire s'inscrit à la suite de ces observations : sans pouvoir parler de « relation » thérapeutique au sens strict, dès les tout premiers échanges, le thérapeute peut néanmoins en pressentir les bases, sans jamais, dans le cadre de ce paradigme expérimental, pouvoir en amorcer une. Dans la démarche « pré-post » proposée aux étudiants, qui revoient une deuxième fois les clients, il est possible qu'un modèle très rudimentaire s'élabore, par la « reprise de contact » avec les clients. Le fait que leur implication cognitive prenne moins d'importance après entraînement et que leur implication affective soit plus présente peut être en faveur de cette observation. Ils semblent se sentir « plus à l'aise » à la deuxième passation⁸⁵. Qu'un véritable fondement de relation thérapeutique ne soit pas possible dans cette expérience, est à la fois une faiblesse et une richesse de cette étude. En effet, les mesures de la qualité du dialogue thérapeutique sont faites en *contrôlant*, d'une certaine manière, la variable de la relation. Nombre d'études (Asay & Lambert, 2001 ; Beutler et al., 1994 ; Lambert & Ogles, 2004) ont montré l'importance cruciale de la qualité de la relation thérapeutique ou de l'alliance de travail contribuant à l'efficacité de la psychothérapie.

Cette étude montre clairement qu'en « partialisant » ce facteur, de manière plus radicale encore qu'en analysant par exemple les premiers échanges d'un entretien initial, la qualité des interventions thérapeutiques est néanmoins satisfaisante, voire bonne, selon les niveaux d'expérience et de formation des thérapeutes.

⁸⁵ Pour Lietaer (1992), c'est seulement lorsque le thérapeute se sent suffisamment en sécurité qu'il va prendre le risque d'examiner plus étroitement et d'explorer plus profondément les aspects personnels et interpersonnels du travail thérapeutique.

Une dernière observation porte sur les améliorations plus importantes démontrées chez les étudiants débutants pour l'authenticité et l'empathie (1^{ère} et dernière séquence) et pour l'authenticité et le regard positif entre la 1^{ère} et la dernière des séquences d'approfondissement de l'ordre A. Pour ces personnes sans expérience pratique et avec une connaissance minimale des principes théoriques de la thérapie centrée sur la personne, ces résultats ne sont qu'encourageant : l'exercice de s'impliquer, souvent pour la première fois, dans une mise en relation thérapeutique, montre qu'il est possible dans un laps de temps très court de sentir une partie, même minime, de ce qui peut se passer pour le client inconnu : l'amélioration du niveau de l'empathie le confirme bien.

Dans l'expérience, les sujets se situent toujours au début de l'élaboration de leur modèle mental de travail (voir sous-chapitre 2.3.3., p.27 ; Sachse, 1992b ; Vogel, 1993). La situation ressemble à celle de l'entretien initial (Montini Lirgg, 2005 ; Reicherts & Montini Lirgg, 2006). De plus, le paradigme expérimental force les sujets à être rapides dans le développement de ce modèle. Les résultats montrent une amélioration au cours de l'expérience pour tous les sujets : en « rencontrant » les clients à quatre reprises, les personnes améliorent la qualité de leurs offres, il y a avancée dans la qualité de la « relation ». A court terme, un gain est démontré, un modèle partiel du client semble être initié qui permet justement sensiblement d'améliorer ce gain en qualité. De plus, le fait que ce gain ne soit pas démontré dans les séquences issues de l'ordre B corrobore cette observation, puisque dans cet ordre, le modèle mental du client ne peut pas être développé selon la même logique de présentation des informations. Pour les étudiants avant et après le cours pratique, un gain double est observé. En effet, en plus de leur amélioration au sein de chaque session, un gain a été montré d'une session à l'autre. Ainsi, la pertinence de leur formation pratique est démontrée.

6.3 ASPECTS DE VALIDITÉ

Validité interne

Afin de cerner dans quelle mesure les résultats observés peuvent effectivement être dus aux variations des différentes variables indépendantes, la relative homogénéité des groupes de sujets face aux conditions expérimentales est en partie en faveur de la validité interne.

Les conditions expérimentales contrôlées, notamment l'ordre balancé de la présentation des séquences de différents clients et la cotation de la qualité des interventions par des juges externes, permettent d'y contribuer également favorablement. Par rapport aux menaces de validité, il faut tenir compte des processus intérieurs aux sujets, comme la maturation ou l'effet de testing (et la régression statistique ou la perte de sujets). Cependant, le fait que les étudiants améliorent la qualité de leurs offres quatre mois plus tard, après l'entraînement pratique, est en faveur de l'influence manifeste des niveaux d'expérience et de formation plutôt qu'à la seule influence de l'apprentissage et de la familiarisation au cours de l'expérience.

Enfin, comme Najavits (2000) le souligne, les conditions expérimentales peuvent favoriser ou empêcher plus que d'autres conditions l'implication des thérapeutes et des étudiants dans la tâche demandée. Dans le cadre de cette étude, les possibilités de ressentir de l'anxiété ou de l'embarras ou la peur de se montrer différemment d'une « norme » ou d'être jugé par autrui, peuvent influencer les résultats. Par rapport au choix de participer à la recherche, on peut supposer que plus un thérapeute ou un étudiant se sent faible, moins il sera enclin à se soumettre à une vision au microscope : c'est un biais qu'il convient de garder à l'esprit, notamment quant au nombre de personnes ayant accepté de participer à cette étude.

Validité externe

En ce qui concerne la validité externe, le dispositif expérimental se veut à la base le plus proche de la réalité clinique, bien qu'il s'en éloigne obligatoirement, notamment par le fait de balancer l'ordre de présentation des séquences (dans l'ordre B, la « logique » de l'ordre de présentation des informations est altéré). Cette réalité clinique est néanmoins conservée dans le sens que les clients ont été filmés en situation thérapeutique réelle. On peut arguer de l'influence qu'a certainement pu avoir la caméra sur le client, mais cette dernière a été en partie atténuée du fait que chaque client a été filmé durant au moins deux entretiens (les séquences retenues sont issues des deuxième ou troisième entretiens ; Defago, 2003). Il reste également que ce « matériel réel » a été soumis aux sujets de manière artificielle.

Ainsi, en ce qui concerne la généralisation des résultats à d'autres personnes, settings ou mesures, il convient de tenir compte du caractère des micro-processus qui sont analysés ici. Ces micro-processus dans une perspective « moment-to-moment » sont en eux-mêmes dépendants des caractéristiques des personnes et de l'échantillon (niveaux variés de formation et d'expérience, âge en moyenne plus élevé des thérapeutes en

formation post-grade, etc.), des conditions (le sujet est face à un écran, il est plus ou moins à l'aise dans la situation, dans le lieu, dans le temps) et des mesures choisies, ici des échelles validées au niveau empirique et un questionnaire développé à ce seul usage, avec le choix opéré pour tel ou tel type de question. La validité externe est mieux conservée si on généralise des micro-processus à des micro-processus et non aux perspectives macro. Un atout indéniable est que les personnes doivent agir comme si elles se trouvaient en situation thérapeutique réelle : outre le matériel vidéo présenté et les caractéristiques des séquences, la personne en elle-même n'est pas « manipulée » et il lui est demandé « d'être elle-même ». Il est cohérent de s'attendre à retrouver des patterns d'attitudes ou de réactions semblables dans des conditions « naturelles ». Enfin, le nombre de sujets par groupes (N = 20, 24 et 19) peut – évidemment – limiter la généralisation des résultats, la recherche se voulant encore surtout « exploratoire » à partir d'un matériel expérimental original.

Validité des variables

Garantir que les variables opérationnalisées représentent les variables théoriques est l'aspect le plus ardu de la validité de cette recherche. Tant la variation des séquences thérapeutiques que la série de questions peuvent être sujets à critiques. De fait, l'approche multimodale adoptée, impliquant différentes mesures pour une même dimension, renforce la validité des variables⁸⁶ (Najavits, 1997). De plus, les variables liées à la qualité des interventions (processus explicatif et variables de base) reposent sur des recherches et des mesures empiriques reconnues, dont les concepts théoriques sont avérés fondés (Sachse & Elliott, 2001). Par exemple, le « processus explicatif » est en lui-même un processus largement analysé et validé par de nombreuses études (Sachse, 1992c, 1998 ; Sachse et al., 1992 ; Sachse & Maus, 1987). Le concept d'« empathie » a bénéficié de multiples recherches, développements et validations (voir par exemple Bohart & Greenberg, 1997). De même, la comparaison entre les variables observées par des juges externes et celles évaluées par les sujets eux-mêmes sert en partie à révéler si les résultats concordent et si, dans ce cas, chercheur et sujet parlent du même processus. Ainsi, la validité des variables de cette recherche est évaluée comme confirmée dans son ensemble, bien qu'il reste indéniable qu'un choix a été fait pour telle ou telle question et que d'autres questions portant sur des aspects supplémentaires liés par exemple à l'implication cognitive ou affective

⁸⁶ Pour ne citer qu'un exemple, l'évaluation par les sujets des variables liées à la présence des pensées et des ressentis converge avec le fait de se centrer sur le client ou plutôt sur les résonances propres.

auraient sans doute mené à des résultats différents, plus nuancés, voire plus précis.

Validité statistique

Les mesures observées reflètent-elles effectivement un résultat évident et valable ? Le choix des tests statistiques s'est révélé adapté aux mesures effectuées et la normalité de la distribution des variables n'a le plus souvent pas nécessité d'éliminer des sujets des analyses. La fidélité inter-juge a été évaluée comme assez, voire très satisfaisante lors de la phase « finale » des cotations.

En élargissant les niveaux d'analyses à celui du niveau intra-sujet, il serait possible de montrer que les résultats statistiques issus des analyses au niveau des groupes, liés aux mesures qualitatives et subjectives, se retrouvent effectivement pour une personne en particulier. Cependant, au vu du nombre d'analyses déjà effectuées, cet aspect n'a pas été approfondi, bien que son intérêt soit indéniable.

La taille des groupes de sujets s'est révélée satisfaisante pour cette première recherche avec ce paradigme expérimental – elle a fortement dépendu de l'intérêt, de l'audace et de la disponibilité des personnes à participer à ce projet – afin de garantir au mieux la puissance statistique⁸⁷ des analyses (Howell, 1999).

La taille de l'effet a été citée à quelques reprises pour différents niveaux de résultats de cette étude et s'est à chaque fois révélée comme plutôt élevée, voire excellente (notamment pour les comparaisons « pré-post » du niveau de processus explicatif où $d = 1.24$), puisque selon Cohen (1988), elle devrait au moins être fixée à une valeur de .50 pour un effet visible par un observateur averti (Howell, 1999).

Enfin, il s'agit de préciser que les nombreux résultats peuvent être soumis à des effets de cumulation des erreurs (notamment pour les tests t de Student), particulièrement dans la logique expérimentale comportant de nombreux « trials » pour relativement peu de sujets (63 à 87 personnes selon les analyses).

Il aurait été pertinent également d'exploiter des analyses multi-niveaux pour analyser les variations intra-sujets selon les différents stimuli proposés, notamment chaque intervention de chaque séquence permettant

⁸⁷ Il faut se méfier de l'erreur β de seconde espèce qui consiste à ne pas trouver une différence pourtant présente. La puissance est la probabilité de rejeter une hypothèse nulle erronée sans se tromper, c'est-à-dire pour assurer qu'il n'y a réellement pas de différence dans la dite réalité ($1 - \beta$) (Howell, 1999).

plusieurs observations pour chaque individu séparément, sans oublier les covariations avec les variables liées à la perception cognitive et affective.

A noter encore que le choix de la représentativité des séquences peut aussi être critiqué. Ce choix opéré a sans aucun doute également influencé les résultats statistiques et il est probable, mais pas souhaitable, que d'autres séquences auraient éventuellement mener à d'autres résultats, plus ou moins différenciés. En effet, les interactions entre les clients et le choix des séquences de ces clients influence forcément l'attitude du sujet-thérapeute : de quelle manière s'adapte-t-il avec tel ou tel registre de comportements et d'énoncés illustrés par un certain client ?

Validité clinique

Quel est le sens des différences statistiques observées dans leur lien concret avec la réalité ? Cliniquement, la majorité des différences statistiques observées sont significatives. Le niveau d'empathie, et surtout celui du processus explicatif, sont significativement plus élevés chez les thérapeutes en formation post-grade avancée. Chez ces derniers et les étudiants après entraînement, le niveau de processus explicatif atteint en moyenne presque « l'évaluation personnelle », ce qui est cliniquement relevant pour un client pouvant en bénéficier (Sachse, 1992), d'autant plus que le thérapeute ne possède pas beaucoup, voire pas, d'informations à son sujet (Montini Lirgg, 2005 ; Reicherts & Montini Lirgg, 2006). En revanche, le niveau des étudiants sans pratique demeure proche de celui de « l'évaluation », sans aborder le caractère *personnel* de la personne, donc sans parvenir à une significativité clinique ou thérapeutique. Néanmoins, il s'agit de préciser que ce niveau dépasse celui du simple « rapport », niveau minimum auquel le travail thérapeutique peut généralement débiter (Sachse, 1992b, 2002), et qui démontre que les étudiants débutants, en psychologie, ne sont pas si « naïfs » que pourraient l'être d'autres personnes sans lien aucun avec ce domaine. C'est le passage de l'évaluation *affective*, à la prise de position *personnelle, propre*, qui est crucial. Le fait que les étudiants après entraînement et les thérapeutes en formation post-grade parviennent plus fréquemment à des niveaux de 5, 6 et 7, touchant par là l'évaluation et la signification *personnelles* des clients est en très grande mesure en faveur de la validité clinique de cette étude.

A cela s'ajoute le changement observé entre la présence de l'implication cognitive et de l'implication affective : l'expérience pratique acquise semble opérer un revirement de l'intensité, puisque que la présence des aspects affectifs devient plus importante pour les thérapeutes en formation

post-grade avancée et qu'elle est en lien avec la qualité plus élevée de leurs offres thérapeutiques.

Enfin, la validité clinique des résultats issus de cette étude est aussi d'autant plus importante que l'intervention du processus explicatif est une intervention thérapeutique (et non diagnostique) orientée vers le processus qui peut entraîner, selon sa qualité, des effets à court terme, mais aussi et surtout à long terme (Reichert & Montini Lirgg, 2006).

6.4 LIMITES DE LA RECHERCHE ET REMARQUES POUR DES ÉTUDES ULTÉRIEURES

Comme le précise justement Rennie (1992), il y a une limite quant à l'étendue à laquelle la psychothérapie peut être comprise sur la base de la seule analyse du dialogue. La personne peut choisir d'exprimer ou non ce qu'elle pense, dépendant de son confort dans son *experiencing* et dans sa relation avec la situation thérapeutique présentée. Il reste difficile d'appréhender l'intentionnalité qui guide l'expression dans l'analyse du dialogue. S'il peut y avoir incompréhension entre le thérapeute et son client, à fortiori il peut y en avoir de la part du chercheur extérieur.

La richesse de la récolte des données de cette expérience aurait permis une analyse qualitative de chacun des énoncés des sujets de l'expérience. Il serait en effet fortement intéressant d'analyser les interactions entre les énoncés des clients et les interventions des thérapeutes, mais cela aurait dépassé l'ampleur du présent travail (le lecteur intéressé peut notamment se référer aux études suivantes : Apothéloz & Grossen, 1995, 1996 ; Canfield, Walker & Brown, 1991 ; Grossen & Apothéloz, 1996 ; Laforest, 1996 ; Lee & Peterson, 1997 ; Russel & Stiles, 1979 ; Russel & Trull, 1986 ; Traverso, 1999 ; Wiseman & Rice, 1989).

S'il fallait formuler un souhait pour des études ultérieures se basant sur le même type de paradigme expérimental, il serait vraiment intéressant de pouvoir analyser les caractéristiques de chacune des analyses faites au niveau des groupes, au niveau des personnes considérées individuellement. En effet, dans cette recherche, les sujets ont été agrégés et de l'information au niveau intra-individuel a été passée sous silence. Combiner des analyses au niveau intra-individuel avec des analyses qualitatives du discours de chaque personne de chaque groupe mènerait très certainement à des résultats corroborant ceux présentés ici, tout en les différenciant de

manière subtile et en gagnant en précision dans les descriptions et les conséquences qui en découlent au niveau thérapeutique.

