

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES	viii
REMERCIEMENTS.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1. REPENSER LE CONTRE-TRANSFERT DANS LA CLINIQUE CONTEMPORAINE	2
1.1. L'ambiguité essentielle de la relation	3
CHAPITRE 2. LE CONTRE-TRANSFERT ET LES EXPRESSIONS FACIALES	7
2.1. Les différentes conceptions du contre-transfert.....	7
2.1.1. La conception classique	7
2.1.2. La conception modérée	8
2.1.3. La conception totalitaire	9
2.2. Les expressions faciales	11
2.2.1. Conceptions dominantes dans le domaine des expressions faciales.....	12
2.2.2. Les études de Rainer Krause	14
2.2.3. Apport des recherches de Rainer Krause.....	16
2.3. Une activité sous-symbolique du contre-transfert	19
CHAPITRE 3. GRILLE D'ACTIVITÉS MENTALES DU THÉRAPEUTE (GAM-T : NORMANDIN ET AL., 2013)	22
3.1. Les modes d'activités de la grille	23
3.1.1. Le mode d'activité rationnel-objectif (RAT)	23
3.1.2. Le mode d'activité réactif (REAC)	24
3.1.3. Le mode d'activité réflexif (REF)	26
3.2. État des connaissances à la GAM-T	30
3.3. Percées sur le monde interne du thérapeute.....	32
3.3.1. Stimulus évocateur	33
3.3.2. Les méthodes de cotation du contre-transfert.....	34
CHAPITRE 4. OBJECTIFS DE LA PRÉSENTE THÈSE	37
4.1. Angle de la Recherche	38
4.2. Hypothèses	39
4.2.1. Activité mentale rationnelle/objective (RAT).....	39
4.2.2. Activité mentale réactive (REAC)	39
4.2.3. Activité mentale réflexive (REF)	40
CHAPITRE 5. MÉTHODE.....	41
5.1. Les participants	41
5.2. Vignettes cliniques	42
5.3. Devis de recherche et procédure.....	43
5.3.1. Formation des équipes de juges-coteurs.....	43
5.3.2. Codification du matériel à l'aide de la GAM-T	44

CHAPITRE 6. RÉSULTATS.....	47
6.1. Indice de Fidélité de la GAM-T: Ententes interjuges	47
6.2. Effets de la méthode au premier niveau de codification de l'activité mentale du thérapeute	
48	
6.2.1. Activité mentale rationnelle/objective	48
6.2.2. Activité mentale réactive	48
6.2.3. Activité mentale réflexive.....	49
6.3. Calcul des effets simples liés à la méthode au premier niveau de codification de l'activité	
mentale du thérapeute	49
6.3.1. Activité mentale rationnelle/objective	49
6.3.2. Activité mentale réactive	49
6.3.3. Activité mentale réflexive.....	50
6.4. Différences de la méthode au deuxième niveau de codification de l'activité mentale du	
thérapeute.....	50
CHAPITRE 7. DISCUSSION	53
7.1. Limites et contraintes de l'étude.....	61
CONCLUSION.....	65
BIBLIOGRAPHIE	68
TABLEAUX	79
FIGURES	84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Moyennes et écarts-types des trois modes d'activité de la grille aux sept vignettes cliniques selon la méthode de cotation utilisée	79
Tableau 2 Résultats des analyses de variance à mesures répétées pour le mode d'activité mentale rationnel / objectif pour les variables méthode et vignette	80
Tableau 3 Résultats des analyses de variance à mesures répétées pour le mode d'activité mentale réactif pour les variables méthode et vignette.....	81
Tableau 4 Résultats des analyses de variance à mesures répétées pour le mode d'activité mentale réflexif pour les variables méthode et vignette	82
Tableau 5 Nombre et proportion des champs d'activité «dominants» identifiés au deuxième niveau de codification pour les deux méthodes de cotation	83

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Diagramme synoptique de l'activité mentale	84
Figure 2 Angle de la recherche selon le réseau nomologique (Binning et Barrett, 1989)....	85
Figure 3 Protocole de Codification de la GAM-T	86

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier très chaleureusement ma directrice de thèse, madame la professeure Lina Normandin. Je lui suis très reconnaissant d'avoir accepté la direction de cette thèse et de m'avoir assuré un encadrement tout au long de ces années. Je la remercie pour sa grande collaboration, sa générosité, et pour m'avoir dirigé malgré la distance géographique et mon engagement avec le ministère de la Défense nationale. Elle a su garder confiance en ma capacité à rendre ce projet à terme.

Je tiens aussi à exprimer ma profonde reconnaissance aux membres du comité qui ont accepté de siéger sur le jury de cette thèse, soit Madame la professeure Tamarha Pierce, Monsieur le professeur Éric Dubé et Monsieur le professeur Stéphane Sabourin. Un remerciement tout aussi sincère à Madame la professeure Karin Ensink pour m'avoir donné de précieux conseils lors du séminaire que j'ai tenu l'année dernière pour préparer la défense.

Cette étude n'aurait pas été possible sans la collaboration de collègues qui ont fait ou font toujours partie de cette famille au laboratoire de recherche clinique à l'École de psychologie de l'Université Laval. Je pense particulièrement à Mme Kathy Parent qui a accepté de me fournir le matériel recueilli pour sa thèse et à partir duquel j'ai pu débuter la conception de ce travail. Mme Julie Maheux, Mme Isabelle Tessier et M. Nicolas Berthelot pour avoir participé à la cotation des protocoles de cette recherche. Je tiens aussi à remercier Mme Bei Feng et sa collègue de travail Mme Hélène Paradis, toutes deux statisticiennes au groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale, pour avoir répondu à mes questions avec diligence et avec un grand professionnalisme.

Je suis aussi redevable du support que j'ai reçu de la part du commandement militaire, celui qui était en place durant ma mutation à Valcartier, à Saint-Jean-sur-Richelieu et plus récemment à Ottawa, et qui m'a autorisé des journées d'études pour mener à terme ce projet d'envergure. Je tiens à remercier tout particulièrement le LCol (Ret) Martin Villeneuve pour ses qualités de leader, son soutien, et pour m'avoir conforté dans l'atteinte de cet objectif de

carrière. Un remerciement spécial à Mme. Raphaëlle Grenier et à Krystal Hachey pour leur assistance durant la mise en page finale du travail.

Je ne saurais terminer sans remercier ma conjointe, Mélanie Poudrette, pour son soutien moral indispensable et pour avoir cru en ma détermination de pouvoir réaliser ce projet au travers des épreuves de la vie. Enfin un merci tout spécial à mes deux filles Juliette et Victoria qui sont nées durant ce projet et qui sont si importantes pour moi.

INTRODUCTION

Une réalité bien connue en clinique est celle de faire l'expérience de sensations diffuses ou encore de réactions physiques durant le contre-transfert. Ces expériences sont choses communes et se trouvent documentées par les témoignages de thérapeutes experts qu'on retrouve cités dans la littérature. La prémissse de cette thèse veut que ces signaux affectifs soient justement des signaux sur lesquels peuvent s'édifier des processus centraux de la psychothérapie comme le transfert et le contre-transfert (Laplanche et Pontalis, 1967).

Précisément on fait l'hypothèse que filmer les expressions faciales du thérapeute permettrait d'améliorer la mesure du contre-transfert à la GAM-T. Cette démonstration représente un défi de taille pour le chercheur car le non verbal reste une variable furtive à l'observation et qui plus est, c'est une information qui peut mener à une gamme d'interprétations possibles. Les données que nous avons recueillies pour réaliser ce travail nous proviennent d'une étude antérieure menée au cours des années 2001-2002 auprès d'étudiants gradués de l'École de psychologie de l'Université Laval.

Le cœur de nos analyses repose sur la codification exercée par le juge-coteur à la GAM-T. Cette contribution reste indispensable pour pouvoir étayer la recherche car l'expérience du contre-transfert demeure une activité qui se prête mal à l'auto-observation surtout lorsqu'elle se manifeste sous la forme d'un conflit résiduel. Les écrits cliniques et déontologiques insistent sur la prise de conscience de ces réactions internes car celles-ci peuvent mener à une compréhension accrue des enjeux du patient.

Les expressions faciales d'affects qui sont filmées durant le contre-transfert peuvent avoir une incidence sur les scores que le juge-coteur attribue à certaines dimensions de la grille. Ces réactions non verbales qu'on filme entretiennent un rapport avec le système qu'on désigne comme l'inconscient freudien. Choisir de traiter de l'inconscient peut orienter notre discours vers un espace plus «intemporel», ceci nous conforte et laisse croire que les conclusions qui découlent de ce travail pourront conserver leur actualité et résister à l'épreuve du temps.

CHAPITRE 1. REPENSER LE CONTRE-TRANSFERT DANS LA CLINIQUE CONTEMPORAINE

C'est dans son article intitulé *Sur la psychothérapie* (1905/1953) que Sigmund Freud nous présente la prémissse voulant que le traitement par la psychanalyse véhicule une forme d'objectivité. Cette prémissse animera ses écrits ultérieurs et l'incitera à tirer de nombreuses analogies des domaines scientifique et médical pour faire comprendre ce qui se passe pendant la cure. La conception qu'il développera de l'analyste cherchera à valider cette forme d'objectivité. Pour ce faire, Freud se plaira à comparer l'état d'esprit de l'analyste à celui du «chirurgien pendant l'opération ou à celui d'un analyste-miroir» (cité dans Heimann, 1950, p.81). Freud dira de cet état d'esprit qu'il s'apparente à celui du chimiste qui veut isoler les éléments d'une substance active, comme durant l'interprétation du rêve par exemple (Freud, 1918/1958). Au moment d'aborder la notion de transfert et de son maniement, le rôle de l'analyste sera décrit comme un combat à livrer contre les résistances du patient, en vue de le persuader à reconnaître ce qui jusque-là avait été rejeté ou réprimé (Freud, 1905/1953). Plus loin, ce combat sera transposé sur le terrain plus vaste qu'est celui du champ de bataille, un terrain sur lequel l'analyste doit sortir vainqueur sans quoi il ne pourra attendre de guérison durable du patient (Freud, 1912/1958). Dans l'ensemble, Freud attribuera à l'analyste un rôle distant et rigide, le traitement restant avant tout une affaire qui concerne le patient. La seule fois où il manifestera une certaine nuance sera au moment de comparer la cure à une partie d'échecs dans laquelle l'analyste est passé maître en matière de coups classiques d'ouverture et de fin de partie, sans pour autant savoir quels coups porter à la phase intermédiaire (Freud, 1913/1953).