Enfin, ce travail aurait pu être complété par des analyses de facteurs modérateurs et médiateurs dans le sens d'une étude de l'influence médiatrice⁸⁸ et/ou modératrice⁸⁹ que l'implication cognitive, l'implication affective, ainsi que la compréhension immédiate auraient pu exercer entre le niveau de formation et d'expérience des différents sujets et/ou le type de séquence visionnée avec la qualité des interventions (processus explicatif, et variables de base). Ces analyses, utilisant l'analyse de variance univariée ou multivariée, ou encore des modèles multi-niveaux, feront très probablement l'objet de publications ultérieures sous forme d'articles scientifiques.

Le lecteur intéressé trouvera dans les références suivantes, les définitions et méthodes principales pour ce type d'analyses, ainsi que des exemples d'études : Baron et Kenny, 1986 ; Aiken et West, 1991 ; Kenny, Korchmaros, et Bolger, 2003 ; Bauer, Preacher, et Gil 2006 ; Ledermann et Bodenmann, 2006.

⁸⁸ Une variable médiatrice peut être de nature qualitative ou quantitative. Elle influence l'effet d'un prédicteur sur un critère.

⁸⁹ Une variable modératrice est de nature quantitative. L'influence de la variable indépendante passe par la variable modératrice pour influencer la variable dépendante.

7. CONCLUSION

Les représentants de différentes approches scientifiques psychothérapeutiques sont d'accord sur le fait que des processus impliquant le client personnellement et approfondissant son vécu sont d'importance cruciale à la fois pour le processus thérapeutique et pour le succès de la thérapie. Les nouvelles approches issues de la thérapie centrée sur la personne de Rogers en sont des exemples actuels (Reichert, 2005). Les interventions approfondissantes orientées vers des tâches spécifiques, dont le processus explicatif de Sachse (1992b) considéré ici, qui encouragent le client à évoquer des contenus centraux et des aspects de signification idiosyncrasique, se réfèrent aux dimensions de bases générales des processus thérapeutiques décrits par Grawe (1998) et font partie intégrante de l'orientation vers la clarification des déterminants internes (Sachse, 1992b).

Le caractère d'approfondissement du processus explicatif s'appuie notamment sur le concept d'empathie (Bohart & Greenberg, 1997 ; Sachse & Elliott, 2002), par les interventions du thérapeute censées focaliser et « dépasser » les énoncés du client en lui offrant de s'engager dans l'auto-exploration, la clarification et l'explicitation des contenus, des rapports de sens, des significations implicites et des schémas cognitifs et affectifs appartenant à son cadre de référence interne. La « profondeur » du niveau de traitement réalisé par le client dépend de la qualité de l'offre du thérapeute (Sachse, 1992b). L'influence manifeste de ce type d'interventions a été peu démontrée en ce qui concerne le moment auquel elles peuvent être appliquées, à savoir si elles ont déjà une efficacité lorsque la relation thérapeutique est à peine engagée, lorsque peu, voire pas, d'informations sur le client sont à disposition, comme par exemple dans l'entretien initial (Montini Lirgg, 2005 ; Reichert & Montini Lirgg, 2006) ou dans l'entretien motivationnel (Miller & Rollnik, 1991 ; Emmons & Rollnik, 2001).

L'intérêt de ces analyses est important, car ce type d'interventions permet d'évaluer rapidement la disposition des clients à aborder des contenus émotionnellement chargés et par là à amorcer un processus thérapeutique efficace. Cette étude s'est focalisée sur la capacité et les ressources de « thérapeutes » de différents niveaux d'expérience et de formation à s'impliquer dans un processus explicatif face à des clients inconnus, et lors de séquences très courtes permettant des analyses de type micro.

Le *matériel standardisé* présenté aux « sujets-thérapeutes », à savoir des clients filmés en situation thérapeutique réelle, présentant différentes directions d'approfondissement de leur processus explicatif, a l'avantage singulier et unique de permettre d'éviter l'intervention de plusieurs variables modératrices ou parasites susceptibles d'influencer (négativement ou positivement) la qualité des interventions thérapeutiques tout comme la perception du processus thérapeutique en soi. Les sujets se retrouvent tous face à la même situation, face aux mêmes clients et aux mêmes énoncés de ces derniers. Quel que soit leur degré de formation ou leur niveau d'expérience, ils s'engagent avec les mêmes conditions expérimentales de départ. Ces conditions expérimentales sont donc communes à chacun et permettent en particulier de contrôler la variable de la « relation », en la détachant de la tendance à lui attribuer la contribution unique ou majeure dans les effets psychothérapeutiques. En effet, il ne peut être remis en question que cette variable est celle qui exerce l'une des influences les plus considérables dans toute interaction thérapeutique. Dans ce *paradigme expérimental standardisé*, toutes les influences *réiproques* constamment en mouvement dans un dialogue « réel » sont supprimées : il est possible d'étudier, de manière quasi « épurée », le « sujet-thérapeute » dans sa capacité d'élaborer des interventions thérapeutiques, sans toutes les implications de la *présence effective* de l'Autre (et donc de son écoute et de ses réactions). Cette possibilité de cerner et de *cibler* des aspects *précis* des sujets (qualité des interventions et perception du processus) est en faveur de la validité interne et des variables de cette étude.

Les thérapeutes en formation post-grade avancée et les étudiants en psychologie ayant bénéficié de la partie pratique du cours centré sur la personne ont généralement réalisé des interventions dont la qualité thérapeutique (selon les niveaux de processus explicatif et d'empathie surtout) s'est avérée meilleure que celle des étudiants sans expérience pratique. En termes du niveau de processus explicatif, la significativité clinique est confirmée puisque les premiers parviennent à cibler et soulever des aspects *personnels*, idiosyncrasiques du client, en ne demeurant pas à une simple évaluation affective. De plus, le tournant opéré dans la présence de l'implication cognitive et de l'implication affective, met clairement en évidence que la formation et l'expérience pratique impliquent un plus grand appui sur les composantes de l'implication affective et de la compréhension immédiate, de surcroît en lien avec une meilleure qualité des interventions et une perception plus fine et nuancée du fonctionnement du client. A partir de quelques informations seulement, l'ébauche d'un

modèle mental de travail semble déjà être amorcée et le processus de compréhension déjà en place (Vogel, 1993).

Cette analyse expérimentale a donc démontré que l'intervention du processus explicatif, visant l'approfondissement et l'élaboration des contenus internes, peut être appliquée et être efficace à la fois très tôt dans le processus thérapeutique (les sujets sont « jetés » dans une situation thérapeutique inhabituelle et face à des personnes inconnues) et, dans une moindre mesure, en ne connaissant que quelques aspects théoriques de la thérapie centrée sur la personne et des attitudes de base (les étudiants débutant en psychologie atteignent en moyenne le niveau 4 de l'« évaluation » et selon Sachse (1992b), le travail thérapeutique peut débiter généralement à partir du niveau minimal 3 du « rapport »).

Dans la présente recherche expérimentale, pour l'élaboration de cette (re)connaissance du client (Schmid, 2005), les processus cognitifs et affectifs ont été impliqués comme dans une situation thérapeutique réelle. Les « sujets-thérapeutes » ont pu être interrogés *directement* sur leur perception de caractéristiques internes et externes durant les micro-séquences standardisées (évitant par là tout problème éthique vis-à-vis du client, lié à l'interruption d'un processus thérapeutique en temps réel). Enfin, l'élaboration expérimentale a mis en évidence l'importance de la structuration des informations, observation qui n'aurait certainement pas pu être démontrée de manière si précise à partir de tout autre setting, expérimental ou non.

Cette approche se prête ainsi à la reconstruction des aspects importants dans l'interaction thérapeutique et peut être intégrée dans la formation en thérapie centrée sur la personne et la mise en évidence des progrès dans la compréhension thérapeutique des psychologues en formation. De plus, le cadre expérimental choisi, permettant d'être en contact avec un client, tout en « échappant » au risque de lui *nuire directement*, par inadéquation ou par manque d'expérience, a permis aux sujets de s'interroger sur leur manière propre d'être attentifs aux sentiments et aux attitudes du client. Ils ont pu faire l'expérience de l'évolution de leur compréhension et de la confiance qu'ils peuvent s'accorder dans la qualité de leurs offres. Enfin, cette expérience leur a offert une occasion originale de porter leur attention sur leur propre développement en tant que *thérapeutes* acquérant des techniques et des compétences thérapeutiques, mais aussi en tant que *personnes* dans leur manière d'être unique et dans leur sensibilité.

8. BIBLIOGRAPHIE

Abele-Brehm, A., & Brehm, W. (1986). Zur Konzeptualisierung und Messung von Befindlichkeit. Die Entwicklung der „Befindlichkeitsskalen“ (BFS). *Diagnostica*, 32 (3), 209-228.

Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple Regression Testing and Interpreting Interactions*. Newbury Park, California: Sage Publications.

Anderson, J.R. (1993). *Rules of the mind*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Anderson, J.R. (1982). Acquisition of cognitive skill. *Psychological Review*, 381, 369-406.

Anderson, J.R., & Bower, G.H. (1972). Configurational properties in sentence memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 11, 594-605.

Apothéloz, D., & Grossen, M. (1995). Reformulations et négociation des significations dans un entretien psychothérapeutique. In D. Véronique & R. Vion (Eds), *Modèles de l'interaction verbale* (pp. 447-459). Aix-en-Provence : Publication de l'Université de Provence.

Apothéloz, D., & Grossen, M. (1996). Dynamique conversationnelle dans un entretien psychothérapeutique : Analyse des reformulations. In A. Trognon (Dir.), *Interaction et Cognitions 1* (pp. 115-149). Paris : L'Harmattan.

Arkes, H.R. (1981). Impediments to accurate clinical judgment and possible ways to minimize their impact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 323-330.

Asay, T.P., & Lambert, M.J. (2001). Therapist relational variables. In D.J. Cain & J. Seeman (Eds), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173-1182.

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

- Bauer, D. J., Preacher, K. J., & Gil, K. M. (2006). Conceptualizing and testing random indirect effects and moderated mediation in multilevel models: New procedures and recommendations. *Psychological Methods, 11* (2), 142-163.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A.T., & Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research, 1*, 23-26.
- Becker, K., & Sachse, R. (1998). *Therapeutisches Verstehen*. Göttingen/Bern: Hogrefe.
- Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Beutler, L.E., Machado, P.P.P., & Neufeldt, S.A. (1994). Therapist variables. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229-269). New York: John Wiley & Sons.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., & Schwartz, H.J. (1995). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (7th ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bohart, A.C., & Greenberg, L.S. (1997). *Empathy Reconsidered. News Directions in Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bower, G.H. (1981). Mood and Memory. *American Psychologist, 36*, 129-148.
- Bower, G.H. (1987). Commentary on mood and memory. *Behavior Research and Therapy, 25*, 443-456.
- Bower, G.H., & Cohen, P. (1982). Emotional influences in memory and thinking: data and theory. In M.S. Clark & S.T. Fiske (Eds.), *Affect and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Brammer, R. (1997). Case conceptualization strategies: The relationship between psychologists' experience levels, academic training, and mode of clinical inquiry. *Educational Psychology Review*, 9 (4), 333-351.
- Brewin, C.R. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. London: Lawrence Erlbaum.
- Brewin, C.R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 96 (3), 379-394.
- Bunge, M. (1967). *Scientific Research II: The search for truth*. Berlin: Springer.
- Burry-Stock, J.A., Shaw, D.G., Laurie, C., & Chissom, B.S. (1996). Rater agreement indexes for performance assessment. *Educational and Psychological Measurement*, 56 (2), 251-262.
- Canfield, M.L., Walker, W.R., & Brown, L.G. (1991). Contingency interaction analysis in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 58-66.
- Caskey, N.H., Barker, C., & Elliott, R. (1984). Dual perspectives: Clients' and therapists' perceptions of therapist responses. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 281-290.
- Caspar, F. (1984). *Analyse Interaktioneller Pläne*. Rorschach: Selbstverlag.
- Caspar, F. (1995). *Plan analysis: toward optimizing psychotherapy*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Caspar, F. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind ? *Psychotherapy Research*, 7 (2), 105-125.
- Caspar, F. (1999). « So, wie es im Lehrbuch steht, funktioniert es nicht ! » In Fortführung des Beitrags von M. Hautzinger « So, wie es im Lehrbuch steht, funktioniert es nicht ! »: *Psychotherapeut* (1999) 44: 44-45. *Psychotherapeut*, 44, 183-185.
- Chi, M. T.H., Glaser, R., & Farr, M.J. (Eds.). (1988). *The nature of expertise*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

- Clarcken, J.F., & Levy, K.N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 194-226). New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement, 10*, 37-46.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York/San Francisco: Academic Press.
- Collins, A.M., & Loftus, E.F. (1975). A spreading-activation theory of semantic processing. *Psychological Review, 82* (6), 407-428.
- Dalgleish, T. (2003). Information processing approaches to emotion. In R.J. Davidson, K.R. Scherer, & H.H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 661-673). New York: Oxford University Press.
- Dalgleish, T., & Power, M. (Eds.). (1999). *Handbook of cognition and emotion*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Damasio, A.R. (1995). *L'erreur de Descartes : la raison des émotions*. Paris : O. Jacob.
- Davidson, R.J., Scherer, K.R., & Goldsmith, H. (Eds.). (2003). *Handbook of Affective Sciences*. New York: Oxford University Press.
- Defago, L. (2003). *Analyse expérimentale des interventions thérapeutiques lors des "processus explicatifs" en thérapie centrée sur la personne : processus cognitifs et affectifs du thérapeute* (mémoire de licence non publié). Fribourg : Université, Institut de Psychologie.
- Derryberry, D., & Reed, M.A. (2003). Information processing approaches to individual differences in emotional reactivity. In R.J. Davidson, K.R. Scherer & H.H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 681-697). New York: Oxford University Press.
- Dixon, N.F. (1981). *Preconscious Processing*. Chichester ; New York: John Wiley & Sons.
- Dovero, M. (2000). Perspectives théoriques et thérapeutiques des modèles multi-niveaux de l'émotion et des cognitions. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 10* (2), 68-77.

- Duan, C. (2000). Being empathic: The role of motivation to empathize and the nature of target emotions. *Motivation and Emotion, 24* (1), 29-50.
- Ekman, P. (1992). Facial expression of emotion: New findings, new questions. *Psychological Science, 3*, 34-38.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist, 48*, 384-392.
- Elliott, R., Filipovich, H., Harrigan, L., Gaynor, J., Reimschuessel, C., & Zapadka, J.K. (1982). Measuring response empathy: The development of a multicomponent rating scale. *Journal of Counseling Psychology, 29*, 379-387
- Elliott, R., & Greenberg, L.S. (2002). Process-experiential psychotherapy. In D.J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice* (pp. 279-306). Washington DC: American Psychological Association.
- Ellsworth, P.C., & Scherer, K.R. (2003). Appraisal processes in emotion. In R.J. Davidson, H.H. Goldsmith & K.R. Scherer (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 572-595). New York: Oxford University Press.
- Emmons, K.M., & Rollnick, S. (2001). Motivational Interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *American Journal of Preventive Medicine, 20* (1), 68-74.
- Ericsson, K.A., & Simon, H.A. (1996). *Protocol Analysis*. Cambridge/London: The MIT Press.
- von Eye, A. (1999). Kognitive Komplexität – Messung und Validität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 20* (2), 81-96.
- Faller, H. (1999). Das emotionale Erleben des Therapeuten und die Indikationsstellung für Psychotherapie. Eine empirische Untersuchung zur Gegenübertragung im diagnostischen Prozess. *Psychotherapeut, 44* (1), 25-35.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- Finke, J. (1998). Hermeneutische Aspekte in der Psychotherapie am Beispiel der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 46* (1), 1-13.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist, 34*, 906-911.

Garfield, S.L., & Bergin, A.E. (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd). New York: John Wiley & Sons.

Gazzola, N., & Stalikas, A. (1997). An investigation of counselor interpretations in client-centered therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7 (4), 313-327.

Geller, S.M., & Greenberg, L.S. (2002). Therapeutic presence: therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1 (1), 71-86.

Geller, J.D., Lehman, A.K., & Farber, B.A. (2002). Psychotherapists' representations of their patients. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (7), 733-745.

Gendlin, E. T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam.