Cette recherche d'objectivité se remarquera aussi au moment de présenter d'autres facteurs qui font partie de la cure. La méthode analytique qui encourage la création d'un espace particulier entre le thérapeute et son patient sera décrite comme un appareil visant à «extirper» quelque chose des profondeurs de la psyché du patient. Plus tard il sera dit de cette méthode qu'elle sert de moyen à rééduquer la personnalité et, qu'en ce sens, on peut lui attribuer des effets similaires à certains procédés utilisés en médecine orthopédique, sauf que les anomalies psychiques présenteraient des problèmes normalement plus complexes à traiter que les problèmes mécaniques (voir à ce sujet, Ferenczi, 1919/1975).

Les écrits de Freud nous amènent à porter une respectueuse appréciation de la démarche qu'il lui a fallu innover pour hisser la psychanalyse au rang des grandes découvertes de la science moderne. Nous restons saisis par la reconstitution minutieuse des récits de cas traités par la cure freudienne et relatés par le biais de sa perspective « géologique », dite *per via di levare*, soit par la résolution des couches successives de résistances et qui mène à la montée consécutive du matériel refoulé.

1.1. L'ambiguité essentielle de la relation

La psychothérapie d'orientation analytique tire ses origines de concepts se réclamant de la psychanalyse. Mais le cadre qu'elle se donne l'amène à se distancer de cette prémissse d'objectivité mise de l'avant au début du siècle.

Le rapport face-à-face qui s'établi entre le thérapeute et son patient constitue un changement important apporté par la psychothérapie d'orientation analytique. Cette modification touche le volet technique et fera migrer le champ d'étude de la cure vers un pôle « bi-personnel », c'est-à-dire où l'analyste doit s'engager et jouer un rôle plus actif dans la relation. Ce changement transpose l'étude de la relation thérapeute-patient sur de nouvelles bases, sur lesquels les traités qui y sont consacrés évoquent tantôt le couple analytique (Baranger et Baranger, 1961/1985 ; Baranger, 1993), tantôt la relation interpersonnelle subjective (Tanguay et Semmikian, 1984). Ce changement a contribué à faire reconnaître qu'une modification du psychisme du patient peut survenir en raison de l'occurrence d'événements qui ont lieu entre deux personnes et non plus uniquement à l'intérieur d'une seule (Ferenczi et Rank, 1924/1956; Jung, 1948/1980).

Le rapport face-à-face entre le thérapeute et son patient devient propice à la création d'un espace appelé « ambiguité essentielle » (Baranger et Baranger, 1961/1985), un espace où cohabitent deux aires, celles du patient et celle du thérapeute, où s'accorde la libre circulation d'échanges et de signaux pouvant être à la fois verbaux et non verbaux. Cet

échange qui intervient entre les partenaires de la dyade nous éloigne de la démarche d'objectivité que cherchait à faire reconnaître Freud dans la conduite de la cure.

Une notion qui permet de mieux comprendre ce qui anime cet espace thérapeute-patient se trouve être l'« identification projective » (Klein, 1946/1966 ; 1955/1968). Cette notion dérive de la théorie des relations d'objet mise de l'avant par l'école anglaise de psychanalyse (Fairbairn, 1952 ; Winnicott 1958) et reprise par l'école américaine (Kernberg, 1966). Conçue au départ pour décrire le type d'activité propre à une étape du développement du nourrisson, soit la position schizo-paranoïde, l'identification projective cerne un mécanisme par lequel des parties clivées du soi et des objets internes sont projetés sur un objet externe en vue d'en assurer le contrôle. En clinique, ce mécanisme s'avère particulièrement présent chez les patients atteints d'un déficit de la capacité de traduire leurs expériences affectives, que ce soit en paroles ou en symboles, comme chez les patients souffrant de pathologie du caractère tel que le trouble de personnalité état limite (Kernberg, 1967; Clarkin, Yeomans et Kernberg, 1999; Kernberg, 1994). Dans ce trouble en particulier, l'expérience affective que le patient ne peut ni tolérer ni verbaliser risque d'être projetée ou induite chez le thérapeute sous la forme d'une expérience affective ou d'un affect.

La littérature clinique nous témoigne d'épisodes où l'échange affectif entre le thérapeute et son patient se passe effectivement par la voie sensorielle. Pour Wilma Bucci (2001) ce type d'échange qui intervient en dyade interpelle une communication inconsciente, émotionnelle, rendue possible par le mécanisme d'identification projective. À titre d'exemple, Jacobs (1986) relate une situation dans laquelle la prise de conscience de ses signaux sensoriels lui permet de reconnaître une agressivité profonde et pénétrante réprimée du patient :

I felt uncomfortable with him, and I began, therefore, to pay attention to my autonomic responses during sessions. With regularity, I found my heartbeat to be rapid, my mouth dry, and my guts tense and knotted. It became increasingly clear to me that these were signs of concealed anger occurring in response to the covert anger directed at me (p. 298).

Nous allons voir que les expressions faciales du thérapeute sont des réactions qui peuvent véhiculer des informations sur la nature de l'échange intervenant dans la dyade. Ces comportements rapides et furtifs participeraient à l'expérience de contre-transfert et exerceraient un rôle dans le traitement de l'affect du patient (Merten et Krause, 2003).

Ces modifications apportées à la théorie et à la technique freudienne mobilisent d'autres compétences du thérapeute, distinctes de celles ici présentées dans le contexte de la conduite de la cure. Kernberg (2003) parle d'une capacité à engager le patient à un palier d'intensité affective qui sait reconnaître et contenir l'affect du patient. Bion (1970) à son tour la décrit comme une aptitude à être « ouvert en soi », et qui permet de recevoir la projection du patient. Schwaber (1992) pour sa part l'identifie comme la capacité d'écoute du thérapeute, orientée vers le patient et dégagée de toute emprise qu'exercerait le désir d'obtention de gains secondaires. Zeddies (2000) la tient plutôt pour l'engagement psychologique et émotionnel du thérapeute lui permettant d'accéder aux productions inconscientes du patient. Enfin pour Tanguay et Semmikian (1984) le thérapeute qui pratique la psychothérapie d'orientation analytique doit posséder un excellent savoir théorique mais, il lui importe avant tout de chercher à perfectionner le « comment être psychothérapeute ».

La capacité du thérapeute à composer avec les échanges verbaux et non-verbaux qui interviennent dans cet espace interpersonnel sollicite une disposition émotionnelle et perceptive tout à fait particulière que nous présente Theodor Reik (1948/1976). L'auteur, en s'adressant à la nouvelle génération de professionnels thérapeutes, leur demande de désapprendre toute routine et de fixer une attention sérieuse sur les indices de leurs propres réactions internes qui s'impriment à leur vu et à leur su. C'est ainsi qu'il arrive à nous faire apprécier que « ...les instincts qui indiquent, soulignent, suggèrent et insinuent...sont parfois beaucoup plus intelligents que notre intelligence consciente (Reik, 1948/1976, p. 139) ». Pour Reik, l'exercice de « la troisième oreille » serait le processus par lequel devrait se reconnaître la subjectivité de l'analyste. La citation suivante atteste :

La sensibilité et la subjectivité de l'analyste dépendent de son impressionnabilité aux moindres stimuli, aux indices les plus infimes, à peine perceptibles, des processus

inconscients. Il est souhaitable qu'il réagisse à ces signes avec autant de susceptibilité, de présence et de vie que le mimosa au toucher (p. 147).

Cette orientation que Reik assigne à la pratique vient renforcer l'authentique rôle tenu par la subjectivité distincte du thérapeute, à laquelle il laisse libre cours dans l'espace de la relation thérapeutique. Ainsi, le paradigme d'objectivité détachée du thérapeute, cher à Freud, à progressivement été remplacé par un paradigme de champ interpersonnel «co-créé», voire d'intersubjectivité, qui oblige à repenser le concept de contre-transfert dans la clinique contemporaine.

À nous donc de nous acclimater à l'importance accordée, en milieu de psychothérapie d'orientation analytique, à la prise de conscience que le thérapeute prendra du flux de ses réactions internes, verbales et non verbales. À nous d'intérioriser le processus qui module ces réactions du thérapeute, qui cherche à faciliter le cours du traitement et que nous retrouverons désigné sous l'appellation de « contre-transfert ».

CHAPITRE 2. LE CONTRE-TRANSFERT ET LES EXPRESSIONS FACIALES

Le contre-transfert est un construit qui a passé par d'importantes transformations depuis qu'il a été introduit par Freud en 1910. La grande partie des auteurs contemporains dans le domaine s'entendent pour reconnaître au contre-transfert un rôle garant d'une partie de la réussite du traitement, peu importe si des désaccords persistent quant à son incidence sur le patient ou sur le cours de la thérapie (Blum et Goodman, 1995). Les travaux de P. Heimann ont constitué un point tournant dans cette évolution du construit. Les vues novatrices de l'auteure ont suscitées la controverse et l'auront écartée des sociétés psychanalytiques de l'époque. Qu'à cela ne tienne, l'auteure aura tenu bon, soutenant que « la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient à l'intérieur de la situation analytique constituait son outil de travail le plus important » (Heimann, 1950, p. 82, traduction libre).