Goleman, G. (2000). *L'intelligence émotionnelle*. Paris : R. Laffont.

Grawe, K. (1976). *Differentielle Psychotherapie*. Bern: Hans Huber.

Grawe, K. (1982). Implikationen und Anwendungsmöglichkeiten der vertikalen Verhaltensanalyse für die Sichtweise und Behandlung psychischer Störungen. Universität Bern : Psychologisches Institut.

Greenberg, L.S., Elliott, R.K., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509-539). Oxford: John Wiley & Sons.

Greenberg, L.S., & Elliott, R. (1997). Varieties of empathic responding. In A.C. Bohart & L.S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in Psychotherapy* (pp. 167-186). Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L.S., & Goldman, R.L. (1988). Training in experiential therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (5), 696-702.

Greenberg, L.S., & Pascual-Leone, J. (2001). A dialectical constructivist view of the creation of personal meaning. *Journal of Constructivist Psychology*, 14 (3), 165-186.

- Greenberg, L.S., & Pascual-Leone, J. (1997). Emotion in the creation of personal meaning. In M. Power & C.R. Brewin (Eds.), *The Transformation on Meaning in Psychological Therapies* (pp. 157-173). Chichester: John Wiley & Sons.
- Greenberg, L.S., & Rice, L. (1987). *Experiential therapy: An integrative approach*. Unpublished manuscript, York University at Toronto.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process*. New York/London: Guilford Press.
- Greenberg, L.S., & Safran, J. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect and cognition in the process of change*. New York/London: Guilford Press.
- Greenberg L.S., & Safran, J. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44 (1), 19-29.
- Greenberg, L.S., Watson, J.C., Elliot, R., & Bohart, A.C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 380-384.
- Gross, J.J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 551-573.
- Grossen, M., & Apothéloz, D. (1996). Communicating about communication in a therapeutic interview. *Journal of language and social psychology*, 15 (2), 101-132.
- Harris, A.H.S. (1999). Incidence and impacts of psychotherapists' feelings toward their clients: A review of the empirical literature. *Counselling Psychology Quarterly*, 12, 363-376.
- Hautekeete, M. (1995). Sciences cognitives, psychologie cognitive, thérapies cognitives. *Thérapie comportementale et cognitive*, 5 (1), 3-6.
- Helm, J. (1976). Gesprächspsychotherapie I (Zur Methodik und Ausbildung) und II (Wirkungsbedingungen). In J. Helm, E. Kasielke, H.-D. Rösler & H. Szewczyk (Eds.), *Neurosenpsychologie*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Helm, J. (1980). *Gesprächspsychotherapie. Forschung-Praxis-Ausbildung*. Darmstadt: Steinkopff.
- Herrmann, T. (1982). *Sprechen und Situation*. Berlin: Springer.

- Hill, C.E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy : A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3), 288-294.
- Hill, C.E. (1991). University of Maryland, College Park: Studying the effects of therapist techniques in a psychotherapy process model. In L.E. Beutler & M. Crago, *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp. 312-316). Washington: American Psychological Association.
- Hill, C.E., & O Grady, K.E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32 (1), 3-22.
- Hill, C.E., & Stephany, A. (1990). Relation of nonverbal behavior to client reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 37 (1), 22-26.
- Hill, C.E., Thompson, B.J., Cogar, M.C., & Denman III, D.W. (1993). Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report on their own and each other's covert processes. *Journal of Counseling Psychology*, 40 (3), 278-287.
- Hill, C.E., Thompson, B.J., & Corbett, M.M. (1992). The impact of therapist ability to perceive displayed and hidden client reactions on immediate outcome in first sessions of brief therapy. *Psychotherapy Research*, 2 (2), 143-155.
- Hillerbrand, E. (1989). Cognitive differences between experts and novices: Implications for group supervision. *Journal of Counseling and Development*, 67, 293-296.
- Hillerbrand, E.T., & Clairborn, C.D. (1990). Examining reasoning skill differences between expert and novice counselors. *Journal of Counseling & Development*, 68 (6), 684-691.
- Hörmann, H. (1976). *Meinen und Verstehen. Grundzüge einer Sprachpsychologischen Semantik*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Howell, D.C. (1998). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Ingram, R.E. (1986). *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando/San Diego: Academic Press.
- Ivey, A. (1971). *Microcounseling: Innovations in interviewing training*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

- Iwakabe, S., Rogan, K., & Stalikas, A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance: An exploration of eight emotional expression events. *Journal of Psychotherapy Integration, 10* (4), 375-401.
- Jennings, L., & Skovholt, T.M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology, 46* (1), 3-11.
- Johnson, M.H., & Magaro, P.A. (1987). Effects of mood and severity on memory processes in depression and mania. *Psychological Bulletin, 101*, 28-40.
- Johnson-Laird, P.N. (1983). *Mental models: Towards a cognitive science of language, inference and consciousness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Keller, J., Bohner, G., & Erb, H.-P. (2000). Intuitive und heuristische Urteilsbildung – verschiedene Prozesse? *Zeitschrift für Sozialpsychologie, 31* (2), 87-101.
- Kenny, D. A., Korchmaros, J. D., & Bolger, N. (2003). Lower level mediation in multilevel models. *Psychological Methods, 8* (2), 115-128.
- Kintsch, W. (1988). The role of knowledge in discourse comprehension : A construction-integration model. *Psychological Review, 95* (2), 163-182.
- Lafferty, P., Beutler, E.B., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: a study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57* (1), 76-80.
- Laforest, M. (1996). Stratégies d'écoute et modes d'organisation discursive en situation d'entrevue. In A. Trognon (Dir.), *Interaction et Cognitions 1*. Paris : L'Harmattan.
- Lambert, M. J. (Ed.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 139-192). New York: John Wiley & Sons.

- Ledermann, T., & Bodenmann, G. (2006). Moderator- und Mediatoreffekte bei dyadischen Daten. Zwei Erweiterungen des Akteur-Partner-Interdependenz-Modells. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 37 (1), 27-40.
- LeDoux, J. (2000). Cognitive-emotional interactions: Listen to the brain. In R.D. Lane & L. Nadel (Eds.), *Cognitive neuroscience of emotion. Series in affective science* (pp. 129-155). New York: Oxford University Press.
- LeDoux, J. (2005). *Le cerveau des émotions : les mystérieux fondements de notre vie émotionnelle*. Paris : Odile Jacob.
- Lee, F., & Peterson, C. (1997). Content analysis of archival data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (6), 959-969.
- Leventhal, H. (1980). Toward a comprehensive theory of emotion. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press.
- Lietaer, G. (1992). Helping and hindering processes in client-centered/experiential psychotherapy. A content analysis of client and therapist postsession perceptions. In S.G. Toukmanian & D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy Process Research. Paradigmatic and Narrative Approaches* (pp. 134-162). Newbury Park/London/New Delhi: Sage Publications.
- Lietaer, G. (1993). Authenticity, congruence and transparency. In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers. Towards a Psychotherapy for the 21st Century*. Constable: London.
- Machado, P.P.P., Beutler, L.E., & Greenberg, L. S. (1999). Emotion Recognition in Psychotherapy: Impact of Therapist Level of Experience and Emotional Awareness. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (1), 39-57.
- McLennan, J., Twigg, K., & Bezant, B. (1993). Therapist construct systems in use during psychotherapy interviews. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (4), 543-550.
- Macran, S., Stiles, W.B., & Smith, J.A. (1999). How does personal therapy affect therapists' practice ? *Journal of Counseling Psychology*, 46 (4), 419-431.
- Martin, J., Slemmon, A.G., Hiebert, B., Hallberg, E.T., & Cummings, A.L. (1989). Conceptualizations of novice and experienced counselors. *Journal of Counseling Psychology*, 36 (4), 395-400.

- Martins, D. (1989). Influence des états émotionnels sur la mémoire. In B. Rimé & K. Scherer (Eds.), *Les émotions*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Mayfeld, W.A., Kardash, C.M., & Kivlighan, D.M. (1999). Differences in experienced and novice counselors' knowledge structures about clients: Implications for case conceptualization. *Journal of Counseling Psychology*, 46 (4), 504-514.
- Meichenbaum, D. (2004). What « experts » therapists do: A constructive narrative perspective. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, 1 (1), 50-55.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford.
- Montini Lirgg, P. (2005). *Interventions « approfondissantes » lors d'un entretien initial: une étude expérimentale et analogue de différentes formes d'interventions*. Retrieved September 28, 2006, from the World Wide Web: <http://ethesis.unifr.ch/theses/downloads.php?file=MontiniLirggP.pdf>.
- Motschnig-Pitrik, R., & Nykl, L. (2003). Towards a cognitive-emotional model of Rogers' Person-Centered Approach. *Journal of Humanistic Psychology*, 43 (4), 8-45.
- Najavits, L.M. (1997). Psychotherapists' implicit theories of therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 1-16.
- Najavits, L.M. (2000). Researching therapist emotions and countertransference. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 322-328.
- Nisbett, R.E., & Wilson, T.D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84 (3), 231-259.
- Nutt-Williams, E. (2003). The relationship between momentary states of therapist self-awareness and perceptions of the counseling process. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33 (3), 177-186.
- Nutt-Williams, E., & Hill, C.E. (1996). The relationship between self-talk and therapy process variables for novice therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (2), 170-177.

Nutt-Williams, E., Polster, D., Grizzard, M.B., Rockenbaugh, J., & Judge, A.B. (2003). What happens when therapists feel bored or anxious ? A qualitative study of distracting self-awareness and therapists' management strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33 (1), 5-18.

Oatley, K., & Johnson-Laird, P.N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion*, 1, 29-50.

O'Byrne, K.R., & Goodyear, R.K. (1997). Client assessment by novice and experts psychologists: a comparison of strategies. *Educational Psychology Review*, 9 (3), 267-278.

Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.

Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd, pp.311-381). New York: John Wiley & Sons.

Paivio, S.C., & Greenberg, L.S. (2001). Introduction: Treating emotion regulation problems. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (2), 153-155.

Patel, V.L., & Groen, G.J. (1991). The nature of medical expertise: A critical look. In K.A. Ericsson & J. Smith (Eds.), *Toward a general theory of expertise: Prospect and limits* (pp. 93-125). Cambridge: Cambridge University Press.

Patel, V.L., & Groen, G.J. (1986). Knowledge-based solution strategies in medical reasoning. *Cognitive Science*, 10, 91-116.

Patry, J.-L., & Perrez, M. (1982). Entstehungs-, Erklärungs- und Anwendungszusammenhang technologischer Regeln. In J.-L. Patry (Ed.), *Feldforschung. Methoden und Probleme Sozialwissenschaftlicher Forschung unter natürlichen Bedingungen* (pp. 389-412). Bern: Hans Huber.

Perrez, M. (2005). Wissenschaftstheoretische Grundlagen: Klinisch-psychologische Intervention. In M. Perrez & U. Baumann (Eds.), *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie*. Bern: Hans Huber.

Perrez, M., & Baumann, U. (2005). Psychotherapie: Systematik und methodenübergreifende Faktoren. In M. Perrez & U. Baumann (Eds.), *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie*. Bern: Hans Huber.

- Power, M.J. (1997). Conscious and unconscious representations of meaning. In M. Power & C.R. Brewin (Eds.), *The Transformation on Meaning in Psychological Therapies*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Power, M., & Brewin, C.R. (1997). *The Transformation on Meaning in Psychological Therapies*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Power, M.J., & Dalgleish, T. (1997). *Cognition and emotion: from order to disorder*. Hove: Psychology Press.
- Power, M.J., & Schmidt, S. (2004). Emotion-focused treatment of unipolar and bipolar mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 44-57.
- Reicherts, M. (1991) Gesprächspsychotherapeutisch orientierte Intervention. In M. Perrez & U. Baumann (Eds.), *Lehrbuch Klinische Psychologie. Band 2: Intervention*. Bern: Hans Huber.
- Reicherts, M. (1999a). *Comment gérer le stress ? Le concept des règles cognitivo-comportementales*. Fribourg : Editions universitaires.
- Reicherts, Michael, « *Dimensions de l'Ouverture Emotionnelle (DOE). Concept théorique, instrument et études de validation* », Congrès de la Société Suisse de Psychologie SSP, 24.9.1999b, Fribourg.
- Reicherts, M. (2005). Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Gesprächspsycho-therapeutisch orientierte Psychotherapie. In M. Perrez & U. Baumann (Eds.), *Lehrbuch klinische Psychologie – Psychotherapie* (pp. 476-498). Bern: Hans Huber.
- Reicherts, M. (2006a). *L'entretien psychologique I : la thérapie centrée sur la personne et nouvelles approches*. Université de Fribourg.
- Reicherts, M. (2006b). *L'entretien psychologique II : les interventions visant des tâches spécifiques*. Université de Fribourg.
- Reicherts, M., & Montini Lirgg, P. (2006). Effekte vertiefender Interventionen beim Erstkontakt. Eine experimentelle Analogstudie verschiedener Interventionsformen. In R. Sachse (Ed.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*. Langerich: Pabst Science Publishers.
- Reicherts, M., & Pauls, H. (1983). Kognitive Aspekte des Erlebens. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Weiterführung des Wexler-Ansatzes in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 2, 233-250.

Reilly, J., & Seibert, L. (2003). Language and emotion. In R.J. Davidson, K.R. Scherer & H.H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 535-559). New York: Oxford University Press.

Rennie, D.L. (1987). *Psychotherapy inside out: A training guide to second generation person-centered therapy*. Unpublished manual, York University at Toronto.

Rennie, D.L. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy. In S.G. Toukmanian & D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy Process Research. Paradigmatic and Narrative Approaches* (pp. 211-233). Newbury Park/London/New Delhi: Sage Publications.

Rennie, D.L. (2000). Aspects of the client's conscious control of the psychotherapeutic process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10 (2), 151-167.

Rice, L.N. (1984). Client tasks in client-centered therapy. In R.F. Levant & J.M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach. New directions in theory, research and practice* (pp. 182-202). New York: Praeger.

Rice, L., & Greenberg, L.S. (Eds.). (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapeutic process*. New York: Guilford Press.

Rice, L.N., & Greenberg, L.S. (1990). Fundamental dimensions in experiential psychotherapy: new directions and research. In G. Lieater, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 397-414). Leuven: Leuven University Press.

Rice, L., & Saperia, E. (1984). A task analysis of the resolution of problematic reactions. In L. Rice & L.S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapeutic process* (pp. 29-66). New York: Guilford Press.

Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of a science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 184-256). New York: McGraw Hill.

Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C.R. (2001). *L'approche centrée sur la personne: Anthologie de textes*. Lausanne : Randin.

Rogers, C.R., & Kinget, G.M. (1962). *Psychothérapie et relations humaines. Théorie et pratique de la thérapie non-directive. Vol. 1 : Exposé général.* Louvain : Studia Psychologica. Louvain.

Rønnestad, M.H., & Orlinsky, D.E. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung Hauptergebnisse und praktische Implikationen einer internationalen Langzeitstudie. *Psychotherapeut*, 51 (4), 271-275.

Sachse, R. (1984). Vertiefende Interventionen in der klienten-zentrierten Psychotherapie. *Partnerberatung*, 21 (2-3), 106-113.

Sachse, R. (1987). Die therapeutische Beziehung in der klientenzentrierten Psychotherapie bei interaktionellen Zielen und Interaktionsproblemen des Klienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 35, 219-230.

Sachse, R. (1990a). Concrete interventions are crucial: the influence of the therapist's processing proposals on the client's intrapersonal exploration in client-centered therapy. In G.Lieater, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 309-326). Leuven: Leuven University Press.

Sachse, R. (1990b). Schwierigkeiten im Explizierungsprozess psychosomatischer Klienten: Zur Bedeutung von Verstehen und Prozessdirektivität. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 38 (3), 191-205.

Sachse, R. (1990c). The influence of therapist processing proposals on the explication process of the client. *Person Centered Review*, 5 (3), 321-344.

Sachse, R. (1992a). Differential effects of processing proposals and content references on the explication process of clients with different starting conditions. *Psychotherapy Research*, 2 (4), 235-251.

Sachse, R. (1992b). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (1992c). Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie: Zum tatsächlichen und notwendigen Einfluss von Therapeuten auf die Explizierungsprozesse bei Klienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21(3), 286-301.

Sachse, R. (1993). The effects of intervention phrasing on therapist-client communication. *Psychotherapy Research*, 3 (4), 260-277.

Sachse, R. (1996a). *Bochumer Bearbeitungs- und Beziehungs-Skalen („BBBS“)*. Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum: Bochum.

Sachse, R. (1996b). *Praxis der zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (1998). Spezifische Wirkweisen unterschiedlicher Therapieformen : Ein Vergleich der Therapieprozesse in Heuristischer Therapie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46 (2), 132-151.

Sachse, R. (2001). Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie. In A.R. Leirater (Ed.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (pp.165-178). Wien: Springer.

Sachse, R. (2004). From client-centered to clarification-oriented psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (1), 19-35.

Sachse, R., & Elliott, R. (2001). Process-outcome research on humanistic therapy variables. In D.J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice* (pp. 83-115). Washington, DC: American Psychological Association.

Sachse, R., Lietaer, G., & Stiles, W.B. (1992). *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Orientierung*. Heidelberg: Roland Asanger.

Sachse, R., & Maus, C. (1987). Einfluss differentieller Bearbeitungsangebote auf den Explizierungsprozess von Klienten in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6, 75-86.

Sachse, R., & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Sachse, R., & Takens, R.J. (2004). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen/Bern: Hogrefe.

Safran, J.D., & Greenberg, L.S. (1991). *Emotion, Psychotherapy, and Change*. New York: Guilford Press.

Scherer, K.R. (1986). Vocal affect expression: A review and a model for future research. *Psychological Bulletin*, 99, 143-165.

- Scherer, K.R. (2003). Introduction: Cognitive components of emotion. In R.J. Davidson, K. R. Scherer & H.H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 563-571). New York: Oxford University Press.
- Schmid, P.F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personenzentrierten Ansatzes. *Person, 1*, 4-20.
- Schwarz, N. (1988). Stimmung als Information. Zum Einfluss von Stimmungen und Emotionen auf evaluative Urteile. *Psychologische Rundschau, 39*, 148-159.
- Shiffrin, R.M., & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing. II: Perceptual learning, automatic attending, and a general theory. *Psychological Review, 84*, 127-190.
- Siegrist, M. (1995). Inner speech as a cognitive process mediating self-consciousness and inhibiting self-deception. *Psychological Reports, 76*, 259-265.
- Skovholt, T.M., & Rønnestad, M.H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development, 30* (1), 45-58.
- Speierer, G.-W. (1995). Therapeutische Verhaltensweisen in der Gesprächspsychotherapie heute. *GWG-Zeitschrift, 99*, 33-41.
- Spengler, P.M., & Strohmer, D.C. (1994). Clinical judgmental biases: the moderating roles of counselor cognitive complexity and counselor client preferences. *Journal of Counseling Psychology, 41* (1), 8-17.
- Strunk, G., & Schiepek, G. (2002). Dynamische Komplexität in der Therapeut-Klient-Interaktion. *Therapieforschung aus dem Geiste der Musik. Psychotherapeut, 47*, 291-300.
- Takens, R.J., & Lietaer, G. (2003). Process differentiation and person-centeredness: Introduction to the special issue. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 3* (1), 1-3.
- Tausch, R. (1979). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R., Zehelein, H., Fittkau, B., & Minsel, W.-R. (1969). Variablen und Zusammenhänge in psychotherapeutischen Gesprächen. *Zeitschrift für Psychologie, 176*, 93-102.

Teasdale, J.D. (1995). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behavior Research and Therapy*, 31, 339-354.

Teasdale, J.D., & Barnard, P.J., (1995). *Affect, Cognition and Change: Remodelling depressive thought*. Hove: Lawrence Erlbaum.

Thompson, B.J., & Hill, C.E. (1991). Therapist perceptions of client reactions. *Journal of Counseling and Development*, 69, 261-265.

Toukmanian, S.G. (1986). A measure of client perceptual processing. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (pp. 184-210). New York: Guilford.

Toukmanian, S.G. (1990). A schema-based information processing perspective on client change in experiential psychotherapy. In G. Lieater, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 309-326). Leuven: Leuven University Press.

Tracey, T.J., Hays, K.A., Malone, J., & Herman, B. (1988). Changes in counselor response as a function of experience. *Journal of Counseling Psychology*, 35 (2), 119-126.

Traverso, V. (1999). *L'analyse des conversations*. Paris : Nathan.

Truax, C.B. (1962a). *A tentative scale for the measurement of therapist genuineness or self-congruence* (Discussion papers, 35)). Wisconsin Psychiatric Institute: University of Wisconsin.

Truax, C.B. (1962b). A tentative scale for the measurement of unconditional positive regard. *Psychiatric Institute Bulletin*, 23. Wisconsin Psychiatric Institute, University of Wisconsin.

Truax, C.B. (1963). Effective ingredients in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 10, 256-263.

Truax, C., & Carkhuff, R.R. (1967). *Toward effective counselling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine.

Tscheulin, D. (1990). Confrontation and non-confrontation as differential techniques in differential client-centered therapy. In G. Lieater, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 309-326). Leuven: Leuven University Press.

Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.

Turk, D.C., & Salovey, P. (1985a). Cognitive structures, cognitive processes, and cognitive-behavioral modification: I. Client issues. *Cognitive Therapy and Research*, 9 (1), 1-17.

Turk, D.C., & Salovey, P. (1985b). Cognitive structures, cognitive processes, and cognitive-behavior modification: II. Judgments and inferences of the clinician. *Cognitive Therapy and Research*, 9 (1), 19-33.

Turk, D.C., & Salovey, P. (1986). Clinical information processing: Bias inoculation. In R.E. Ingram (Ed.), *Information Processing Approaches to Clinical Psychology*. Orlando/San Diego: Academic Press.

Vanaerschot, G. (1993). Empathy as releasing several micro-processes in the client. In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers. Towards a Psychotherapy for the 21st Century*. Constable: London.

Vogel, G. (1993). *Planung und Improvisation im Therapieprozess. Eine Analyse mikrotherapeutischer Entscheidungsprozesse*. Münster/New York: Waxmann.

Vogel, G., & Schulte, D. (1991). Der Prozess therapeutischer Entscheidungen. In D. Schulte (Ed.), *Therapeutische Entscheidungen*. Göttingen: Hogrefe.

Vogel, G., & Schulte, D. (1997). Methoden- und Verlauforientierte Strategien von Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26 (1), 38-49.

de Vries, M. (1997). *Emotionale Prozesse in der Informationsverarbeitung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Erstgespräch*. Inauguraldissertation, Bern.

Vrugt, A. (1990). Negative attitudes, nonverbal behavior and self-fulfilling prophecy in simulated therapy interviews. *Journal of Nonverbal Behavior*, 14 (2), 77-86.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah/London: Lawrence Erlbaum.

Watson, J.C. (2001). Re-visioning empathy. In D.J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice* (pp. 445-471). Washington, DC: American Psychological Association.

Weisberg, R.W. (1980). *Memory, Thought, and Behavior*. New York/Oxford: Oxford University Press.

Westmeyer, H. (1978). Technological models for the rationality of therapies. In C. Delkeskamp & H.T. Engelhardt Jr. (Eds.), *Technology, science, and the art of medicine*. Dordrecht: Reidel.

Wexler, D.A. (1974). A cognitive theory of experiencing, self-actualization, and therapeutic process. In D.A. Wexler & L.N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered-therapy* (pp. 49-116). New York: John Wiley & Sons.

Wexler, D.A., & Rice, L.N. (Eds.). (1974). *Innovations in client-centered-therapy*. New York: John Wiley & Sons.

Wilkins, P. (2000). Unconditional positive regard reconsidered. *British Journal of Guidance and Counselling*, 28 (1), 23-36.

Wiseman, H., & Rice, L.N. (1989). Sequential analyses of therapist-client interaction during change events: A task-focused approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (2), 281-286.

Wiser, S., & Arnow, B. (2001). Emotional experiencing: To facilitate or regulate? *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 157-168.

Wiser, S., & Goldfried, M.R. (1993). Comparative study of emotional experiencing in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (5), 892-895.

Witty, M.C. (2002). *Contested questions between client-centered and experiential therapies*. Paper presented at the British Association for the Person-centered Approach (BAPCA) conference held in Durham, UK, in September, 2002.

Witty, M.C. (2004). The difference directiveness makes: the ethics and consequences of guidance in psychotherapy. *The Person-Centered Journal*, 11 (1-2), 22-32.

Zimring, F. (1990). Cognitive processes as a cause of psychotherapeutic change: self-initiated processes. In G. Lieater, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 309-326). Leuven: Leuven University Press.

Zlotnick, C. (1996). Therapists' differences in experience. *Professional Psychology*, 9, 28-34.

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle : Processus explicatif / modes du traitement explicatif

Annexe 2 : Echelle : Empathie – verbalisation des expériences émotionnelles

Annexe 3 : Echelle : Considération positive – regard positif inconditionnel

Annexe 4 : Echelle : Congruence / authenticité du thérapeute

Annexe 5 : Série de questions visant l'évaluation de la perception des caractéristiques internes et externes par les sujets

Annexe 6 : Série de questions du « debriefing »

Annexe 7 : Consigne

Annexe 8 : Transcription des énoncés des cinq clients pour les onze séquences

Annexe 9 : Analyses statistiques supplémentaires

Le processus explicatif / Les modes du traitement explicatif (issu de Sachse, 1992b ; traduit et adapté pour les modes de traitement du client par Reicherts, 1998 ; traduit et adapté par l'auteur pour les offres de traitement du thérapeute)

Niveau 1 : Aucun traitement de contenu important

Le thérapeute n'encourage pas le client à traiter des contenus qui lui sont pertinents.

Niveau 2 : Intellectualisation

La personne utilise des savoirs sans relation avec ses émotions ou données (faits) personnelles.

Le thérapeute encourage le client à exprimer des hypothèses ou des suppositions concernant les contenus abordés, à les intellectualiser.

Question : Comment pourrais-je expliquer ceci ? Quelle "théorie" s'applique à ça ?

Réponse : La personne utilise des savoirs sans relation avec ses émotions ou données (faits) personnelles.

Niveau 3 : Rapport

Descriptions concrètes sans avoir recours explicitement à des évaluations et des émotions.

Le thérapeute encourage le client à décrire de manière concrète le contenu.

Question : Qu'est-ce qui s'est passé concrètement ? Comment un contenu spécifique (une situation, un comportement) se présente-t-il ?

Réponse : Par des descriptions concrètes sans avoir recours explicitement à des évaluations et des émotions.

Niveau 4 : Evaluation

Attribution d'évaluation au contenu. La valeur est considérée comme une caractéristique du contenu.

Le thérapeute encourage le client à donner une valeur au contenu ou aux précédents modes de traitement de manière descriptive.

Question : Quelle est la valeur d'un contenu ?

Réponse : Par attribution d'évaluations au contenu (p.ex. "Y est nul", "faire X est mauvais"). La valeur est considérée comme une caractéristique du contenu.

Niveau 5 : Evaluation personnelle

La personne évalue le contenu et reconnaît cette évaluation comme une partie de son cadre de référence.

Le thérapeute encourage le client à donner une évaluation personnelle au contenu.

Question : Comment j'évalue moi-même le contenu ?

Réponse : La personne évalue le contenu et reconnaît cette évaluation comme une partie de son cadre de référence.

Niveau 6 : Signification personnelle

La personne peut actuellement sentir une émotion ou une signification ressentie par rapport au contenu et elle le signale.

Le thérapeute encourage le client à signaler une émotion ou une signification ressentie par rapport au contenu.

Question : Quelles émotions / sentiments ou significations ressenties ("felt sens", sens ressenti) le contenu déclenche-t-il en moi ?

Réponse : La personne peut actuellement sentir une émotion ou une signification ressentie par rapport au contenu et elle le signale.

Niveau 7 : Explication des structures de signification / construction des représentations

La personne explique et verbalise des aspects (composantes) de signification qu'elle reconnaît chez elle par rapport au contenu.

Le thérapeute encourage le client à expliquer et verbaliser des aspects (composantes) émotionnels de signification qu'il reconnaît chez lui par rapport au contenu.

Question : Qu'est-ce qui me fait ressentir ce contenu de cette manière ?

Réponse : La personne explique et "verbalise" des aspects (composantes) de signification qu'elle reconnaît chez elle par rapport au contenu.

Niveau 8 : Intégration

La personne met en relation les aspects de signification expliqué avec d'autres aspects; elle trouve des liens, mais aussi des contradictions.

Le thérapeute encourage le client à mettre en relation les aspects de signification expliqué avec d'autres aspects; à trouver des liens, mais aussi des contradictions, et à les intégrer.

Question : Est-ce que je trouve des relations avec d'autres aspects de signification (chez moi)?

Réponse : La personne met en relation les aspects de signification expliqués avec d'autres aspects; elle trouve des liens, mais aussi des contradictions.

Empathie

Verbalisation des expériences émotionnelles (VEE)

(Truax & Carkhuff, 1967 ; Tausch et al., 1969; trad. par Reicherts, 1998)

Niveaux

- 1-2 Le thérapeute ne se réfère pas aux aspects personnels, ni internes ni externes au patient ; il donne des conseils, exhorte, etc.
- 3-4 Le thérapeute ne se réfère qu'aux aspects externes au patient et ignore les contenus internes.
- 5-6 Le thérapeute énonce des aspects internes au patient, mais seulement d'ordre secondaire / accessoire.
- 7-8 Le thérapeute énonce une partie des aspects internes importants pour le patient.
- 9-10 Le thérapeute énonce la majorité des aspects internes importants pour le patient.
- 11-12 Le thérapeute énonce tous les aspects internes importants pour le patient.

La considération positive

Le regard positif inconditionnel : dimensions

(d'après Truax, 1962 ; Helm, 1976 ; trad. par Reicherts, 1998)

<i>Niveau</i>	donner des conseils	degré de l'acceptation	regard positif
1	oui	non « dévalorisation » selon les critères personnels du thérapeute	faible réponses machinales écoute passive
2	non	un peu restreint par les critères personnels du thérapeute	idem
3	non	partiellement restreint par le besoin d'aider, prise de responsabilité	obligeant le patient, « possessif », dirigiste
4	non	élevé peu restreint par les critères personnels du thérapeute	intérêt évident et sincère, et être partie prenante face au patient
5	non	complètement inconditionnel, cadre de référence du thérapeute sans influence	idem

Congruence / authenticité du thérapeute

(Truax, 1962 ; Tausch, 1973 ; Helm, 1980 ; trad. par Reicherts, 1998)

Niveau

- 1 discrédence marquée entre expérience et énoncés
 position de défense
 contradictions au niveau verbal

- 2 discrédences entre expérience et énoncés
 comportement impersonnel et « professionnel »
 énoncés « ex cathedra », schématiques ou
 préparés

- 3 énoncés semblent (majoritairement) congruents
 avec ses expériences ; mais indications
 sporadiques (aussi non-verbales) d'incongruence

- 4 congruence « complète » entre expérience et
 énoncés ; thérapeute semble « naturel » et
 « transparent », sans être distant, réservé ou retenu

- 5 comme niveau 4, mais en plus :
 le thérapeute semble libre et être lui-même ; il
 n'évite aucun des problèmes mais il se confronte
 il peut profiter activement des expériences
 personnelles négatives envers le patient.

Veillez s'il vous plaît répondre aux quelques questions suivantes.

Prenez soin de le faire de la manière la plus fidèle, sincère et spontanée possible **en vous centrant sur votre ressenti, face à ce client et lors de vos interventions, durant la séquence visionnée à l'instant.**

Cochez ou entourez la réponse qui vous convient le mieux, selon les échelles correspondantes.