On pourra dire du contre-transfert qu'il se sera plus qu'imprimé à l'histoire de la psychanalyse ; il y sera greffé, et il aura fortement marqué la psychothérapie d'orientation analytique telle qu'on la connaît et la pratique aujourd'hui. Une suite de revues exhaustives a permis d'en documenter l'évolution (voir à ce sujet, Bouchard, Normandin et Frôté, 1994; Epstein et Feiner, 1988; Frôté et Bouchard, 1993; Normandin, 1991; Tansey et Burke, 1989) qu'on interroge ici à l'aide des conceptions saillantes du construit.

2.1. Les différentes conceptions du contre-transfert

2.1.1. *La conception classique*

Le contre-transfert a été introduit par Freud (1910/1958) dans son ouvrage intitulé *The future prospects of psychoanalytic therapy*. Il le destinait à l'appréhension des manifestations inconscientes de l'analyste qui entravent la conduite de la cure, et il soutiendra cette conception dans la poursuite de ses travaux. Freud a proposé que l'expérience de ces réactions était l'indice d'un conflit résiduel non encore résolu chez l'analyste. Cette manière de voir le contre-transfert sera reprise, de pair avec celle du « point aveugle de l'analyste » servant surtout à signifier un conflit résiduel qui fait obstacle à la bonne compréhension du

patient (Stern, 1924). Ce caractère nocif et négateur que Freud attribuera au contre-transfert reviendra sous sa plume dans *Recommendations to physicians practicing psychoanalysis*, ouvrage dans lequel Freud transmet des conseils aux analystes pour les aider à se défaire du contre-transfert. À ce propos, songeons à sa recommandation, faite à l'intention de ses pairs, d'amorcer un retour vers ce qu'il convoite sous le nom de « purification psychanalytique » (Freud, 1912/1958, p.116, traduction libre). Freud tient alors le contre-transfert pour menace essentielle lâchée contre la technique psychanalytique, du fait qu'elle pouvait mettre en cause tant l'attention flottante que la neutralité bienveillante de l'analyste. Sa position concluante à propos du contre-transfert sera adoptée par bon nombre d'auteurs, dont W. Fliess et des contemporains tels que Stern (1924) et Reich (1951). Ces traits perturbants qui noircissent l'expérience interne du thérapeute seront identifiés sous le nom de « point de vue classique » sur le contre-transfert et pour lequel il subsiste toujours le risque de sombrer (Kernberg, 1965).

2.1.2. La conception modérée

La « conception modérée » ou « conception complémentaire » du contre-transfert a vu le jour avec les travaux menés par l'équipe de Hayes et Gelso (1991). S'il est question de conception modérée du contre-transfert, c'est pour baliser une aire qu'il reste à repérer à mi-point entre la perspective classique de tout à l'heure et la perspective totalitaire du contre-transfert qui sera abordée sous peu. La conception modérée met en scène les traits pathologiques résiduels du thérapeute déjà évoquées ici, tout en reconnaissant la possibilité d'une action positive exercée sur le conflit résiduel, comme en témoigne le « signifiant » de la « double hélice » mise en valeur par Epstein et Feiner (1988). Les auteurs tiennent à ce que le contre-transfert puisse transcender son rôle d'agent perturbateur pour devenir l'allié du thérapeute, ce qui serait possible dans la mesure où celui-ci prendrait conscience de ses réactions internes négatives. Il sied de rappeler que Hayes et Gelso demeurent vagues quant au rôle qu'exercera cette prise de conscience clé dans le processus thérapeutique. Pour l'ensemble, leur conception propose le contre-transfert comme une aide à la compréhension du patient, mais sans pour autant s'attarder à l'activité mentale ou à la production des réactions survenues en conséquence de la prise de conscience des réactions internes négatives.

La conception modérée trouve un appui dans les recherches portant sur les variables cognitives et affectives qui participent à la gestion et au contrôle du contre-transfert négatif (voir à ce sujet, Gelso, Fassinger, Gomez et Latts, 1995; Hayes et Gelso, 1993 ; Hayes, Gelso, VanWagoner et Diemer, 1991; Hayes, Riker et Ingram, 1997; Latts et Gelso, 1995; Peabody et Gelso, 1982; Robbins et Jolkovski, 1987). Cette conception est alimentée par un instrument le Countertransference Factors Inventory (CFI : VanWagoner, Gelso, Hayes et Diemer, 1991), qui est validé auprès d'une population d'experts en la matière. Le CFI propose un questionnaire fondé sur 50 énoncés et vise à mesurer cinq facteurs chez le thérapeute : la gestion de l'anxiété, les habiletés conceptuelles, l'empathie, l'intégration de soi et la connaissance de soi. Le rationnel de cet instrument veut qu'une prépondérance de ces facteurs soit l'indice d'une saine gestion des réactions du contre-transfert négatif. On observe justement dans la plus grande partie des recherches menées avec le CFI l'existence d'une corrélation négative entre le score à l'instrument et la fréquence de comportements associés au contre-transfert négatif. Ainsi est-il que le thérapeute qui atteint un score élevé à ces échelles est celui qui présentera une faible proportion de comportements liés au contre-transfert négatif (VanWagoner et al., 1991). Dans ces études, le contre-transfert négatif est mesuré par des échelles de type Likert ; le faisant voir sous le jour des niveaux d'engagements/retraits de l'interaction thérapeutique (Peabody et Gelso, 1982; Robbins et Jolkovski, 1987; Hayes et Gelso, 1991); par le biais des réactions d'anxiété, la mémoire de rappel et par les réponses d'évitement du thérapeute (Hayes et Gelso, 1993; Gelso, Fassinger, Gomez et Latts, 1995). L'instrument de VanWagoner, Gelso, Hayes et Diemer est doté d'une forme abrégée (CFI-R : Latts, 1996, cité dans Gelso et Hayes, 2002).

2.1.3. La conception totalitaire

La conception totalitaire ou dite « totalistique » du contre-transfert peut être envisagée comme l'approche qui unit les deux précédentes. Enrichie par la foison d'idées et de débats qui avaient cours de la fin de la décennie 1940 et pendant la décennie 1950, cette conception sera renflouée par une abondance de travaux menés notamment par Winnicott (1949, 1960), Heimann (1950), Little (1951), Tower (1956), Racker (1953, 1957) et Kernberg (1965). Ces auteurs soutiennent que les réactions internes qui ponctuent la relation thérapeute-patient auraient leur valeur, seraient même essentielles à la conduite du traitement. En dépit des

réserves que les sociétés psychanalytiques ont opposées à leur nouvelle perspective sur la fonction de l'analyste, ces auteurs se distancent de la position prise par les adeptes théoriciens de la conception classique qu'ils jugent pour trop exiguë sinon limitative, et font reconnaître l'importance qu'il y a à ce que le thérapeute prenne en charge et se sert de ses réactions internes.

La conception totalitaire nous amène à considérer le thérapeute dans un rôle de « contenant » de la dynamique projetée du patient (Bion, 1970). Le contre-transfert devient une activité qui nécessite de prendre en soi l'affect projeté du patient, à l'expérimenter, en vue de l'élaborer et de le comprendre. Dans cette optique, le contre-transfert se laisse apprêhender comme outil pour sonder « l'inconscient du patient » (Heimann, 1950, p. 82, traduction libre). Cette disponibilité à la relation et au transfert prédispose le thérapeute à s'ouvrir à une compréhension plus riche et complète des enjeux du patient. Le thérapeute qui réussit à apprivoiser le contre-transfert sous ce jour, interagit avec lui, reconnaît en lui son allié. Le contre-transfert regroupe sous cette conception l'ensemble des réactions cognitives et affectives évoquées dans la relation auprès du patient. C'est à Normandin (1991) que reviendra l'honneur de reprendre et de formuler en la complétant la définition que voici:

...le contre-transfert recouvre tout ce que le thérapeute dit, fait, pense, imagine ou ressent par rapport au patient ou au processus thérapeutique, que ces réponses soient sensitives, cognitives ou affectives, conscientes, pré conscientes ou inconscientes, normales ou pathologiques, qu'elles conduisent ou non à des jugements cliniques (inférences) exacts ou faux, qu'elles soient le fruit de l'influence directe de patient ou non (p.126).

La conception totalitaire invite à voir le contre-transfert comme une activité centrale qui campe l'exercice de la thérapie d'orientation analytique. Kernberg (1965) a le mérite de faire ressortir l'importance qu'il y a à considérer les points de vue classique et totalitaire du contre-transfert comme étant des manifestations distinctes d'un seul et même phénomène. C'est dire que le contre-transfert peut se réclamer des conflits non-résolus du thérapeute et, par là entraver la compréhension du patient comme il peut tout autant livrer au grand jour une source d'informations sur la dynamique du patient ; cette deuxième option, le thérapeute peut

en disposer dans la mesure où ses réactions internes lui sont tolérables, susceptibles d'examen et utilisables. Le rôle élargi du contre-transfert peut s'entendre de la reconnaissance du caractère inévitable des réactions verbales et non verbales qui jalonnent tout traitement, quel qu'il soit (Balint et Balint, 1939; Ferenczi, 1926/1953). Enfin parce que les réactions qui surviennent pendant le traitement de patients aux prises avec un trouble de la personnalité limite sont reconnues pour être intenses et qu'elles peuvent être employées pour le bénéfice du traitement (Blum et Goodman, 1995).

2.2. Les expressions faciales

Dans son article intitulé *Le début du traitement* (1913/1953), Freud nous présente les avantages que le patient retire d'être allongée sur le divan, entre autres parce cette position favorise l'association libre. Il nous dévoile également ses réticences par rapport au dialogue tenu en face-à-face. L'auteur estimait peu souhaitable d'être vu pendant une journée normale de travail, surtout au moment d'écouter les pensées inconscientes du patient car l'expression de son visage pouvait fournir des indications au patient, être interprétée ou encore influencer ses dires. Or le cadre de la psychothérapie d'orientation analytique fait volte-face et place le thérapeute dans un rapport qui l'amène à s'exposer et à se mettre au service de «l'actualité» de la relation avec son patient. En fait, comme nous le verrons, les expressions faciales véhiculent des informations qui peuvent moduler l'échange au sein de la dyade et participer activement à l'expérience de contre-transfert. Ce champ d'intérêt nous introduit à un flux de réactions du thérapeute, normalement diffuses, et à l'importance qu'il y a de s'y intéresser.