1. **Pouvez-vous spontanément décrire en quelques mots la *sensation corporelle ou physiologique* que vous avez ressentie ?**

2. **Dans quel sentiment (ambiance affective) vous trouvez-vous au terme de cette séquence ?**

3. **Quelle est votre *impression* par rapport au *rythme de la voix* ?**

Pour le 1^{er} énoncé du client :

très lent 0	assez lent 1	plutôt lent 2	moyen 3	plutôt rapide 4	assez rapide 5	très rapide 6
----------------	-----------------	------------------	------------	--------------------	-------------------	------------------

Pour le 2^e énoncé du client :

très lent 0	assez lent 1	plutôt lent 2	moyen 3	plutôt rapide 4	assez rapide 5	très rapide 6
----------------	-----------------	------------------	------------	--------------------	-------------------	------------------

Pour le 3^e énoncé du client :

très lent 0	assez lent 1	plutôt lent 2	moyen 3	plutôt rapide 4	assez rapide 5	très rapide 6
----------------	-----------------	------------------	------------	--------------------	-------------------	------------------

4. **Quels *comportements* cités ci-dessous avez-vous *observés* ?**

Fermeture des yeux :

pas du tout 0	une ou deux fois 1	plusieurs fois 2
------------------	-----------------------	---------------------

Sourire :

pas du tout 0	une ou deux fois 1	plusieurs fois 2
------------------	-----------------------	---------------------

Soupir :

pas du tout 0	une ou deux fois 1	plusieurs fois 2
------------------	-----------------------	---------------------

Silence :

pas du tout 0	une ou deux fois 1	plusieurs fois 2
------------------	-----------------------	---------------------

Haussement des épaules :

pas du tout 0	une ou deux fois 1	plusieurs fois 2
------------------	-----------------------	---------------------

Négation de la tête :

pas du tout 0	une ou deux fois 1	plusieurs fois 2
------------------	-----------------------	---------------------

5. Pouvez-vous citer l'*émotion* que vous pensez *prévaloir* chez le client et évaluer ensuite son *intensité* ?

Emotion :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

Y a-t-il d'*autres émotions* que vous pensez avoir identifiées chez le client ?

Emotion :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

Emotion :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

Emotion :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

6. Pouvez-vous citer et évaluer l'*émotion* que vous avez *principalement ressentie* ?

Emotion :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

Y a-t-il d'*autres émotions* que vous avez ressenties ?

Emotion :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

Emotion :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

Emotion :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

7. Dans quelle mesure avez-vous perçu une tendance du client à *approfondir le problème / thème abordé* ou - *au contraire* - à le rendre *plus superficiel* au fil de ses trois interventions ?

Entre le 1^{er} et le 2^e énoncé du client :

nettement plus superficiel 0	plus superficiel 1	légèrement plus superficiel 2	aucun changement particulier 3	légèrement plus approfondi 4	plus approfondi 5	nettement plus approfondi 6
---------------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	----------------------	--------------------------------

Entre le 2^e et le 3^e énoncé du client :

nettement plus superficiel 0	plus superficiel 1	légèrement plus superficiel 2	aucun changement particulier 3	légèrement plus approfondi 4	plus approfondi 5	nettement plus approfondi 6
---------------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	----------------------	--------------------------------

Entre le 1^{er} et le 3^e énoncé du client :

nettement plus superficiel 0	plus superficiel 1	légèrement plus superficiel 2	aucun changement particulier 3	légèrement plus approfondi 4	plus approfondi 5	nettement plus approfondi 6
---------------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	----------------------	--------------------------------

8. Dans quelle mesure vos interventions ont atteint, dépassé ou n'ont pas atteint le niveau d'approfondissement réalisé par le client ?

Lors de votre 1^{ère} intervention :

nettement plus bas 0	plus bas 1	légèrement plus bas 2	même niveau 3	légèrement plus élevé 4	plus élevé 5	nettement plus élevé 6
-------------------------	---------------	--------------------------	------------------	----------------------------	-----------------	---------------------------

Lors de votre 2^e intervention :

nettement plus bas 0	plus bas 1	légèrement plus bas 2	même niveau 3	légèrement plus élevé 4	plus élevé 5	nettement plus élevé 6
-------------------------	---------------	--------------------------	------------------	----------------------------	-----------------	---------------------------

Lors de votre 3^e intervention :

nettement plus bas 0	plus bas 1	légèrement plus bas 2	même niveau 3	légèrement plus élevé 4	plus élevé 5	nettement plus élevé 6
-------------------------	---------------	--------------------------	------------------	----------------------------	-----------------	---------------------------

9. Pour comprendre ce qu'a voulu dire le client, comment estimez-vous subjectivement l'importance des aspects suivants ?

<i>Difficulté</i>	très faible 0	assez faible 1	plutôt faible 2	moyen 3	plutôt élevée 4	assez élevée 5	très élevée 6
-------------------	------------------	-------------------	--------------------	------------	--------------------	-------------------	------------------

<i>Effort</i>	très faible 0	assez faible 1	plutôt faible 2	moyen 3	plutôt élevé 4	assez élevé 5	très élevé 6
---------------	------------------	-------------------	--------------------	------------	-------------------	------------------	-----------------

<i>Concentration</i>	très faible 0	assez faible 1	plutôt faible 2	moyen 3	plutôt élevée 4	assez élevée 5	très élevée 6
----------------------	------------------	-------------------	--------------------	------------	--------------------	-------------------	------------------

10. Dans quelle mesure pensez-vous avoir fait appel à votre réflexion et à votre intuition ?

<i>Réflexion</i>	très faible 0	assez faible 1	plutôt faible 2	moyen 3	plutôt élevée 4	assez élevée 5	très élevée 6
------------------	------------------	-------------------	--------------------	------------	--------------------	-------------------	------------------

<i>Intuition</i>	très faible 0	assez faible 1	plutôt faible 2	moyen 3	plutôt élevée 4	assez élevée 5	très élevée 6
------------------	------------------	-------------------	--------------------	------------	--------------------	-------------------	------------------

11. Dans quelle mesure vous êtes-vous senti accaparé mentalement (raisonnement, intentions) par les aspects suivants ?

	Rangez les aspects du <i>plus</i> important pour vous (1), au <i>moins</i> important (7-8)
a. Réactions physiologiques propres	
b. Etat émotionnel propre	
c. Réflexion propre	
d. Attitude du client	
e. Contenu des énoncés du client	
f. Relation suggérée par le client	
g. Conditions extérieures	
h. Autre : _____	

12. Comment estimez-vous le degré de facilité pour vous exprimer (trouver les mots), par rapport à ce que vous aviez l'intention de dire ?

très faible 0	assez faible 1	plutôt faible 2	moyen 3	plutôt élevé 4	assez élevé 5	très élevé 6
------------------	-------------------	--------------------	------------	-------------------	------------------	-----------------

13. A quel degré estimez-vous avoir été *touché* (« *emprise affective ressentie* ») ?

très faible 0	assez faible 1	plutôt faible 2	moyen 3	plutôt élevé 4	assez élevé 5	très élevé 6
------------------	-------------------	--------------------	------------	-------------------	------------------	-----------------

14. Dans quelle mesure vous êtes-vous senti *accaparé au niveau émotionnel / affectif* par les aspects suivants ?

	Rangez les aspects du <i>plus</i> important pour vous (<i>1</i>), au <i>moins</i> important (<i>7-8</i>)
a. Réactions physiologiques propres	
b. Etat émotionnel propre	
c. Réflexion propre	
d. Attitude du client	
e. Contenu des énoncés du client	
f. Relation suggérée par le client	
g. Conditions extérieures	
h. Autre : _____	

15. Dans quelle mesure estimez-vous que ce *client a rappelé* des thèmes propres à votre *expérience personnelle* ?

très faible 0	assez faible 1	plutôt faible 2	moyen 3	plutôt élevé 4	assez élevé 5	très élevé 6
------------------	-------------------	--------------------	------------	-------------------	------------------	-----------------

16. Comment estimez-vous le degré de *sympathie* que vous avez éprouvé pour ce client ?

très faible 0	assez faible 1	plutôt faible 2	moyen 3	plutôt élevé 4	assez élevé 5	très élevé 6
------------------	-------------------	--------------------	------------	-------------------	------------------	-----------------

17. Comment estimez-vous votre niveau global de *compréhension ressentie* par rapport à ce client ?

très faible 0	assez faible 1	plutôt faible 2	moyen 3	plutôt élevé 4	assez élevé 5	très élevé 6
------------------	-------------------	--------------------	------------	-------------------	------------------	-----------------

18. Comment ressentez-vous le degré auquel le client était en contact avec lui-même / impliqué affectivement ?

1^{er} énoncé du client :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

2^e énoncé du client :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

3^e énoncé du client :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

19. Dans quelle mesure estimez-vous que le client était congruent (à travers la voix, la gestualité, la mimique, etc.) par rapport au contenu exprimé ?

1^{er} énoncé du client :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

2^e énoncé du client :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

3^e énoncé du client :

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevé	assez élevé	très élevé
0	1	2	3	4	5	6

20. Pensez-vous que le client adoptait une perspective plutôt « externalisante » (orientée vers l'action) ou « internalisante » (orientée vers soi-même) ?

nettement plus externalisante	plus externalisante	légèrement plus externalisante	moyenne	légèrement plus internalisante	plus internalisante	nettement plus internalisante
0	1	2	3	4	5	6

21. Aviez-vous une *intention particulière* lors de vos interventions ?oui non

Si oui, pouvez-vous la préciser ?

22. Avez-vous vécu des instants de *distraktion* ?oui non

Si oui, pouvez-vous préciser l'objet de votre distraction ?

Qu'est-ce qui selon vous *a fait* que vous vous soyez senti *distrain* et comment avez-vous réagi à cela ?

Source :

Réaction :

23. Qu'est-ce qui a été le plus *accaparant / présent* pour vous ?

Ressentis : réactions physiologiques, émotions, affects	
Pensées : réflexion, concentration, intentions	
	Total : 100 %

24. Pour élaborer vos interventions, dans quelle mesure estimez-vous vous être appuyé sur les *énoncés et attitudes perçus chez le client* et sur vos *résonances émotionnelles et cognitives* face à ce dernier ?*Énoncés et attitudes perçus chez le client*

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	plutôt élevée	assez élevée	très élevée
0	1	2	3	4	5	6

Résonances émotionnelles et cognitives propres

très faible	assez faible	plutôt faible	moyen	Plutôt élevée	assez élevée	très élevée
0	1	2	3	4	5	6

25. Que retenir-vous principalement de ce client par rapport aux différents plans suivants (style télégraphique possible) :

a. Contenu / thématique psychologique des énoncés du client :

b. Manière d'interagir du client (avec le thérapeute) :

c. Mode de fonctionnement psychique du client (accès à soi-même, introversion, extraversion, modes de « défense », etc.) :

DEBRIEFING

Pour finir, je vous demande de bien vouloir répondre à ces quelques questions concernant le vécu général de ces fragments d'entretien.

1. Comment qualifieriez-vous, en quelques mots, votre ressenti général pendant cette expérience ?

2. De manière générale, qu'est-ce qui vous a semblé le plus difficile durant cette expérience ?

3. De manière générale, qu'est-ce qui vous a semblé le plus facile durant cette expérience ?

4. Qu'est-ce qui vous a plu dans cette expérience ?

5. Qu'est-ce qui vous a déplu dans cette expérience ?

6. Pensez-vous qu'une telle expérience vous a apporté quelque chose, voire puisse être utile pour la suite de votre formation ?

Je vous remercie très sincèrement pour votre participation active à ma recherche et vous souhaite le meilleur pour la suite !

Consigne : entraînement

Vous allez devoir vous mettre en situation thérapeutique. Vous avez le rôle de thérapeute et devez intervenir auprès de votre client. Essayez vraiment de rester concentré et de porter toute votre attention sur lui.

Le client a été filmé en situation thérapeutique réelle. Des séquences d'entretiens ont été sélectionnées et votre tâche est de répondre aux énoncés du client dès que l'écran blanc apparaît, comme si vous vous trouviez réellement en face de lui. Plusieurs séquences de plusieurs clients parlant de différents thèmes vont vous être présentées. Votre voix sera enregistrée pour me faciliter la récolte des données.

Le but est de voir de quelle manière le thérapeute réagit par rapport au client, et non de tester la meilleure réponse possible. Il n'y a pas d'idée de performance à noter dans vos interventions.

Bien que ce qui vous est demandé n'est pas forcément facile, ni forcément habituel pour vous, je vous demande vraiment de réagir selon votre manière propre ; on cherche à reconstruire un processus thérapeutique d'une manière proche de la réalité. Je vais vous présenter plusieurs exemples afin de vous familiariser avec la consigne proposée. Si vous avez des questions, profitez de ces exemples-là pour me les poser.

Consigne : premier jeu de séquences

Après ces quelques exemples, je vais maintenant vous présenter plusieurs autres séquences.

Gardez donc toujours bien à l'esprit le fait que vous vous trouvez devant une personne qui a été filmée en situation thérapeutique réelle, et intervenez auprès d'elle de la manière la plus naturelle possible à nouveau dès que l'écran blanc apparaît, comme si vous vous trouviez réellement en face de ce client.

Il n'y aura pas de feed-back de ma part, sauf si vous avez de la peine à entendre les énoncés du client.

Consigne : deuxième jeu de séquences

Maintenant, je vais vous présenter une série de questions auxquelles je vous prie de répondre après chacune des séquences qui vont suivre.

Vous devez à nouveau intervenir dès que l'écran blanc apparaît, comme si vous vous trouviez réellement en face de la personne, puis prendre quelques minutes pour répondre à ces questions.

<p>Pour des raisons évidentes liées au secret professionnel et au déroulement de la recherche, je vous rappelle que je vous prie de bien vouloir éviter de parler de cette expérience à des tiers et à des personnes susceptibles d'y participer.</p>

Niveaux et durée du processus explicatif des énoncés des clients :

	Niveau proc. exp.	Durée (sec.)
Séquence 1 : Manu (58 sec.)		
1. Ouais, il y a un peu de peur, un peu de... (silence)	6	17
2. Je ne sais pas, c'est un peu confus, c'est pfff, c'est un ensemble de choses (silence)	5	18
3. Non je ne sais pas je... ça fait quatre mois que je suis parti de chez moi, ça fait long c'est tout. Je suis parti dans un sale état, et puis j'y retourne, c'est, c'est normal, je pense... (silence)	4	23
Séquence 2 : Manu (51 sec.)		
1. Ah beinh sûrement, j'aurais, je, je, je me trouvais aussi un petit peu arriéré aussi euh, par rapport à ça.	6	13
2. J'avais souvent des habits des plus grands quoi, des, des amis à mes parents qui, qui, qui leur donnaient des fringues euh, qui n'allaient plus à leurs enfants. Ça, ça me gênait ouais.	5	18
3. Ouais parce que même si les, les autres élèves n'étaient pas habillés luxueux, luxueusement, ils avaient des trucs neufs quoi. Alors que moi euh, bon c'était toujours un peu des trucs, pas pourris, mais...	3	20
Séquence 3 : Eric (1 min. 24 sec.)		
1. Peut-être que ce ne sera pas... On va parler tranquillement, ce sera mieux, pour moi, je m'ennuierai moins, ce sera moins lourd... Parce que c'était un peu lourd, pour moi, ce genre de situation. Ah oui, si je dois reproduire ce genre de trucs, je vais encore moins supporter maintenant, parce que j'aurais l'impression d'être, d'être plus malhonnête à quelque part. Avant je pouvais mettre un masque face à ça, maintenant, ssss, j'aurais un peu plus de peine à mettre le masque face à cette famille.	6	30
2. Je montrais un visage lisse et tout allait bien, einh ? Forcément, que je n'avais pas de problème, que ça roulait, que mon travail roulait, que tout roulait. Et quand j'avais en plus, le reste de la famille, oncles et tantes, je montrais encore plus un visage de,	5	24

d'homme épanoui et, disponible.		
3. Parce qu'il y avait l'alcool qui circulait, parce qu'on pouvait, il y avait la culture du vin, donc on pouvait passer par là. Le, discours, c'était toujours au niveau de ce qui se passait sur la table... Donc si c'était bon, si c'était bien, si il faisait chaud, si il ne faisait pas beau, si il faisait beau, si euh... la température du vin était bonne, si euh, etc. Donc ça reste...	4	30
	Niveau proc. exp.	Durée (sec.)
Séquence 4 : Eric (1 min. 37 sec.)		
1. (Silence) Je n'avais pas vu ça sous ce jour-là, mais... (silence). Disons que c'est, c'est le leitmotiv, n'avoir pas sa place, ça me parle beaucoup. N'avoir pas sa place. C'est clair. Parce que j'ai vraiment ce sentiment-là, que je n'avais pas cette place. Et qui, et ce sentiment s'est accentué, j'ai l'impression, ces dernières années, encore plus fort.	7	41
2. Moi j'ai l'impression que je ne la prenais pas quand même (silence). Beinh, je la prenais ma place, d'une manière très caractérielle. Pfff, ça sûrement. A 4-5 ans je la prenais de manière violente et caractérielle.	5	31
3. Je me, j'ai même, j'ai même entraîné ma grand-mère qui devait peser bien nonante kilos, sur moi, à quatre ans. J'ai tiré, elle a basculé, elle m'a cassé la clavicule. Donc j'avais des colères euh, je me roulais par terre, je hurlais. C'était comme ça que ça se manifestait dans la rue.	3	25
Séquence 5 : Eric (1 min. 29 sec.)		
1. Je vais... Un autre, une autre manière, un autre mode pas, mais une autre... Moi je vais essayer de les voir d'une manière plus privilégiée, plus en tête à tête, moins avec le reste de la famille comme c'était toujours le cas. Ça fait dix ans que je les vois que quand il y a des autres autour. Je les ai vus rarement seul à seul.	3	26
2. Bon je souhaite déjà continuer ce que j'ai commencé comme relation au niveau... On a parlé de beaucoup de choses quand même... Mais	6	37