Les expressions faciales rassemblent une série de comportements essentiellement rapides et furtifs. Les expressions faciales sont encore à peine explorées dans le cadre des études sur le contre-transfert. Pourtant l'observation de ces signes peut aider à approfondir cette expérience car ces comportements ouvrent une fenêtre sur l'intériorité du thérapeute. C'est du moins la perspective que soutiendront Ekman, Friesen, Izard qui joindront leurs voix à celles d'autres collaborateurs pour reconnaître que certains patterns faciaux véhiculent les émotions foncières (joie, tristesse, peur, colère, surprise, dégoût) de même que les

paroxysmes de la honte et du mépris (Ekman, 1992; Ekman et Friesen, 1975; Ekman, Huang, Sejnowski et Hager, 1992; Ekman et Sejnowski, 1992; Izard, 1991, Rosenberg, 1997). Pouvoir enfiler ses émotions comme on enfilerait le voile mouvant de ses expressions faciales trouve un appui du côté des études transculturelles réalisées par cette équipe et subsistant jusqu'à ce jour comme les références de préférence dans ce domaine. À titre d'exemple, certaines études auront démontré que des cultures très éloignées l'une de l'autre pouvaient reconnaître, à partir d'expressions faciales représentées sur photo, les mêmes émotions fondamentales (Ekman, 1972; Ekman, 1989; Friesen, 1972). D'autres études ont révélé comment certaines configurations d'expression du visage permettaient une reconnaissance systématique des émotions fondamentales exposant par-là que des patterns observés dans l'expression du visage pouvaient véhiculer ce qui serait la transmission universelle des émotions (Ekman, 1982a, 1982b; Ekman et Friesen, 1986; Izard, 1971).

2.2.1. Conceptions dominantes dans le domaine des expressions faciales

Les expressions faciales représentent un objet d'étude qui n'a cessé de susciter les débats théoriques. Ce domaine nous mène à une question qui appartient à la psychologie fondamentale et qui relève de la théorie des émotions (voir à ce sujet, Russel et Fernandez-Dols, 1997).

Les travaux d'Ekman s'appuient sur la théorie évolutive des émotions qui soutient un principe de cohérence entre systèmes comportemental, physiologique et subjectif (Darwin 1872/1998; Tomkins, 1962; Ekman, 1977). L'équipe d'Ekman parviendra à démontrer ce principe dans le cadre de deux études fréquemment citées dans la recherche; l'une d'elles relate la présentation à des sujets de films évocateurs, et permet d'obtenir un bon rapport entre le pattern des expressions faciales et le rappel de l'expérience subjective de l'émotion, indépendamment du laps de temps écoulé entre ces deux événements (Ekman, Friesen et Ancoli, 1980). Une étude similaire présente des résultats qui tendent à valider ce principe de cohérence, tout en proposant que ce rapport pourrait se renforcer dans la mesure où le rappel de l'expérience subjective survient très tôt après l'expression des comportements faciaux et que l'émotion ressentie par le sujet ait une intensité suffisante à cette fin (Rosenberg et Ekman, 1997).

Bien que les travaux de pionniers réalisés par Ekman et ses collaborateurs continuent d'exercer une influence significative dans le domaine, d'autres auteurs se sont ajoutés à la liste des pionniers, qui proposent d'autres façons d'interpréter les rapports entre un état émotionnel et les expressions faciales. Ces positions ont aussi leur place en psychothérapie et ils alimentent le débat théorique sur le rôle et les fonctions exercées par les expressions faciales. À ce sujet, la théorie dite évaluative (« appraisal theory ») propose l'état émotionnel comme étant la conséquence de processus évaluatifs et de leurs résultats. À l'encontre de la position défendue par Ekman, cette théorie ne voit à peu près pas l'intérêt qu'il y aurait à étudier les comportements faciaux et leur appartenance à un pattern ou à un groupe particulier de signaux. Au contraire, cette théorie s'intéresse plutôt à étayer les idiosyncrasies du visage pouvant se manifester en association avec ce qu'on nomme les processus évaluatifs (voir à ce sujet, Scherer, 1984; Frijda, 1986; Ellsworth et Smith, 1988). Le corpus d'études contemporaines nous propose également une théorie dite dimensionnelle des émotions. Cette position reconnaît aux états émotionnels des dimensions telles que la valence et l'activation et elle considère les expressions faciales capables de servir d'indicateurs et de refléter les dimensions en question (voir à ce sujet, Russell, 1997).

Pour notre propos, la conception qui fonde les travaux réalisés par Ekman et ses collaborateurs serait la mieux placée pour éclairer le phénomène de contre-transfert tel qu'il se manifeste dans le cadre de la conception totalitaire. Recourir à une telle conception permet de considérer les expressions du visage du thérapeute comme un véhicule communiquant des émotions, pouvant nous renseigner sur l'expérience d'un affect. Un avantage qui découle de cette conception se retrouve du côté des moyens mis à la disposition du chercheur pour étudier ces comportements. En effet, cette conception fondée sur les travaux d'Ekman permet le recours à des méthodes de codification des expressions faciales telles le « Facial Action Coding System » (FACS : Ekman, Friesen et Hager, 2002) et « l'Emotional Facial Action Coding System » (EMFACS : Ekman, Irwin et Rosenberg, 1994). Ces méthodes encouragent l'adoption d'un code et d'un langage communs et s'affirment dans plusieurs domaines, tant le domaine médical (Ekman et Rosenberg, 1997; Morse, Beres, Spiers, Mayan

et Olson, 2003; Frank, 2003), le domaine de la sécurité (Ekman, 1985; Ekman et O'Sullivan, 1992) ou celui du processus thérapeutique (Krause et Lütolf, 1988; Merten et Krause, 2003).

2.2.2. Les études de Rainer Krause

Rainer Krause et son équipe ont mené en Allemagne un vaste programme de recherche dans lequel l'étude des expressions faciales de la dyade thérapeute/patient a été approfondie au cours du traitement de psychothérapie en face-à-face. C'est un programme qui a eu recours à l'interaction de 11 thérapeutes d'expérience et leurs patients filmés au cours d'une psychothérapie à court terme qui s'est étendue sur 15 rencontres. Dans ce programme, les expressions faciales exprimées en cours de séance ont été captées au moyen du « split-screen recording technique » (Friesen et Ekman, 1984), une procédure permettant de reproduire les comportements faciaux de chacun des partenaires en simultané sur un écran qu'ils se partagent. Après observation, les comportements de la dyade ont été codifiés à l'aide du « Emotional Facial Action Coding System » (EMFACS: Ekman, Irwin et Rosenberg, 1994) et comparés à une mesure, soit la « Differential Emotion Scale » (DES : Merten et Krause, 1993) administrée à la fin de chaque séance pour saisir dans le vif l'expérience affective vécue par les partenaires, chacun dans son rôle. Ce programme de recherche a donné lieu à la publication de plusieurs articles scientifiques de 1996 à 2003. Un résultat que nous retenons tout particulièrement en regard du contre-transfert est celui qui démontre que les expressions faciales des partenaires de la dyade thérapeute/patient peuvent véhiculer des signaux affectifs inconscients (Merten, Ullrich, Anstadt, Krause et Buchheim, 1996; Anstadt, Merten, Ullrich et Krause, 1997; Dreher, Mengele, Krause et Kämmerer, 2001; Merten et Krause, 2003).

Ces observations se rattachent à un volet du programme portant sur la relation prédictive entre certains patterns d'expressions faciales du thérapeute observés à la première séance et le succès du traitement tel que le détermine l'évaluation qui suit la dernière rencontre (Merten et Krause, 2003). Les résultats ainsi obtenus ont permis de suggérer que certains patterns de comportements affectifs faciaux du thérapeute auraient participé au traitement de l'affect projeté du patient. Un premier résultat indiquerait que les thérapeutes ayant le mieux réussi seraient ceux et celles qui ont démontré une variabilité de l'expression faciale de leurs affects

en cours de première séance ($r=.81$, $p<.05$, $N=11$). Ce premier résultat laisse déjà entendre qu'une variation dans l'expression faciale des affects témoignerait d'un thérapeute qui expérimente une gamme d'émotions fondamentales, positives ou négatives face à ce que le patient projette ou tente d'induire en lui durant la première séance de traitement. À ce propos, Anstadt et al. (1997) ont rapporté un épisode dans lequel l'émotion de dégoût exprimée par le thérapeute était survenue pour refléter un épisode relationnel pénible rapporté par son patient. Relativement à ce genre de manifestation, Anstadt et al. se sont rendus à l'évidence qu'aux yeux du patient, les expressions faciales du thérapeute, si négatives soient-elles, pouvaient assumer la vocation d'actions « contenantes » (Bion, 1970) parce qu'elles se produisaient pour refléter son vécu ne pouvant être ni exprimé ni relaté. Cette constatation permet de saisir la dynamique sous-jacente à la communication au gré de laquelle des patterns d'expressions faciales du thérapeute peuvent dessiner une réponse que le patient éprouve comme réplique dotée d'une charge émotive appropriée à ses besoins. Dans l'échange que nous évoquons, les expressions faciales du thérapeute se sont configurées en guise d'acquiescement d'un vécu relaté par le patient, et elles ne laissaient aucun doute quant à leur visée réparatrice ou corrective (Anstadt et al. 1997, p. 412).

L'observation voulant qu'une variation dans les expressions faciales porteuses des affects du thérapeute puisse être une déterminante du succès du traitement trouve appui dans un autre résultat du programme. On a justement constaté qu'un affect ayant son emprise sur le champ expressif du thérapeute à la toute première séance de traitement serait un indice précurseur de l'insuccès ultérieur du traitement, du moins selon l'évaluation produite au terme de la dernière rencontre ($r= -.63$, $p<.05$, $N=11$). Cet affect connu aussi sous le nom de *Leitaffekt* (Merten et Krause 2003, p.116) serait le signe d'une émotion foncière capable à elle seule de mobiliser et d'accaparer la totalité du champ expressif du thérapeute au cours de la première séance. Ce comportement se prêtera à une interprétation qui l'assimilera à la réduction de la variance affective usuelle du thérapeute, ce qui laisse deviner un échec à résister ou à faire face aux signaux affectifs induits du patient. En revanche, les auteurs laissent entendre que le *Leitaffekt* du thérapeute est tout aussi susceptible de témoigner de la capacité du patient à induire et à installer un système transférentiel déficient au cœur de la relation thérapeutique.

Le volet du programme de Krause mènera à d'autres résultats, cette fois, à partir de l'analyse séquentielle des expressions faciales conduites moment par moment. Les auteurs ont constaté que le thérapeute qui se livre avec son patient à des échanges faciaux affectifs réciproques, et chez qui on dénote une fréquence élevée du sourire social, est justement celui qui sera enclin à évaluer le traitement comme ayant échoué. Les auteurs s'en tiennent à leur interprétation des résultats formulés précédemment : bref, les comportements expressifs observés chez le thérapeute pourraient bien signaler la réussite du patient à induire par le biais de l'identification projective des signaux affectifs inadaptés. Les auteurs avancent même l'hypothèse que le patient serait parvenu à amener son thérapeute à se comporter comme s'il participait à une dyade normale. Les auteurs observent néanmoins que les échanges affectifs faciaux complémentaires entre thérapeute et patient constituaient une variable explicative préfigurant la réussite du traitement selon l'évaluation produite au terme de la dernière séance. À ce propos, les auteurs estiment qu'un thérapeute qui sait manifester des comportements affectifs faciaux complémentaires à ceux de son patient pouvait jouir d'une certaine *maestria* sur les réciprocités que le patient s'exerçait sciemment ou à son insu à induire en lui.

2.2.3. *Apport des recherches de Rainer Krause*

Bien que le fruit de ces recherches tire ses origines d'un petit échantillon de thérapeutes, et que la plupart des résultats proviennent d'analyses corrélationnelles; l'étude des expressions faciales en situation thérapeutique présente une démarche qui est novatrice, et ne serait-ce que pour ce seul motif, les résultats obtenus par le biais du programme de recherche ont une portée notable, ce pour quoi il nous incombe de nous y attarder.

Le programme de recherche mené par l'équipe de Rainer Krause met à contribution l'apport des expressions faciales à l'activité de contre-transfert. Observer sur bande vidéo le comportement non verbal du thérapeute peut exposer à plus de choses et mettre à jour des réactions moins contrôlées et plus réactives du contre-transfert. Le programme de Krause montre en effet que les expressions faciales du thérapeute peuvent présenter des indices et informer sur le traitement qui est accordé à l'affect projeté du patient. Par exemple, un thérapeute qui vit un conflit résiduel avec son père peut montrer des signes de malaise et

d'inconfort, se mordiller le coin des lèvres, communiquer des affects plus crus au moment où son patient relate la violence physique et verbale qu'il a subie de son père. Nous verrons à la section suivante intitulée « Une activité sous-symbolique du contre-transfert » comment un affect exprimé sur le plan non verbal peut être métabolisé et servir l'activité mentale réflexive du thérapeute.

Un autre constat du programme de Krause veut qu'un thérapeute qui sait mettre en jeu le registre d'affects tant négatifs que positifs à la première séance, soit celui qui s'avérera apte à produire une évaluation ultérieure positive du traitement qu'il a dispensé. À l'inverse, un second constat de ce programme veut qu'un thérapeute qui communique un affect de manière à accaparer son champ d'expressivité à la première séance ait tendance à évaluer sa dispense particulière de traitement comme ayant échoué.

Le travail de Rainer Krause cautionne en quelque sorte la théorie selon laquelle les expressions faciales font partie prenante de la réponse émotive du thérapeute en situation thérapeutique. Ces variations dans l'expression faciale d'affect recensées dans ce programme corroborent les découvertes mises à jour sur ce qui devrait constituer une réponse émotive capable de soutenir les sentiments évoqués et de les subordonner au travail thérapeutique. Les auteurs qui ont fait avancer la connaissance thérapeutique proposent que la réponse émotive «idéale » devrait être extensive plutôt qu'intensive, donc une qui met en scène des participations différenciatives et mobiles (voir à ce sujet, Heimann, 1950, p. 82).

Ce programme de recherche apporte par ailleurs des observations jusque-là inédites qui alimentent le discours entourant le rapport qu'entretiennent les expressions faciales et l'émotion. Sur ce point, les constatations de l'équipe de Krause et les résultats qui y ont soigneusement abouti se distancient du principe de cohérence qui lierait l'expression faciale et l'expérience émotive, tel que l'avait mis de l'avant Ekman et ses collaborateurs. On recense effectivement des situations au cours desquelles le thérapeute donne libre cours à l'expression d'affects faciaux négatifs pour souligner un objet de la discussion en dyade, par exemple un épisode particulièrement pénible par lequel est passé le patient. Force est de conclure que certains comportements affectifs faciaux exprimés en dyade peuvent tout aussi

bien servir d'autres contingences de la relation thérapeute-patient, sans pour autant s'afficher comme indice de la régulation émotive du soi. Des résultats de cet ordre émaillent des études menées auprès de sujets « normaux » à qui il était demandé de s'engager dans une discussion d'actualité. C'est là qu'on a pu remarquer comment certaines expressions faciales d'affects, notamment la colère ou le mépris, exprimés à l'endroit d'un parti politique par exemple, pouvaient correspondre à une émotion rapportée après coup qui était différente, comme par exemple la joie authentique (voir à ce sujet, Hufnagel, Steimer-Krause, Wagner et Krause, 1993; Krause, Steimer-Krause et Hufnagel, 1992; Merten, 1997).

Ces cheminements conceptuels font saisir que les expressions faciales du thérapeute se prêtent à exprimer d'autres motifs; comme se produire en rapport à un objet relâché au sein de la dyade; et dans un ordre plus phénoménal, survenir en raison d'un affect induit par identification projective. Ces possibilités continuent d'alimenter le débat théorique actuel consacré aux expressions faciales en cours de thérapie. Comme ces possibilités existent, certains auteurs estiment qu'il leur faut aborder avec prudence la position d'Ekman qui soutient le principe de cohérence entre le pattern d'expression faciales et l'émotion, une position qu'ils tiennent pour limitative, et ce, au point d'encourager l'inférence causale (voir à ce sujet, Kappas, 2003; Kappas et Descoteaux, 2003).

Ces échanges d'idées sur fond de remous conceptuels ont amené le groupe de Krause à se pencher sur la capacité du thérapeute à établir ce qu'on nomme des connexions non-congruentes de l'expression faciale et qui peuvent lui servir à moduler des affects faciaux sans pour autant que ceux-ci puisse exercer une incidence directe en matière de régulation du soi (Merten, 2003). Or les premiers indices de cette capacité laissent entrevoir qu'un exercice de cet ordre aurait quelque chose à voir avec le fonctionnement réflexif du thérapeute, à savoir, sa tendance à incorporer et comprendre les états mentaux d'autrui (« read people's minds ») pour se les représenter et les assimiler à son gré (voir à ce sujet, Fonagy et Target, 1997). On estime en outre que cette capacité de se tracer un tel réseau de connexions aurait un rôle à jouer au niveau de la fonction de mentalisation du thérapeute (Merten et Krause, 2003).

Cette thèse se propose d'étudier les expressions faciales de manière différente que celle préconisée par l'équipe de Rainer Krause. Les expressions faciales du thérapeute ne seront pas étudiées conjointement à celles du patient, et nous ne réaliserons pas de cotation à l'aide de l'EMFACS (Ekman et al., 1994). Nous chercherons plutôt à savoir si l'accès qui est donné au comportement non verbal du thérapeute, en particulier ses expressions faciales, pourra influencer les scores qui seront attribués par le juge-coteur à la Grille d'Activités Mentales du Thérapeute (GAM-T : Normandin et al., 2013). Au prochain chapitre, nous verrons que la GAM-T est un instrument de premier plan pour mesurer l'activité mentale du thérapeute pendant sa relation avec le patient.

2.3. Une activité sous-symbolique du contre-transfert

Le programme de recherche de Rainer Krause nous indique que les expressions faciales peuvent participer à la prise de conscience de l'affect. Ce constat rejoint une formule récurrente à propos de l'activation de la sphère non verbale du thérapeute en psychothérapie d'orientation analytique, mettant en scène un affect perçu par la voie sensorielle qui parvient à être élaboré mentalement. Nous avons fait cette observation en introduction et celle-ci est validé par des témoignages de thérapeutes experts (voir à ce sujet, Arlow, 1979; Ogden, 1994; Jacobs, 1986, 2001; Pally, 2001).

La transformation d'un affect en représentation mentale fait appel à un processus appelé la «métabolisation». Ce processus implique la participation de deux systèmes distincts qui sont l'inconscient et le conscient. Ces concepts sont introduits pour la première fois dans la première topique freudienne présentée dans l'ouvrage intitulé *l'Interprétation des rêves* (1900/1950). Freud décrit les plages du conscient et de l'inconscient comme étant des espaces du psychisme dotés d'une nature et d'un fonctionnement distincts. L'inconscient nous est proposé comme une vastitude obscure du psychisme, animé par des processus primaires et soumis au principe plaisir-déplaisir. L'auteur présente le conscient comme un espace plus réduit et délimité du psychisme que régissent des processus secondaires. Le conscient servirait de récepteur des informations issues tant du monde externe que du monde interne. Freud reconnaîtra dans sa première topique une parenté du conscient et du préconscient, et

attribuera à ce dernier une nature latente, et de là, capable de devenir conscient par un effort de l'attention.