<p>j'aimerais que, qu'ils me prennent plus pour leur fils quoi, quand même plus. Je n'aimerais pas être une obligation de, de visite ou de, j'aimerais quelque chose d'un peu plus spontané malgré tout. J'aimerais pouvoir débarquer chez eux, à l'improviste sans, vraiment devoir les avertir, sans qu'il y ait un protocole, d'invitation, etc., qui se fasse avant.</p>		
<p>3. (Silence) Je dirais même pas de la douleur, c'est, c'est, j'ai un peu les bras en bas. Je suis un peu las. Je suis un peu fatigué de cette situation voilà plutôt. Je me sens plutôt, fatigué de cette situation, un peu... (silence) Pfff, découragé (silence). Si on peut dire ça, triste, découragé.</p>	7	26
	Niveau proc. exp.	Durée (sec.)
Séquence 6 : Eric (1 min. 45 sec.)		
<p>1. Mes parents très occupés, très très affairés, très stressés. Alors c'est vrai que ça ça ne me laissait pas bien, au niveau relationnel. J'étais triste, chaque fois, c'était lourd. Mais d'un côté, il y avait un côté « à quoi boniste », à quoi bon, ça ne veut pas changer.</p>	5	25
<p>2. C'est plutôt ça qui était, qui, qui me faisait euh... (silence) Ouais fuir. Me retrancher en tout cas. Ce n'était pas la fuite en dehors, là c'est la fuite en dedans, me retrancher petit à petit, de plus en plus (silence). Il y a tout le côté dévalorisé un peu, dévalorisant. Je me dis « ouais tu n'es pas grand chose, qu'est-ce qui se passe euh, tu n'es plus rien, tu ne te sens plus rien, tu es là perdu un peu »...</p>	6	40
<p>3. Comme je peux mettre beaucoup de mots dans ma tête à ce moment-là, aussi... (silence) Des fois je me sens assez triste, c'est vrai. Ce n'est pas très drôle, pour moi aujourd'hui. Je suis comme le temps : gris et maussade (silence).</p>	7	40

Séquence 7 : Manu (1 min. 40 sec.)	3	31
1. Beinh c'est un, ouais pfff, c'est, c'est ouais, c'est court évidemment. Et puis, parce qu'il y a au moins quinze heures de train quoi. Il y a trop. Mais en plus le week-end, je sais qu'il y a peu de trains pour euh, enfin le soir, le vendredi soir, je sais que c'est assez, assez, assez compliqué. Donc je ne sais pas si, il faut, il faut qu'on voie si, si c'est possible de décaler sur le, plutôt le vendredi peut-être, ou je ne sais pas, enfin il faut que je...		
2. Beinh (soupir)... je n'ai pas, pfff... (soupir) (silence). Je me dis il faut que j'y aille moi, je ne me dis pas que, je... c'est pas une envie euh, particulière, mais bon c'est, j'ai une maison, j'ai, j'ai, j'ai...	5	22
3. Beinh déjà de voir, voir comment je me sens dans ma maison, parce que, quand j'y suis parti, j'étais vraiment mal. Je, euh, je voudrais voir ce que, ce que ça me fait de me retrouver, comme je suis maintenant là, chez moi (silence). Je n'ai pas spécialement envie d'y voir des gens (silence). Ouais, c'est ça je crois (silence).	6	47
Séquence 8 : Manu (1 min. 28 sec.)		
1. Moi je crois que c'est, c'est de vivre au jour le jour... Et de ne plus faire de choses qui m'emmerdent... le moins possible quoi...	4	17
2. Beinh, c'est voir des gens qui m'emmerdent, c'est, c'est euh, faire des choses dans mon, dans le métier que je faisais, qui m'emmerdent, parce que je n'ai plus envie de faire ce métier. Des choses que je n'ai plus envie de faire. Puis il y a des choses que j'ai envie de faire comme... euh... la sculpture tiens... par exemple... (silence) Et puis il n'y a pas que ça euh... (silence)	5	35
3. Je ne sais pas du tout comment je vais réagir, peut-être que je vais m'emmerder comme tout, parce que je serai seul, parce que... j'aurais l'impression que pfff... (silence) il y a trop de souvenirs, trop de trucs, et puis c'est pas viable... ou je ne sais pas... je n'en sais rien. Peut-être au contraire je saurai garder, euh pfff... (silence)	6	36

	Niveau proc. exp.	Durée (sec.)
Séquence 9 : Entraînement		5
1. (Soupir) Euh... J'ai eu pas mal de hauts et de bas ces jours, des inexplicables moments d'abattement (soupir), des remises en questions, l'impression de ne plus savoir comment faire, pour euh, pour changer, enfin pour continuer à changer...		31
2. Aussi fort que ça ouais, j'ai l'impression que... J'ai l'impression que maintenant, j'arrive euh, au moment où il faut vraiment s'attaquer à soi-même, que le, le gros de pfff, la dépendance je veux dire, la consommation tout ça, ça va, puis que maintenant je, je commence vraiment à affronter euh, dans mes sorties aussi euh, à affronter les problèmes qui m'ont, ouais qui m'ont toujours euh, freinés dans la vie, tout ça et puis...		41
3. C'est de ne plus savoir comment euh, continuer à évoluer, ne plus savoir comment affronter ces... comment faire pour que euh, ça change profondément, parce que je veux changer profondément, je ne veux pas m'arrêter à... Ouais, je ne sais plus comment me prendre, je ne sais plus comment (silence) (soupir), je vois bien ce qui, ce qui ne va pas en moi, mais je ne sais pas comment faire, quoi je...		39
Séquence 10 : Entraînement		3
1. Euh... c'est pas parce que j'avais euh, un problème quelconque que je buvais plus ou moins...		15
2. Tout le temps régulièrement, jusqu'à un certain état d'esprit, je ne sais pas, un certain niveau, j'ai rarement, j'ai été saoul, mais je buvais tout le temps.		18
3. Et même, par exemple si, si, je ne buvais euh, quasiment rien le soir, je dormais deux heures, et je ne pouvais plus dormir, je me levais, et je me servais un, un verre de moitié vin rouge, avec du thé, j'en buvais un, ou deux, et puis je me rendormais tranquillement jusqu'au matin.		24

Séquence 11 : Clôture

1. Alors bon euh beinh moi je suis en sixième semaine maintenant... euh... pfff... beinh bon je dois dire je me suis bien posé ici déjà... je me sens bien... euh... je... j'aime bien le groupe, je, je suis à l'aise avec le groupe, mais bon j'ai encore beaucoup peur... euh... peur de me livrer quoi au groupe, j'ai peur de me livrer... puis d'aller voir au fond de moi euh, ce qui se passe vraiment quoi. Euh... je veux dire par là que beinh... je fais beaucoup de feed-backs euh... je... je fais beaucoup de renvois, mais je parle peu de moi et... J'ai essayé ces dernières semaines de m'ouvrir un peu et puis je remarque... c'est toujours la même chose euh, je m'ouvre un peu, euh... le groupe remarque que, que j'ai une émotion, qui ressort, alors je sens qu'ils, qu'ils s'engouffrent dedans et puis euh... j'ai peur en fait... de, de, de me retrouver à nu quoi... et puis euh... c'est toujours le même réflexe, je montre un petit bout, je sens que le groupe part dedans et puis hop, je me blinde de nouveau, je referme, de nouveau le, la faille, enfin, ça m'empêche d'aller voir au fond de moi puis euh... et puis ça, ça...
 2. Ouais. J'ai peur qu'ils, qu'ils... aussi j'ai peur qu'ils aillent trop fort... déjà... et puis euh... j'ai, j'ai, j'ai peur de me, de me retrouver face à moi-même quoi, de voir réellement euh... qui je suis quoi... parce que... c'est vrai que bon, j'ai, j'ai beaucoup de masques, je montre beaucoup d'apparence extérieure euh... je donne l'apparence du mec qui assure assez, qui... puis en fait euh, je... il faut que je laisse tomber ça quoi... que, que j'arrive... à pouvoir vraiment euh, aller chercher au fond de moi-même ce que j'ai à sortir...
 3. Oui oui... des fois je ne suis pas, je ne suis pas, euh je ne suis pas en harmonie avec moi-même, avec ça, parce que je montre une image qui n'est pas vraiment la vraie image de moi.
 4. Ouais ouais, euh, il y a des émotions, des émotions que, que, que je ne veux pas les autres voient, comme par exemple, ça m'est arrivé plusieurs fois
-

ici à la villa de pleurer... mais j'ai toujours fait ça euh... dans ma chambre... par exemple une émotion comme euh... beinh l'autre jour j'ai reçu une lettre de mon fils... euh, je l'ouvre au grand salon, euh... je commence à lire, j'ai senti venir les larmes, je suis vite parti dans ma chambre...

5. (Soupir) C'est pas que j'ai honte, mais... ouais il y a, il y a une part de honte mais... je ne sais pas, je... euh... pour moi être faible comme ça quoi, montrer que, que je pleure, que je peux pleurer et tout euh... montrer de la faiblesse euh... j'ai peur après que, que les autres beinh « pof » ils... ils tapent, ils tapent dessus quoi.
-

Annexe des résultats

Cotation des interventions thérapeutiques : accords inter-juges

Tableau 1 : Plan de cotation finale de la qualité des interventions

Clients	Echelles	Cotations des 35 interventions par client		
		1 ^{er} tour	2 ^e tour	Juge « experte »
21 à 40	PE	A	C	Clients 30 à 40
	VEE	B	A	
	AUT	C	A	
	POS	A	B	
41 à 60	PE	C	B	Clients 50 à 60
	VEE	A	C	
	AUT	B	C	
	POS	C	A	
61 à 87	PE	B	A	Clients 70 à 87
	VEE	C	B	
	AUT	A	B	
	POS	B	C	

Echelles : PE = processus explicatif ; VEE = empathie ; AUT = authenticité ; POS = regard positif.
Cotations : A = juge 1 ; B = juge 2 ; C = juge 3.

Groupe 1 : Qualité des interventions thérapeutiques

Tableau 2 : Corrélations de Pearson entre les variables de base, le processus explicatif, le temps de réaction et le temps de parole, pour chaque groupe séparément

GROUPES		AUT	POS	VEE	PE	TdP
Etudiants débutants (n = 20)	POS	-.109				
	VEE	-.100	.757**			
	PE	-.256	.504*	.815**		
	TdP	.195	-.767**	-.432 (t.)	-.275	
	TdR	-.037	-.146	-.325	-.425 (t.)	-.017
Etudiants avant pratique (n = 24)	POS	.649**				
	VEE	.424*	.448*			
	PE	.441*	.461*	.876**		
	TdP	-.562**	-.268	.168	.148	
	TdR	.050	-.396 (t.)	-.326	-.267	-.214
Etudiants après pratique (n = 24)	POS	.338				
	VEE	-.446*	.017			
	PE	-.586**	-.072	.883**		
	TdP	-.111	-.070	.600**	.454*	
	TdR	.207	.577**	-.172	-.263	-.213
Thérapeutes en formation post-grade (n = 19)	POS	.382				
	VEE	.136	-.286			
	PE	-.074	.261	.279		
	TdP	-.332	-.662**	.121	-.528)	
	TdR	-.149	-.181	-.146	-.087	.084

** Corrélation significative à $p < .01$ (bilatéral) ; * Corrélation significative à $p < .05$ level (bilatéral).

Groupe 2 : Effet directionnel des processus de traitement explicatif des clients

Tableau 3 : Moyennes et écarts-types des perceptions de l'atteinte du niveau de processus explicatif du client par chaque groupe pour chaque séquence

Séquences	Etudiants débutants (n = 20)		Etudiants « pré » (n = 24)		Etudiants « post » (n = 24)		Thérapeutes en formation (n = 19)	
	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd
Décroissement	4.35	.70	4.41	.39	4.76	.34	4.40	.40
Approfondissement	3.93	.68	4.27	.40	4.80	.37	4.65	.38

Tableaux 4 : Fréquence des directions de traitement explicatif des sujets selon la direction de traitement des clients, pour chaque groupe

		Clients			Total	
		Approf.	Niveau égal	Décroiss.		
Etudiants débutants (n = 20)	Approf.	fréq. observées	33	29	36	80
		fréq. attendues	34.4	25.8	37.8	
		résidus stand. ajustés	-.4	1.0	-.5	
Etudiants débutants (n = 20)	Niveau égal	fréq. observées	28	19	23	70
		fréq. attendues	24.6	18.4	27.0	
		résidus stand. ajustés	1.0	.2	-1.2	
Etudiants débutants (n = 20)	Décroiss.	fréq. observées	19	12	29	60
		fréq. attendues	21.1	15.8	23.2	
		résidus stand. ajustés	-.6	-1.3	1.8	
Total			80	60	88	228

Légende : « Approf. » : le niveau du processus explicatif s'approfondit entre le 1^{er} et le 3^e énoncé.

« Niveau égal » : le niveau demeure constant.

« Décroiss. » : le niveau du processus explicatif devient de plus en plus superficiel.

$$\chi^2_{(4)} = 4.22 \text{ (p = .377)}$$

		Clients			Total	
		Approf.	Niveau égal	Décroiss.		
Etudiants avant pratique (n = 24)	Approf.	fréq. observées	66	26	36	128
		fréq. attendues	45.7	33.7	48.6	
		résidus stand. ajustés	5.2	-2.1	-3.2	
Etudiants avant pratique (n = 24)	Niveau égal	fréq. observées	16	17	17	50
		fréq. attendues	17.9	13.2	19.0	
		résidus stand. ajustés	-.6	1.4	-.6	
Etudiants avant pratique (n = 24)	Décroiss.	fréq. observées	13	27	48	88
		fréq. attendues	31.4	23.2	33.4	
		résidus stand. ajustés	-5.0	1.1	3.9	
Total			95	70	101	266

$$\chi^2_{(4)} = 33.36 \text{ (p = .000)}$$

		Clients			Total	
		Approf.	Niveau égal	Décroiss.		
Etudiants après pratique (n = 24)	Approf.	fréq. observées	67	29	35	131
		fréq. attendues	45.5	34.5	51.0	
		résidus stand. ajustés	5.6	-1.5	-4.1	
	Niveau égal	fréq. observées	17	18	31	66
		fréq. attendues	22.9	17.4	25.7	
		résidus stand. ajustés	-1.8	.2	1.5	
	Décroiss.	fréq. observées	7	22	36	65
		fréq. attendues	22.6	17.1	25.3	
		résidus stand. ajustés	-4.7	1.6	3.1	
Total		91	69	102	262	

$$\chi^2_{(4)} = 35.36 (p = .000)$$

		Clients			Total	
		Approf.	Niveau égal	Décroiss.		
Thérapeutes en formation post-grade (n = 19)	Approf.	fréq. observées	47	16	29	92
		fréq. attendues	32.8	23.6	35.6	
		résidus stand. ajustés	4.3	-2.5	-2.0	
	Niveau égal	fréq. observées	14	7	12	33
		fréq. attendues	11.7	8.5	12.8	
		résidus stand. ajustés	.9	-6	-3	
	Décroiss.	fréq. observées	7	26	33	66
		fréq. attendues	23.5	16.9	25.6	
		résidus stand. ajustés	-5.2	3.2	2.3	
Total		68	49	74	191	

$$\chi^2_{(4)} = 29.21 (p = .000)$$

Tableaux 5 : Fréquence des niveaux de traitement explicatif des sujets selon les niveaux de traitement des clients