Le passage d'un contenu psychique de l'inconscient au plan du conscient ferait intervenir pour Freud un processus de connexion entre ce qu'il nomme la représentation inconsciente de chose et la représentation consciente de mot. Cette perspective présente la pensée verbale ou idée comme étant un produit de la conscience, grâce à une démarche mariant « la verbalisation et la prise de conscience » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 418). Dans son ouvrage intitulé le *Moi et le ça* (1923/1960), Freud en vient à proposer que la pensée par l'image fait elle aussi partie du contenu modulant le passage entre systèmes :

Thinking in pictures is therefore only a very incomplete form of becoming conscious. In some way, too, it stands nearer to unconscious processes than does thinking in words, and it is unquestionably older than the latter both ontogenetically and phylogenetically (p.14).

La docteure Wilma Bucci reprendra, en 2001, les concepts d'inconscient et conscient-préconscient élaborés par Freud et soutiendra l'existence d'un ordre hiérarchique impliqué dans le processus de métabolisation. À la lumière de son modèle intitulé le « Dual code model », inspiré de la théorie du traitement de l'information et des développements réalisés en psychanalyse, l'auteure ira plus loin en esquissant une structure de premier niveau qui précède l'image et la pensée verbale : il s'agit ici du comportement non verbal et des expressions faciales. Le fonctionnement mental tel qu'il se conçoit dans cette démarche serait constitué à la fois d'un système symbolique répondant aux particularités du langage et d'un système moins évolué sur le plan de son organisation, soit le système sous-symbolique qui comprend le comportement non-verbal et son point d'attache aux émotions, à l'affect. La notion de passage d'un contenu entre les systèmes inconscient et conscient-préconscient ne pourrait se produire sans l'apport de l'activité symbolique. L'auteure reconnaîtra en celle-ci l'activité référentielle, une activité médiatrice entre les expériences non-verbale et affective, et les symboles verbaux du thérapeute qu'elle avait exploré avec Norbert Freedman plus de vingt ans plus tôt (voir à ce sujet, Bucci et Freedman, 1978, 1981).

On suppose que les expressions faciales d'affect qui surviennent durant le contre-transfert sollicitent un travail semblable et font appel à la notion de passage entre les systèmes. Une appréciation de ce travail nous est donnée par l'entremise des expériences que ressentent les thérapeutes et qu'ils rapportent par les termes mouvants que sont « *untouched known* » et « *a-not-knowing-yet-experiencing-one* » (Bucci, 2001, p.57).

CHAPITRE 3. GRILLE D'ACTIVITÉS MENTALES DU THÉRAPEUTE (GAM-T : NORMANDIN ET AL., 2013)

La Grille d'Activités Mentales du Thérapeute (GAM-T : Normandin, Ensink, Maheux, Dubé et Parent, 2013) est l'instrument employé dans le cadre de la conception totalitaire et mesure l'activité mentale opérante chez le thérapeute pendant sa relation avec le patient. Cette grille est la version révisée de la Grille d'Analyse du Contre-Transfert (GAC : Normandin, 1991), un instrument revu depuis ses premières utilisations en recherche, d'abord en 1997 et 1999 (Normandin et Foelsch), en 2002 (Normandin, Dubé et Parent), puis en 2004 (Normandin, Parent et Dubé).

Les révisions apportées à la grille lui confère un caractère hautement dynamique, comme le témoigne le terme produit pour désigner le construit, qui a porté la désignation d'expérience contre-transférentielle (Normandin, 1991), ensuite celle d'état mental du thérapeute (Normandin et Bouchard, 1993), puis récemment celle d'Activité Mentale du Thérapeute (AM-T), définissant l'ensemble des processus mentaux du thérapeute qui entrent dans l'écoute du discours du patient, et la transformation de ce discours en représentations mentales affectives, cognitives et relationnelles du monde interne de ce dernier (Parent, 2005). La dernière révision de la grille tisse des liens importants entre l'AM-T et le concept de mentalisation (Fonagy, Target, Steele et Steele, 1998; Fonagy, Steele, Steele, Moran et Higgitt, 1991) et repose sur des avancées scientifiques qui proposaient la pertinence de tels liens (Ensink et al., 2013; Ensink, Normandin et Maheux, 2007). Un article en préparation dresse le portrait de cette révision sur le plan conceptuel et sur la question des nouvelles qualités métrologiques de l'instrument (Maheux, Normandin, Sabourin et Ensink, en préparation).

La GAM-T codifie l'apport simple ou combinée des trois modes d'activité suivants : celui du rationnel-objectif (RAT), celui du réactif (REAC), et celui du réflexif (REF). Une révision importante apporte à la grille la possibilité de concevoir ses modes d'activité sur un plan interrelationnel c'est-à-dire pouvant être sollicités à divers degrés au cours d'une séquence d'exposition donnée. La figure 1 présente les trois modes d'activité de la GAM-T en fonction de la place qu'ils occupent sur le continuum inconscient et conscient-préconscient. On peut

voir que le mode rationnel-objectif (RAT) renvoie à une prise de position à l'écart du champ affectif du thérapeute, du moins, non accessible à partir de ce champ. Les réactions produites sous l'orientation de ce mode renvoient à des réactions objectives qui relèvent des processus secondaires du Moi. Le mode réactif (REAC), quant à lui, préside d'un affect qui demeure régi par le système inconscient, donc sans possibilité d'une prise de conscience par le thérapeute, et encore moins, d'une métabolisation. Le mode réactif peut susciter des réactions que le thérapeute ne sait appréhender, qui lui sont étrangères et apparaissent à titre de formation de compromis. Il faut toutefois noter que la grille établit qu'une prise de conscience de ces réactions affectives est capable de mener à une expérience au niveau du mode réflexif. Quant au mode réflexif (REF), il instaure une prise de conscience de l'affect et engage la notion de passage d'un contenu entre systèmes inconscient et conscient-préconscient. Ce mode fait appel à un effort d'auto-analyse du thérapeute dans le but de reconnaître ce qui se passe chez lui à un niveau intrapsychique et interpersonnel. Il fait intervenir un espace de liberté intérieure dans lequel le thérapeute entreprend l'analyse de sa propre subjectivité.

Nous présentons à la prochaine section une description complète de chaque mode d'activité de la grille. Des extraits de verbatim tirés de Parent (2005) permettront de saisir davantage leurs caractéristiques principales. Cette description sera suivie par une revue des études qui ont contribuées à faire de la GAM-T une mesure de premier plan dans la recherche menée sur le contre-transfert.

3.1. Les modes d'activités de la grille

3.1.1. Le mode d'activité rationnel-objectif (RAT)

Le mode d'activité rationnel-objectif (RAT) est tributaire du système conscient et des processus secondaires du thérapeute. Comme on l'a vu, ce mode reflète une mise à distance affective qui ne surgit pas d'un processus défensif mais de l'utilisation expresse d'un cadre objectif permettant au thérapeute d'enrichir sa compréhension du patient. Sur le plan qualitatif, cette expérience rejoue celle de la cognition pure et peut se traduire dans l'une des formes d'activité que sont l'observation, l'hypothèse et la théorie.

L'observation met en scène un thérapeute qui reprend ou reformule des propos que lui confie le patient (« *Il dit que sa mère est souvent en dépression, qu'il ne l'a pas beaucoup connue, qu'elle est partie quand il était pas mal jeune.* »), qui tente d'y repérer les irrégularités (« *Une chose qu'il ne fait pas, c'est qu'il ne parle pas de la... peu de... de la relation qu'il y a entre lui et sa mère.* ») ou qui revient au plus simple et se met à décrire le comportement de son patient (« *Il se tortille sur sa chaise, il se cache les yeux avec ses doigts.* »).

L'activité sous forme d'hypothèse traduit un discours visant à formuler des hypothèses plausibles à partir des propos que tient le patient (« *Il poursuit en disant que ce qu'il aime faire dans la vie c'est être concierge, mais qu'il ne tiendra pas trop longtemps. C'est comme s'il n'a pas grand confiance en lui – et quant à sa persévérance...* ») cette fois, à partir d'hypothèses pouvant être directes et catégoriques (« *Description très négative... description très négative. Il voit sa mère comme étant très immature. Il dit qu'elle parle souvent comme un enfant et qu'elle agit comme un bébé. Figure parentale et figure d'identification pas très positives.* »), ou survenir pour tenter de résoudre une dissonance cognitive (« *Je ne comprends pas trop pourquoi il ne veut pas la voir. Je ne sais pas ce que je pense de ça.* »).

Enfin l'activité qu'est la théorie s'observe lorsque le thérapeute élabore un rationnel théorique lui permettant d'attribuer un sens derrière la conduite ou les propos du patient (« *On dirait qu'il a de la difficulté à se voir comme un être différencié de sa mère et que ça l'amène... à essayer de s'en défaire, mais ils sont pris dans cette fusion-là... Comme toute relation fusionnelle, ça crée d'importants conflits entre ces deux personnes-là.* »).

3.1.2. *Le mode d'activité réactif (REAC)*

Le mode d'activité réactif procède du système inconscient du thérapeute et traduit l'expérience des réactions subjectives inconscientes. Ce mode propose donc l'expérience d'un affect qui ne peut être lié ni métabolisé. Il prédispose le thérapeute à faire l'expérience de réactions pouvant lui paraître étrangères ou encore, difficiles à maîtriser. Le mode d'activité réactif se dégage de deux sources. Il peut découler de la pathologie résiduelle du

thérapeute et faire tache grise sur l'expérience, ou si l'on veut, agir comme ce que les thérapeutes nomment le point aveugle (Stern, 1924; Guignard, 2002). Cette première source de réactivité rejoint la conception classique du contre-transfert (Freud, 1910/1958) et certaines des manifestations comportementales se trouvent explicitées dans le cadre de la conception classique et modérée.

Le mode d'activité réactif peut aussi provenir d'une deuxième source qui est l'expérience d'affects bruts projetés du patient, et pour lesquels le thérapeute s'attache ou s'identifie aux parties inconscientes projetées en lui. Toutefois la capacité du thérapeute à tolérer et à contenir cette expérience dans son intensité et son intégralité peut lui livrer accès aux représentations de soi et d'objet du monde interne du patient. Selon l'usage qui en est fait, le mode d'activité réactif risque d'être fort nuisible ou peut contribuer à dégager une compréhension accrue du patient (auquel cas on accède à une étape supérieure du cycle de réflexivité que nous verrons sous peu).

Un thérapeute qui ne parvient pas à métaboliser l'expérience affective naissant de ses propres conflits personnels ou encore, des enjeux projetés par le patient sera sujet à trahir des réactions où se devine quelque défaillance de sa démarche de compréhension du patient. Les réactions qui seront produites auront une visée résolument défensive; elles se distingueront, du moins dans leur évidence qualitative, comme autant de réactions primitives ou évoluées.

La réaction primitive est celle qui se fonde sur des moyens relevant d'un niveau d'organisation pré génital ou archaïque. Dans ce cas, un thérapeute peut montrer de la contre-identification projective au sens où l'entend Grinberg (1979) (*« Finalement ce patient me fait penser à mon père. Ambivalence dans ses sentiments. Il veut comprendre ce que son père a vécu, et finalement il le trouve pourri, puis il a bien raison, tu sais. »*), ou encore montrer un déni par rapport au problème du patient (*« Finalement, je trouve qu'il a réussi à s'affirmer lui-même et qu'il a l'air d'avoir une bonne maturité et un bon jugement. »*), un déni qui peut tout aussi bien se traduire par le rejet pur et simple d'une vignette (*« On dirait que je n'ai pas trop de réaction à cette vignette-là. Je-ne peux pas vraiment dire quoi que ce soit sur*

*cette vignette-là. »). La réaction subjective primitive peut encore se laisser voir dans les propos teintés d'une note de mépris (« *Il a l'air innocent, son père. Pour un intervenant social, ça ne me paraît pas très fort et je trouve que l'adolescent a raison, tu sais.* »), ou par un discours qui montre de la confusion et écarte toute possibilité de comprendre le patient (« *Et j'ai l'impression que là, il recrée...comme si là, ses actes qu'il fait ... ce n'est pas ça du tout! Non c'est-non ce n'est pas ça du tout que je-non, non. [Rire] Là je ne sais pas où est-ce que je m'en vais avec ça du tout. Il y a de l'inconscience là [rire] oui, oui. Je ne comprends pas. Je ne comprends pas ce qui se passe.* »).*

La réaction défensive évoluée traduit, sur le plan qualitatif, le recours à des moyens de niveau d'une organisation névrotique ou génitale. Dans ce cas, le thérapeute peut montrer de la rationalisation (« *Ce qui me vient à l'idée c'est de voir les...les vignettes comme ça, les vidéos et tout ça ... c'est plus difficile d'être en relation là ... ça se rapporte à des commentaires plus intellectuels ou plus cérébraux et ... c'est plus difficile de se frayer un passage dans le vécu affectif, quoi!* »). Le thérapeute peut encore faire preuve de négation (« *Il le dit clairement que son père ne lui donne pas de ... d'attention. Je ne vois pas pourquoi, ça ne me dérangerait pas que ce soit mon fils, je le trouverais drôle, de la manière qu'il est, il est original et sa crise d'ado a l'air passagère.* »), ou donner des indices de l'occurrence d'actes manqués, comme le lapsus (« *Moi, je trouve ça vrai que le père [sic] – le père puisse être un homme violent ou qu'il l'ait déjà été, il faudrait voir.* ») ou comme dans des erreurs d'écoute (« *Il la décrit quand même comme quelqu'une d'immature. Il la compare à son père, mais je n'ai pas trop bien compris, mais-bien, ce que j'ai entendu, c'est qu'il a dit que même son père serait plus mature, ou quelque chose comme ça.* »).

3.1.3. *Le mode d'activité réflexif (REF)*

Le mode d'activité réflexif livre une expérience subjective consciente à laquelle participe activement les systèmes inconscient et conscient-préconscient et du thérapeute. Tel qu'il a été ici mentionné, le mode REF rend compte d'une activité centrée sur « l'auto-analyse du thérapeute par rapport à ce qui se passe chez lui au niveau intra-psychique ou interpersonnel (Normandin, 1991, p. 72) ». Il prédispose un travail dans un espace intérieur libre où figure une analyse de sa propre subjectivité (Racker, 1968).

Le mode d'activité réflexif s'exprime sur le plan qualitatif comme un cycle de la réflexivité constitué de trois étapes : (a) l'émergence, (b) l'immersion et (c) l'élaboration. Les étapes du cycle se suivent et se complètent, chacune d'elle donnant lieu à une prise de conscience supérieure à celle qui la précède. Ces étapes peuvent être sollicitées en toute autonomie pour en arriver à une compréhension personnalisée du patient. Le cycle de la réflexivité trace le parcours sur lequel pourra s'opérer une mentalisation complète de l'affect.

L'émergence est l'étape dans laquelle le thérapeute initie une prise de conscience de ses réactions internes. Ces réactions peuvent à prime abord lui sembler vagues et diffuses, et se manifester sous formes diverses, tant par le truchement des sensations physiques, des signaux affectifs d'inconfort ou de complaisance, ou encore par des figurations d'images, de souvenirs, enfin, comme pulsions et désirs envers le patient. L'émergence contenue traduit la capture ou la saisie de l'affect, perçue par le thérapeute comme étant une source potentielle d'informations pouvant être exploitée plus à fond à l'étape suivante (*« Le feeling foncier que j'éprouve quand je pense à ce jeune-là, c'est une espèce de ... malaise ... Je ne sais pas, c'est ... beaucoup de rejet, de dégoût ... je ne sais pas. Puis la vidéo, c'est sombre, ... en tout cas ça me laisse pas indifférent, comme on dit. »*).

Cette saisie initiale de l'affect peut toutefois receler une menace qui pèse sur le contre-transfert. Cette saisie pourrait se retrouver évincée de la conscience, auquel cas cette prise de conscience initiale se pare des réactions relevant du REAC et retourne sous l'emprise du système inconscient. Ici l'émergence agit comme la mise en acte de ces réactions initiales, qui trouvent leur voix par des interventions inadéquates qui peuvent s'apparenter à de l'interprétation sauvage (Freud, 1910/1953) (*« Qu'est-ce qui se passe en moi? Je ressens des tensions dans mon corps. Une tension. Encore beaucoup de questions sans réponses. Besoin de plus de temps, une entrevue avec Martin. »*). Par ailleurs, l'émergence bloquée offre une autre issue pour se soustraire à cette menace. Cette activité met en branle une suppression partielle des signaux ressentis, tant sur le plan physique (*« Contact...ah j'ai un peu mal à la tête. »*) que sur le plan affectif (*« Sss...je sens un vide ... en-dedans de moi, ... l'impression de ... un robot qui récite ... quelque chose ... »*).

L'immersion est une prise de conscience de l'affect de degré supérieur à celle de l'émergence. Le thérapeute opère une mise en scène de ses réactions initiales et les développe en représentations mentales. Une telle prise de conscience du thérapeute peut être consécutive à de l'émergence contenue; elle peut encore se produire isolément, c'est-à-dire comme représentation immédiate de l'expérience affective ressentie. L'immersion met à contribution le mécanisme d'identification à l'essai (Fliess, 1942). C'est en effet cette identification qui facilite l'instauration de l'un des projets intentionnels suivants: (a) l'immersion thérapeute-comme-participant, (b) l'immersion patient-comme-participant, (c) l'immersion thérapeute-comme-personne, (d) l'immersion patient-comme-personne. Cette gamme d'immersions possibles présente quatre des avenues qui permettent l'élaboration de l'expérience affective. Les contenus mentaux alors produits peuvent mener à une appréciation de la réalité objectale du patient et servir à discerner les enjeux engagés de la relation transférentielle. Dans l'exemple que voici illustrant l'immersion patient-comme-personne, le thérapeute se donne le rôle de narrateur de l'expérience affective du point de vue du patient comme personne à partir de son présent ou de son passé (*« Je pense que la tristesse, c'est surtout ça qui me marque dans cet extrait-là : comment est-ce que ... tu sens vraiment la tristesse ... face à l'absence de la mère. Puis aussi probablement ... j'imaginais, en tout cas, ce que je pensais, c'était qu'il y avait de l'impuissance : quand il était petit, qu'il voyait que son père embarrtrait sa mère, puis qu'il fessait dans les murs, et puis lui, il ne pouvait rien faire. Il vit le sentiment d'impuissance face à son père dans la première partie. Et puis ... la deuxième, il semble vraiment déçu de son père. Il semble très déçu de son père ... la confiance dans l'adulte ... semble très atteinte. Mais ... il semble se sentir mieux en pensant tout planifier, organiser sa vie seule sans les autres, se retirer dans le noir, tout ça. »*).