		Niveaux des clients			
		approfondis	superficiels	Total	
Niveaux des étudiants débutants (n = 20)	Plus élevés	fréq. observées	0	71	71
		fréq. attendues	37.9	33.1	
		résidus stand. ajustés	-10.3	10.3	
	De même niveau	fréq. observées	18	31	49
		fréq. attendues	26.1	22.9	
		résidus stand. ajustés	-2.5	2.5	
	Plus bas	fréq. observées	142	38	180
		fréq. attendues	96.0	84.0	
		résidus stand. ajustés	10.9	-10.9	
Total		160	140	300	

$$\chi^2_{(2)} = 133.80 (p = .000)$$

		Niveaux des clients			
			approfondis	superficiels	Total
Niveaux des étudiants avant pratique (n = 24)	Plus élevés	fréq. observées	0	109	109
		fréq. attendues	57.7	51.3	
		résidus stand. ajustés	-13.3	13.3	
	De même niveau	fréq. observées	6	23	29
		fréq. attendues	15.4	13.6	
		résidus stand. ajustés	-3.6	3.6	
	Plus bas	fréq. observées	183	36	109
		fréq. attendues	115.9	103.1	
		résidus stand. ajustés	14.6	-14.6	
Total			189	168	357

$$\chi^2_{(2)} = 217.15 (p = .000)$$

		Niveaux des clients			
			approfondis	superficiels	Total
Niveaux des étudiants avant pratique (n = 24)	Plus élevés	fréq. observées	1	136	137
		fréq. attendues	73.7	63.3	
		résidus stand. ajustés	-15.9	15.9	
	De même niveau	fréq. observées	31	11	42
		fréq. attendues	22.6	19.4	
		résidus stand. ajustés	2.8	-2.8	
	Plus bas	fréq. observées	158	16	174
		fréq. attendues	93.7	80.3	
		résidus stand. ajustés	13.7	-13.7	
Total			190	163	353

$$\chi^2_{(2)} = 257.88 (p = .000)$$

		Niveaux des clients			
			approfondis	superficiels	Total
Niveaux des thérapeutes en formation post-grade (n = 19)	Plus élevés	fréq. observées	0	85	85
		fréq. attendues	44.1	40.9	
		résidus stand. ajustés	-11.7	11.7	
	De même niveau	fréq. observées	15	24	39
		fréq. attendues	20.2	18.8	
		résidus stand. ajustés	-1.8	1.8	
	Plus bas	fréq. observées	121	17	138
		fréq. attendues	71.6	66.4	
		résidus stand. ajustés	12.2	-12.2	
Total			136	126	262

$$\chi^2_{(2)} = 165.31 (p = .000)$$

Tableau 6 : Différences de suivi/soutien des niveaux de traitement approfondis ou superficiels des clients, entre les étudiants avant puis après entraînement pratique

Clients	Sujets	Etudiants « pré » (n = 24)		Etudiants « post » (n = 24)		t ₍₂₃₎	p(t)
		m	sd	m	sd		
Modes approf. (6 et 7)	Offres égales	.25	.53	1.29	.91	-5.35	.000
	Offres + basses	7.63	.65	6.58	.88	4.90	.000
Modes superf. (3 et 4)	Offres + élevées	4.54	1.14	5.67	1.17	-4.63	.000
	Offres égales	.96	.81	.46	.59	2.40	.025
	Offres + basses	1.50	1.14	.67	.76	4.05	.000

Note : Pas d'analyses de variance pour le nombre de modes plus approfondis dans les séquences d'approfondissement.

Pour une séquence présentant un approfondissement du processus explicatif adopté par le client, les sujets se situent proche du même niveau que le client au début de la séquence et tendent à ne pas suivre/soutenir l'approfondissement montré par le client. L'inverse s'observe pour les séquences de décroissement.

Tableau 7 : Moyennes, écarts-types et significativité du processus explicatif dans chaque intervention selon les différents types de séquences thérapeutiques

	Clients (const.)	Etudiants débutants (n = 20)		Etudiants « pré » (n = 24)		Etudiants « post » (n = 24)		Thérapeutes en formation (n = 19)		F _(2,60)	p(F)
		m	sd	m	sd	m	sd	m	sd		
App.											
1 ^{ère} inter.	3.75	3.64	.91	3.98	.46	4.4	.44	4.24	.47	4.36	.017
2 ^e inter.	5.5	4.01	.75	4.12	.55	4.67	.45	4.62	.53	5.43	.007
3 ^e inter.	6.5	4.14	.90	4.73	.53	5.28	.41	5.06	.48	9.92	.000
Egal											
1 ^{ère} inter.	4.67	3.73	.99	4.09	.56	4.52	.47	4.51	.48	5.88	.005
2 ^e inter.		4.08	.73	4.10	.54	4.49	.46	4.27	.50	.57	.571
3 ^e inter.		4.40	.67	4.40	.58	4.38	.59	4.25	.33	5.00	.010
Déc.											
1 ^{ère} inter.	6.25	4.33	.72	4.60	.50	4.91	.41	4.71	.38	2.60	.082
2 ^e inter.	5	4.46	.89	4.30	.46	4.60	.47	4.16	.49	1.09	.341
3 ^e inter.	3.5	4.26	.87	4.33	.45	4.78	.36	4.30	.67	.05	.950

Adj. R² : App : .098 ; .125 ; .223 ; Egal : .136 ; -.014 ; .114 ; Déc : .049 ; .003 ; -.032

Contrasts "simple" : Decr_1 : 1 vs 4 (.031)
 Appr_1 : 1 vs 4 (.005)
 Appr_2 : 1 vs 4 (.003) et 2 vs 4 (.010)
 Appr_3 : 1 vs 4 (.000)
 Egal_1 : 1 vs 4 (.001) et 2 vs 4 (.059)
 Egal_3 : 2 vs 4 (.040)

Tous les t-tests appariés (bilatéral) comparant le groupe pré-post sont significatifs à $p < .01$:

- 1^{ères} séquences de décroissement : $t_{(23)} = -3.75$
- 2^e séquences de décroissement : $t_{(23)} = -2.43$
- 3^e séquences de décroissement : $t_{(23)} = -5.08$
- 1^{ères} séquences d'approfondissement : $t_{(23)} = -4.23$
- 2^e séquences d'approfondissement : $t_{(23)} = -5.50$
- 3^e séquences d'approfondissement : $t_{(23)} = -5.19$
- 1^{ères} séquences de même niveau : $t_{(23)} = -5.34$
- 2^e séquences de même niveau : $t_{(23)} = -3.05$
- 3^e séquences de même niveau : $t_{(23)} = -4.43$

Les graphiques ci-dessous illustrent le niveau général de processus explicatif réalisé par les 87 sujets pour chaque intervention de chaque type de séquence.

Graphiques 1: Niveaux de processus explicatif réalisé par les sujets pour chaque intervention de chaque type de séquence

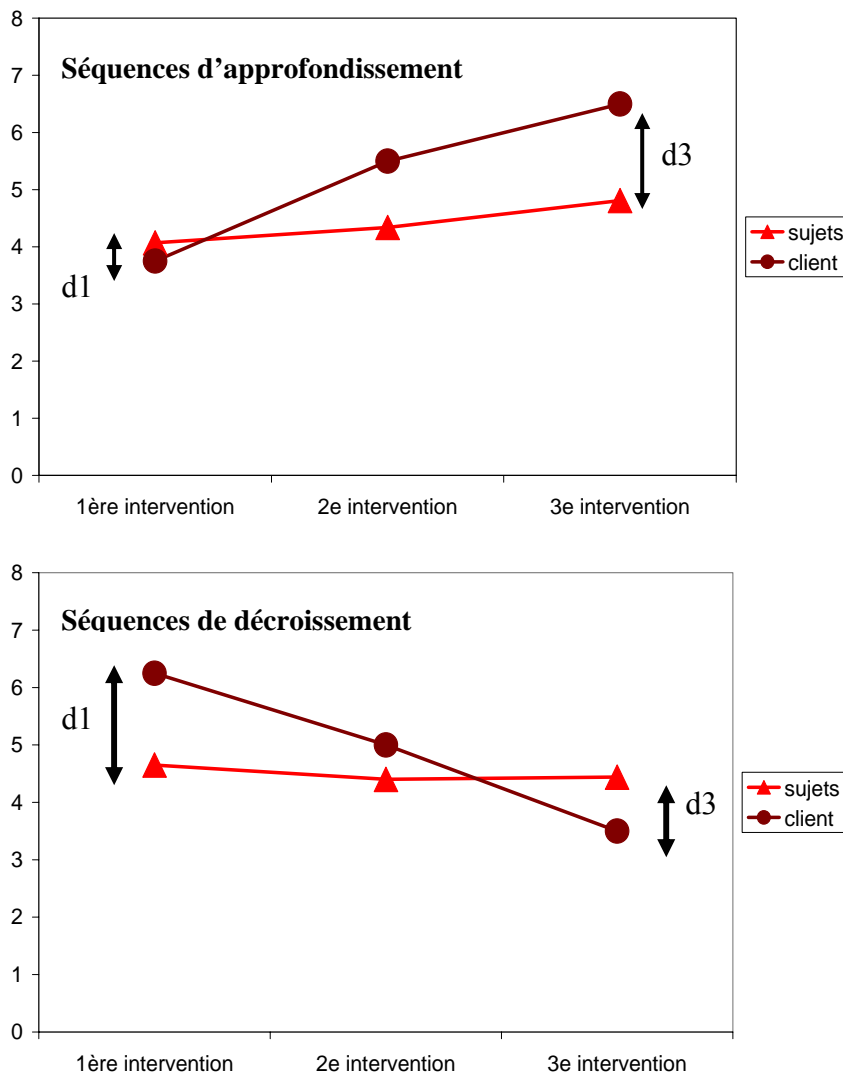


Tableau 8 : Moyennes, écarts-types et significativité des différences (d1 et d3) entre clients et sujets pour la première et la dernière intervention des séquences d'approfondissement

	1 ^{ers} énoncés des clients		3 ^e énoncés des clients		d1	t	p(t)
	m	sd	m	sd			
Etud. débutants (n = 20)	.39	.91	-2.36	.90	19	10.97	.000
Etud. avant prat. (n = 24)	.73	.46	-1.77	.53	23	21.70	.000
Etud. après prat. (n = 24)	1.15	.46	-1.23	.41	23	30.87	.000
Th. en formation (n = 19)	.96	.48	-1.41	.46	18	27.07	.000

Dans les séquences d'approfondissement du processus explicatif, les sujets se situent plus proches du niveau du client au début de la séquence qu'à la fin.

Cette tendance est significativement plus importante pour les étudiants que pour les thérapeutes en formation post-grade.

Une analyse de variance comparant chaque groupe pour d1 et d3 montre les différences significatives suivantes :

- d1 : $F_{(2,60)} = 3.97$; $p = .024$ (Adj. $R^2 = .087$)
 Contrasts simple : $1 < 4$ (.007)
 t-test pré-post : $t_{(23)} = -4.21$; $p = .000$ (pré < post)
- d3 : $F_{(2,60)} = 10.58$; $p = .000$ (Adj. $R^2 = .236$)
 Contrasts simple : $1 < 4$ (.000) et $2 < 4$ (.081)
 t-test pré-post : $t_{(23)} = -5.18$; $p = .000$ (pré < post)

Dans les séquences d'approfondissement du processus explicatif, les offres des thérapeutes en formation sont effectivement plus distantes (et plus élevées) du niveau du client au début de la séquence et significativement plus proches de ces dernières (de modes approfondi) à la fin. La même tendance est observable pour les étudiants après avoir suivi la partie pratique du cours centré sur la personne.

Tableau 9 : Moyennes, écarts-types et significativité des différences entre clients et sujets pour la première et la dernière intervention des séquences de décroissement

	1 ^{ers} énoncés des clients		3 ^e énoncés des clients		dl	t	p(t)
	m	sd	m	sd			
Etud. débutants (n = 20)	-1.93	.72	.76	.87	19	-14.14	.000
Etud. avant prat. (n = 24)	-1.66	.50	.83	.45	23	-23.99	.000
Etud. après prat. (n = 24)	-1.34	.40	1.27	.36	23	-31.11	.000
Th. en formation (n = 19)	-1.56	.42	.80	.69	18	-17.74	.000

Dans les séquences de décroissement du processus explicatif, les sujets se situent effectivement plus distants du niveau du client au début de la séquence qu'à la fin.

Cette tendance est significativement plus faible pour les étudiants que pour les thérapeutes en formation post-grade.

L'analyse de variance comparant chaque groupe pour d1 et d3 ne montre pas de différences significatives.

- d1 : $F_{(2,60)} = 2.30$; $p = .109$ (Adj. $R^2 = .040$)
 Contrasts simple : $1 > 4$ (.044)
 t-test pré-post : $t_{(23)} = -3.90$; $p = .001$ (pré < post)
- d3 : $F_{(2,60)} = .05$; $p = .950$ (Adj. $R^2 = -.032$)
 t-test pré-post : $t_{(23)} = -4.89$; $p = .000$ (pré < post)

Dans les séquences de décroissement du processus explicatif, les offres des thérapeutes en formation sont effectivement plus proches du niveau approfondi des clients au début de la séquence et significativement plus loin de ces derniers (de modes superficiels) à la fin. La même tendance est observable pour les étudiants après avoir suivi la partie pratique du cours centré sur la personne.

Comparés aux thérapeutes en formation post-grande, les étudiants tendent à percevoir moins correctement la direction du processus explicatif *effectivement adoptée* par les clients. Exploration de la tendance selon le type de séquence.

Tableau 10 : Moyennes, écarts-types et significativité des différences de l'évaluation du niveau de l'offre de traitement explicatif du client, par chaque groupe

	Sequ. décroiss. du Cl		Séqu. approf. du Cl		dl	t	p(t)
	m	sd	m	sd			
Etud. débutants (n = 20)	4.13	.70	3.78	1.19	19	-7.45	.000
Etud. avant prat. (n = 24)	3.98	1.07	4.48	.71	23	-8.71	.000
Etud. après prat. (n = 24)	3.58	.99	4.52	.70	23	-8.16	.000
Th. en formation (n = 19)	3.55	1.33	4.13	.93	18	-7.62	.000

Tableaux 11: Fréquence des niveaux de processus explicatif pensés et effectifs des sujets par rapport aux niveaux des clients, pour chaque groupe

		PE effectif par rapport au client			Total		
		Plus élevé	Niveau égal	Plus bas			
PE pensé par les étudiants débutants (n = 20)	Plus élevé	fréq. observées	12	13	27	52	
		fréq. attendues	10.3	12.9	28.8		
		résidus stand. ajustés	.7	.0	-.6		
	Niveau égal	fréq. observées	19	26	58		103
		fréq. attendues	20.3	25.5	57.1		
		résidus stand. ajustés	-.4	.1	.2		
	Plus bas	fréq. observées	16	20	47		83
		fréq. attendues	16.4	20.6	46.0		
		résidus stand. ajustés	-.1	-.2	.3		
Total		47	59	132	238		

$$\chi^2_{(4)} = .57 (p = .967)$$

		PE effectif par rapport au client			Total		
		Plus élevé	Niveau égal	Plus bas			
PE pensé par les étudiants avant pratique (n = 24)	Plus élevé	fréq. observées	24	5	54	83	
		fréq. attendues	21.5	9.3	52.2		
		résidus stand. ajustés	.8	-1.8	.5		
	Niveau égal	fréq. observées	22	15	53		90
		fréq. attendues	23.3	10.1	56.6		
		résidus stand. ajustés	-.4	2.0	-1.0		
	Plus bas	fréq. observées	28	12	73		113
		fréq. attendues	29.2	12.6	71.1		
		résidus stand. ajustés	-.3	-.2	.5		
Total		74	32	180	286		

$$\chi^2_{(4)} = 5.19 (p = .268)$$

		PE effectif par rapport au client			Total	
		Plus élevé	Niveau égal	Plus bas		
PE pensé par les étudiants après pratique (n = 24)	Plus élevé	fréq. observées	35	11	53	99
		fréq. attendues	35.8	9.9	53.2	
		résidus stand. ajustés	-.2	.4	-.1	
	Niveau égal	fréq. observées	54	12	68	134
		fréq. attendues	48.5	13.4	72.0	
		résidus stand. ajustés	1.4	-.6	-1.0	
	Plus bas	fréq. observées	12	5	29	46
		fréq. attendues	16.7	4.6	24.7	
		résidus stand. ajustés	-1.6	.2	1.4	
Total		101	28	150	279	

$$\chi^2_{(4)} = 3.21 \text{ (p = .524)}$$

		PE effectif par rapport au client			Total	
		Plus élevé	Niveau égal	Plus bas		
PE pensé par les thérapeutes en formation post-grade (n = 19)	Plus élevé	fréq. observées	16	9	32	57
		fréq. attendues	15.1	9.7	32.3	
		résidus stand. ajustés	.4	-.3	-.1	
	Niveau égal	fréq. observées	23	15	51	89
		fréq. attendues	23.5	15.1	50.4	
		résidus stand. ajustés	-.2	.0	.2	
	Plus bas	fréq. observées	3	3	7	13
		fréq. attendues	3.4	2.2	7.4	
		résidus stand. ajustés	-.3	.6	-.2	
Total		42	27	90	159	

$$\chi^2_{(4)} = .49 \text{ (p = .975)}$$

Groupe 3 : Perception des caractéristiques internes lors du processus thérapeutique

Tableau 12 : Moyennes et écarts-types des variables liées à la perception propre

	Etudiants débutants (n = 20)		Etudiants avant pratique (n = 24)		Etudiants après pratique (n = 24)		Thérapeutes en formation (n = 18)		Total (n = 86)	
	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd
Difficulté	2.60	.76	3.25	.89	3.03	.63	2.54	.86	2.89	.83
Effort	2.94	1.05	3.91	.92	3.47	.84	2.82	.99	3.33	1.03
Concentration	3.64	.71	4.58	.87	4.21	.75	3.53	1.04	4.04	.93
Réflexion	3.41	.61	3.63	.59	3.66	.55	2.76	.84	3.40	.73
Intuition	3.38	.96	3.79	.58	3.72	.61	3.50	.82	3.61	.75
Facilité	2.36	.88	2.28	.75	2.82	.76	2.92	.67	2.59	.81
Touché	2.93	.82	3.40	.67	3.06	.98	3.55	.60	3.23	.81
Thématique	1.75	1.13	1.60	1.31	1.52	1.20	2.41	1.09	1.79	1.22
Sympathie	3.63	.46	3.54	.60	3.59	.65	3.91	.48	3.65	.57
Compréhension	3.44	.58	3.57	.54	3.42	.56	3.67	.43	3.52	.54

Tableau 13 : Contrastes issus de l'analyse de variance à mesures répétées, différenciant les facteurs de la « charge cognitive », de la « charge affective » et de l' « experiencing », selon chaque groupe considéré séparément :

Groupes	Facteurs	dl	F	p(F)
Etudiants débutants (n = 20)	charge affective < experiencing	1,19	3.54	.075
	charge affective < charge cognitive	1,19	4.23	.054
Etudiants avant pratique (n = 24)	charge cognitive > experiencing	1,23	11.55	.002
	charge affective < experiencing	1,23	6.96	.015
Etudiants après pratique (n = 24)	charge affective < charge cognitive	1,23	22.80	.000
	charge affective < experiencing	1,23	12.34	.002
Thérapeutes en formation (n = 18)	charge affective < charge cognitive	1,23	24.08	.000
	charge cognitive < experiencing	1,17	4.64	.046
	charge affective > charge cognitive	1,17	4.47	.005

Groupe 4 : Amélioration selon la progression temporelle

Tableau 14 : Moyennes, écart-types et significativité de la qualité des variables de base et de l'offre de traitement explicatif de la première séquence d'entraînement et de la dernière de clôture

	Première séquence (9)		Dernière séquence (11)		dl	t	p(t)*
	m	sd	m	sd			
PE							
Etudiants	3.72	.91	4.63	.77	19	-4.34	.000
Groupe pré	3.92	.67	4.56	.59	23	-6.00	.000
Groupe post	4.52	.64	5.16	.48	23	-5.18	.000
Thérapeutes	4.50	.43	5.03	.45	13	-2.80	.008
<i>Total</i>	4.14	.77	4.83	.64	81	-8.92	.000
VEE							
Etudiants	4.52	1.57	5.48	1.85	19	-1.81	.044
Groupe pré	5.42	1.43	6.22	1.25	23	-3.17	.002
Groupe post	5.80	1.08	6.58	1.10	23	-4.11	.000
Thérapeutes	7.32	1.10	7.19	.94	13	.59	.282
<i>Total</i>	5.64	1.58	6.31	1.44	81	-4.04	.000
AUT							
Etudiants	3.25	.66	3.59	.49	19	-2.48	.012
Groupe pré	3.44	.41	3.29	.49	23	1.32	.10
Groupe post	3.45	.3	3.2	.19	23	3.68	.001
Thérapeutes	3.17	.26	3.04	.19	13	1.38	.096
<i>Total</i>	3.35	.45	3.29	.42	81	.93	.177
POS							
Etudiants	2.6	.73	2.75	.78	19	-.68	.252
Groupe pré	3.01	.63	3.01	.45	23	.047	.482
Groupe post	3.36	.25	3.11	.17	23	5.17	.000
Thérapeutes	3.29	.34	3.15	.34	13	1.23	.119
<i>Total</i>	3.06	.60	3.00	.50	81	.94	.176

* p = unilatéral

Tableau 15 : Différences entre la première et la dernière séquence d'approfondissement de l'ordre A

	Première séquence (7)		Dernière séquence (6)		dl	t	p(t)*
	m	sd	m	sd			
PE							
Etudiants	3.53	1.00	3.93	1.34	9	.693	.253
Groupe pré	4.05	.38	4.70	.92	10	2.95	.007
Groupe post	4.46	.57	5	.48	12	3.18	.004
Thérapeutes	4.45	.44	5.26	.52	6	3.34	.008
<i>Total</i>	4.12	.73	4.70	.98	40	3.60	.000
VEE							
Etudiants	4.03	.88	5.82	1.48	9	2.91	.009
Groupe pré	5.65	.90	6.26	1.45	10	2.04	.034
Groupe post	5.63	1.12	6.54	1.04	12	3.16	.004
Thérapeutes	5.81	.77	6.57	.98	6	2.02	.045
<i>Total</i>	5.28	1.16	6.30	1.25	40	4.89	.000
AUT							
Etudiants	3.25	.59	3.65	.36	9	1.91	.045
Groupe pré	3.65	.33	3.23	.62	10	-2.61	.013
Groupe post	3.41	.19	3.32	.19	12	-1.85	.045
Thérapeutes	3.31	.24	3.36	.39	6	.40	.352
<i>Total</i>	3.42	.39	3.38	.43	40	-.44	.332
POS							
Etudiants	2.82	.52	3.17	.55	9	1.53	.08
Groupe pré	3.27	.21	2.97	.62	10	-1.76	.55
Groupe post	3.20	.43	3.26	.29	12	.48	.320
Thérapeutes	3.40	.43	3.38	.45	6	-1.72	.435
<i>Total</i>	3.16	.45	3.18	.49	40	.20	.420

* p = unilatéral

Tableau 16 : Différences entre la première et la dernière séquence d'approfondissement de l'ordre B

	Première séquence (6)		Dernière séquence (7)		dl	t	p(t)*
	m	sd	m	sd			
PE							
Etudiants	4.47	1.04	3.87	.77	9	2.18	.029
Groupe pré	4.76	.53	3.95	.47	12	3.61	.002
Groupe post	5.33	.48	4.91	.56	10	2.43	.018
Thérapeutes	5.30	.40	4.26	.47	6	6.01	.001
<i>Total</i>	4.93	.73	4.24	.70	40	6.10	.000
VEE							
Etudiants	5.63	1.59	4.68	1.15	9	1.83	.051
Groupe pré	6.58	.93	5.42	1.05	12	3.34	.003
Groupe post	6.70	.79	6.03	.72	10	6.02	.000
Thérapeutes	7.77	.96	6.00	.62	6	6.31	.000
<i>Total</i>	6.58	1.27	5.5	1.05	40	6.00	.000
AUT							
Etudiants	3.12	.40	3.4	.81	9	-1.02	.168
Groupe pré	3.26	.38	3.29	.50	12	-.314	.759
Groupe post	3.27	.19	3	.00	10	4.85	.001
Thérapeutes	3.26	.36	3.33	.25	6	-.812	.224
<i>Total</i>	3.23	.33	3.25	.51	40	-.241	.406
POS							
Etudiants	3.42	.62	2.72	.79	9	2.47	.017
Groupe pré	3.08	.51	3.09	.46	12	-.130	.450
Groupe post	3.32	.23	3.13	.16	10	2.43	.017
Thérapeutes	3.43	.46	3.62	.21	6	-1.62	.073
<i>Total</i>	3.28	.48	3.10	.55	40	1.99	.027

* p = unilatéral

Tableau 17 : Différences entre la première et la dernière séquence de décroissement de l'ordre A

	Première séquence (3)		Dernière séquence (2)		dl	t	p(t)*
	m	sd	m	sd			
PE							
Etudiants	3.9	1.32	4.63	.90	9	.693	.082
Groupe pré	4.21	.40	4.77	.86	10	2.11	.031
Groupe post	4.22	.56	4.86	.40	12	4.24	.001
Thérapeutes	4.07	.51	4.76	.35	6	5.18	.001
<i>Total</i>	4.11	.76	4.76	.66	40	4.57	.000
VEE							
Etudiants	4.85	1.43	5.63	1.32	9	1.57	.075
Groupe pré	5.61	1	6.33	1.29	10	2.02	.036
Groupe post	5.46	1.11	6.51	.85	12	4.20	.001
Thérapeutes	6.00	.77	6.19	.82	6	.38	.358
<i>Total</i>	5.44	1.15	6.20	1.11	40	3.92	.000
AUT							
Etudiants	3.43	.50	3.55	.44	9	.578	.289
Groupe pré	3.45	.37	3.51	.40	10	.548	.298
Groupe post	3.35	.20	3.37	.21	12	.457	.328
Thérapeutes	3.14	.26	3.36	.31	6	1.36	.111
<i>Total</i>	3.36	.35	3.45	.34	40	1.40	.085
POS							
Etudiants	3	.50	3.07	.44	9	.28	.393
Groupe pré	3.23	.25	3.13	.22	10	-1.16	.186
Groupe post	3.19	.27	3.40	.41	12	3.41	.003
Thérapeutes	3.00	.19	3.48	.38	6	2.97	.013
<i>Total</i>	3.12	.33	3.26	.39	40	1.84	.037

* p = unilatéral

Tableau 18 : Différences entre la première et la dernière séquence de décroissement de l'ordre B

	Première séquence (2)		Dernière séquence (3)		dl	t	p(t)*
	m	sd	m	sd			
PE							
Etudiants	4.7	.76	4.53	.97	9	.53	.305
Groupe pré	4.23	.70	4.17	.58	12	.21	.419
Groupe post	5.03	.39	4.55	.38	9	2.59	.015
Thérapeutes	4.57	.33	3.98	.55	6	2.25	.033
<i>Total</i>	4.61	.66	4.32	.67	39	2.03	.025
VEE							
Etudiants	5.3	1.37	5.63	1.49	9	-.645	.268
Groupe pré	6.27	.70	6.17	.68	12	-.400	.648
Groupe post	6.38	.16	6.48	.97	9	.620	.276
Thérapeutes	6.38	.16	6.48	.97	6	-.270	.398
<i>Total</i>	5.83	1.11	5.98	1.01	39	-.655	.258
AUT							
Etudiants	3.23	.45	3.47	.55	9	-.978	.177
Groupe pré	3.32	.21	3.18	.25	12	.000	1.00
Groupe post	3.32	.21	3.18	.25	9	1.56	.072
Thérapeutes	3.38	.36	3.17	.24	6	1.89	.054
<i>Total</i>	3.31	.37	3.30	.39	39	.149	.441
POS							
Etudiants	3.27	.52	3.23	.65	9	.198	.429
Groupe pré	3.28	.25	3.23	.25	12	.737	.238
Groupe post	3.57	.36	3.29	.23	9	.709	.248
Thérapeutes	3.57	.36	3.29	.23	6	1.92	.052
<i>Total</i>	3.30	.41	3.20	.38	39	1.54	.066

* p = unilatéral

Groupe 5 : Analyses supplémentaires

Contact et congruence

Tableau 19 : Différences entre le 3^e et le 1^{er} énoncé des clients en fonction des niveaux de congruence et de contact avec soi pour le groupe 1

	Contact : 1 ^{er} énoncé		Contact : 3 ^e énoncé		t ₍₁₉₎	p(t)*
	m	sd	m	sd		
Décroissement	3.83	.92	4.13	1.19	-1.19	.125
Approfondissement	3.30	.83	4.10	.84	-3.82	.001
Manu	3.05	1.18	3.60	1.05	-2.11	.025
Eddy	4.08	.75	4.75	.75	-3.70	.001
	Congruence : 1 ^{er} énoncé		Congruence : 3 ^e énoncé		t ₍₁₉₎	p(t)*
	m	sd	m	sd		
Décroissement	3.68	.65	4.15	.76	-2.65	.008
Approfondissement	3.90	.88	4.23	.73	-1.86	.040
Manu	3.68	.82	4.00	.87	-1.90	.037
Eddy	3.90	.70	4.38	.74	-3.13	.003

* p = unilatéral

Tableau 20 : Différences entre le 3^e et le 1^{er} énoncé des clients en fonction des niveaux de congruence et de contact avec soi pour le groupe pré.

	Contact : 1 ^{er} énoncé		Contact : 3 ^e énoncé		t ₍₂₃₎	p(t)*
	m	sd	m	sd		
Décroissement	3.65	.91	3.94	.84	-1.42	.086
Approfondissement	3.40	.74	4.44	.80	-6.03	.000
Manu	3.19	.93	4.17	.86	-5.39	.000
Eddy	3.85	.63	4.21	.75	-2.21	.019
	Congruence : 1 ^{er} énoncé		Congruence : 3 ^e énoncé		t ₍₂₃₎	p(t)*
	m	sd	m	sd		
Décroissement	3.77	.85	4.00	.87	-1.29	.106
Approfondissement	3.65	.70	4.46	.76	-4.86	.000
Manu	3.71	.74	4.23	.88	-3.24	.002
Eddy	3.71	.75	4.23	.86	-3.08	.003

* p = unilatéral

Tableau 21 : Différences entre le 3^e et le 1^{er} énoncé des clients en fonction des niveaux de congruence et de contact avec soi pour le groupe post.

	Contact : 1 ^{er} énoncé		Contact : 3 ^e énoncé		t ₍₂₃₎	p(t)*
	m	sd	m	sd		
Décroissement	3.31	.81	3.60	.66	-1.43	.083
Approfondissement	3.38	.85	4.48	.76	-5.66	.000
Manu	3.04	.75	3.77	.81	-4.58	.000
Eddy	3.65	.96	4.31	.75	-3.56	.001
	Congruence : 1 ^{er} énoncé		Congruence : 3 ^e énoncé		t ₍₂₃₎	p(t)*
	m	sd	m	sd		
Décroissement	3.65	.88	3.85	.63	-1.36	.094
Approfondissement	3.81	1.02	4.40	.97	-3.62	.001
Manu	3.85	.94	4.15	.77	-2.02	.028
Eddy	3.60	.88	4.10	.87	-4.15	.000

* p = unilatéral

Tableau 22 : Différences entre le 3^e et le 1^{er} énoncé des clients en fonction des niveaux de congruence et de contact avec soi pour les thérapeutes en formation.

	Contact : 1 ^{er} énoncé		Contact : 3 ^e énoncé		t ₍₁₅₎	p(t)*
	m	sd	m	sd		
Décroissement	3.83	.75	2.87	1.11	2.68	.009
Approfondissement	3.07	1.13	4.37	.64	-5.05	.000
Manu	3.00	.87	2.9	.99	.31	.383
Eddy	3.90	.71	4.33	.84	-2.58	.011
	Congruence : 1 ^{er} énoncé		Congruence : 3 ^e énoncé		t ₍₁₅₎	p(t)*
	m	sd	m	sd		
Décroissement	3.50	.93	3.17	.94	1.58	.068
Approfondissement	3.23	.80	3.93	1.28	-2.05	.030
Manu	2.93	1.08	3.13	1.06	-.76	.229
Eddy	3.80	.77	3.97	1.33	-.54	.298

* p = unilatéral