À l'étape de l'élaboration, le degré de prise de conscience du thérapeute atteint un niveau supérieur et les contenus mentaux produits mettent en jeu une comparaison de deux expériences affectives entre elles selon l'un ou l'autre de ces projets intentionnels suivants : (a) l'élaboration concordante, (b) l'élaboration complémentaire ou (c) l'élaboration rétrospective. L'élaboration donne lieu à la formulation d'une compréhension personnalisée du patient. Elle peut se produire après l'étape d'immersion ou survenir isolément à titre de production autonome. À partir de l'élaboration concordante, le thérapeute arrive à une

compréhension du patient par le biais d'une comparaison de deux expériences affectives qui se sont révélées similaires. Dans le cas de l'élaboration complémentaire, cette compréhension découle de l'expérience de réalités affectives qui apparaissent en tant que contreparties l'une de l'autre. Quant à l'élaboration rétrospective, celle-ci met à contribution l'expérience d'un contenu réactif inconscient, et qui jusqu'alors portait atteinte à la juste compréhension du patient. En ce sens, l'élaboration rétrospective anime la combinaison d'expériences liées aux modes réflexif et réactif. Aux yeux du thérapeute, elle peut se manifester comme une prise de conscience de son expérience affective après avoir vécu un moment d'impulsivité (« *Bon! Quand il était pas mal jeune, sa mère a 'crissé' son camp qu'il dit. Bon! ... Là, à ce moment-ci je me dis : ce jeune homme-là, s'il continue en psychothérapie ... on a beaucoup d'ouvrage ... on va aborder les choses les unes après les autres ... puis on va aller de crise en crise. Ça ne peut pas être autrement. Il risque de se décourager ... C'est sûr qu'en même temps je me demande : est-ce que c'est moi qui est découragé devant ça? Oui, probablement que j'ai un sentiment de ... profonde lourdeur quand je l'écoute, que c'est ... comme c'est lourd. Puis je me dis, et je sais ... que ça rejoint la lourdeur que je ressens par rapport à mes propres difficultés de petit garçon. Et je me questionne à savoir si je serais prêt à le prendre en psychothérapie. Est-ce que je vais être capable de différencier ... ma propre lourdeur, que je vis par rapport à ma famille, de la sienne - par rapport à la sienne...? »).*

L'utilisation optimale des modes rationnel-objectif (RAT), réactif (REAC) et réflexif (REF) permet d'aboutir à une compréhension accrue du patient. Ces modes peuvent servir de fondement à une proposition ou à une possible intervention à faire. On reconnaît aujourd'hui que l'utilisation optimale de ces modes mobilise les ressources cognitives et affectives du thérapeute, et que cette activité participe à l'efficacité du traitement de patient aux prises avec une organisation limite de la personnalité (Foelsch, Normandin, Clarkin et Parent, 2001).

Nous passons maintenant à l'état actuel des connaissances de la GAM-T et proposons une rétrospective des recherches qui ont contribuées aux propriétés psychométriques de la grille.

3.2. État des connaissances à la GAM-T

Les propriétés psychométriques de la grille se sont développées par des études menées au fil des ans. En raison de la vastitude de ces développements, la GAM-T s'affirme aujourd'hui comme une mesure de premier plan dans la recherche menée sur le contre-transfert.

Dans les recherches menées à la GAM-T, les résultats obtenus au niveau de la fidélité ont montré des indices d'entente interjuges satisfaisants (Parent, 2005; Dubé et Normandin, 1999; Lecours, Bouchard et Normandin, 1995; Normandin et Bouchard, 1993), l'existence d'une bonne stabilité temporelle de la codification (Normandin et Bouchard, 1993) et une bonne structure interne des trois modes d'activité de la grille et des étapes du cycle de réflexivité (Normandin et Bouchard, 1993).

Plusieurs études ont contribué au concept de la validité de l'instrument. On répertorie deux études qui sont intervenues au niveau de la validité de construit, et qui ont permis de raffiner et moduler le construit mesuré. Séguin et Bouchard (1996) se sont intéressés, par exemple, au rapport liant l'activité mentale et le concept de régression au service du moi (Kris, 1942), et ils ont sondé la question des défenses adaptées du système de Holt (1970). Les résultats ont démontré une relation positive entre l'activité mentale réflexive et une bonne qualité des défenses ($r=.43, p<.05$), une relation négative entre l'activité mentale réactive et la qualité des défenses ($r= -.42, p<.05$) et aucune relation entre l'activité rationnelle et la qualité des défenses.

De leur côté, Dubé et Normandin (2007) se sont intéressés à la question du rapport existant entre l'activité mentale et l'activité référentielle, une activité que nous avons introduite plus tôt et qui implique la notion de passage d'un contenu du système inconscient au système conscient-préconscient (Bucci et Freedman, 1978, 1981). Les résultats ont démontré une relation positive entre l'activité mentale réflexive et l'activité référentielle ($r=.50, p<.002$), une relation inverse non significative entre l'activité mentale réactive et l'activité référentielle ($r=-.28, ns$), et aucune relation entre l'activité mentale rationnelle et ce construit.

Des études subséquentes ont soutenu la question de la validité prédictive, en établissant un rapport entre la grille et un critère externe, de rendement, proche de ce qu'on identifie comme l'efficacité thérapeutique. Ce sont les études qui ont démontré que la grille a une capacité de saisir un changement structural auprès de patients qui sont aux prises avec une organisation limite de la personnalité (Normandin, Foelsch, et Clarkin, 1997; Normandin et Foelsch, 1999; Foelsch et al., 2001).

L'activité mentale du thérapeute a aussi fait l'objet d'études consacrées à mettre à découvert les foyers d'influence, tant du côté du thérapeute que de celui du patient. Dubé et Normandin (1999) ont testé l'effet de cinq formes de psychopathologie sur l'activité mentale du thérapeute et sont parvenus à démontrer que l'activité mentale du thérapeute était mieux adaptée aux enjeux conflictuels du patient et à leur résolution qu'à la détermination du diagnostic. Normandin et Bouchard (1993) se sont penchés sur la variable orientation théorique du thérapeute pour conclure à une utilisation plus grande d'activité mentale réflexive chez les thérapeutes des écoles humaniste-existentielle et psychodynamique que chez leurs homologues qui préconisent l'approche cognitive-comportementale. Il appert que ces derniers ont recours à une plus grande utilisation de l'activité mentale rationnelle-objective. L'étude de Normandin et Bouchard a mis en évidence l'existence de différences à même l'expérience professionnelle. Les thérapeutes débutants ont montré une utilisation accrue de l'activité mentale réflexive que ne l'ont fait leurs homologues experts, qui se sont caractérisés par une utilisation plus grande de l'activité mentale réactive et de l'élaboration, soit l'étape la plus avancée du cycle de réflexivité. Ces résultats à propos de l'activité mentale réactive se retrouvent chez Lecours et al. (1995) et ont été plus modestement observés et analysés dans l'étude de Séguin et Bouchard (1996).

Lecours et al. (1995) ont aussi montré l'existence de différences au niveau de l'activité mentale selon le sexe des intervenants. Les femmes thérapeutes recourent davantage à l'activité mentale réflexive que ne le font leurs homologues males, ces derniers se montrant enclins à une utilisation plus soutenue de l'activité rationnelle-objective. La variable psychothérapie personnelle en relation à l'activité mentale a également été étudiée par Dubé, Normandin et Parent. Deux études menées auprès de thérapeutes débutants (c'est-à-dire

ayant moins de cinq années d'expérience professionnelle) ont permis d'entrevoir que la thérapie personnelle favorisait la production d'émergences et d'élaborations, lesquelles sont parmi les étapes du cycle de l'activité mentale réflexive (Dubé et Normandin, 1999; Parent, Normandin et Dubé, 2004).

C'est à Parent que revient l'honneur, en 2005, d'avoir contribué aux dernières explorations des foyers d'influence du thérapeute, soit le type de formation clinique qu'il a reçu. Ainsi cette étude a permis de montrer qu'une formation expérientielle mène davantage le thérapeute à l'activité mentale réflexive que ne le fait une formation didactique. Cette dernière prédispose à l'utilisation accrue de l'activité mentale rationnelle-objective. Dans sa thèse, Parent a également exploré l'interaction entre des variables de la personnalité et l'activité mentale du thérapeute. Dans son analyse, l'échelle nommée Activation anxieuse de l'instrument Trauma Symptom Inventory (TSI : Brière, 1995) s'est révélée être de la catégorie des variables qui peuvent porter atteinte à l'élaboration de l'activité mentale réflexive.

3.3. Percées sur le monde interne du thérapeute

L'étude du contre-transfert peut se réaliser grâce à des moyens qu'utilise le chercheur pour rapprocher le phénomène étudié de ce qu'il serait devenu, eût-il été observé en situation thérapeutique réelle. Ces moyens qu'il conçoit et développe pour rendre le phénomène compatible avec sa nature réelle sont regroupés dans la littérature sous l'appellation « analogues de la thérapie » (Beutler, Crago et Arizmendi, 1986).

Les moyens qu'on a développé pour étudier le contre-transfert à la GAM-T ont porté sur deux axes d'exploration : (a) le stimulus évocateur des réactions de contre-transfert et (b) la méthode utilisée pour le recueil des réactions de contre-transfert. Nous pourrons constater que le stimulus évocateur dont il est question sert à simuler la relation avec le patient. Son développement s'est fait de manière à pouvoir appartenir l'interaction thérapeutique de ce qu'elle serait en situation clinique réelle : les vignettes utilisées sont constituées de patients

et sont élaborées de façon à pouvoir solliciter tout une gamme de réactions possibles chez le thérapeute, des réactions pouvant rejoindre le cognitif et l'affectif. Ensuite nous pourrons constater que le perfectionnement de la méthode de recueil a fait une percée sur le monde interne du thérapeute en fournissant un accès direct à des réactions qui restaient jusqu'alors inédites et qui sont les expressions faciales.

Il n'en tient qu'à nous de compléter le descriptif de cette thèse par un survol des axes d'exploration mis de l'avant pour étudier le contre-transfert à la GAM-T.

3.3.1. *Stimulus évocateur*

Les premières recherches menées avec la grille du contre-transfert ont recouru à des vignettes écrites pour évoquer les réactions de contre-transfert du thérapeute. Composées d'extraits de dialogue, ces vignettes avaient les usages que requérait soit la pathologie du patient (Normandin et Bouchard, 1993; Dubé et Normandin, 1994; Lecours, Bouchard et Normandin, 1995), soit un moment culminant de la relation transférentielle, dont le transfert érotique offre un exemple saisissant (Séguin et Bouchard, 1996). Les vignettes en format écrit ont servi au cours des premières étapes de validation de l'instrument. On a constaté que certaines psychopathologies qui fondaient les vignettes pouvaient solliciter un ou des modes d'activité de la grille plutôt que d'autres; ce fut notamment le cas pour l'état-limite et le trouble névrotique (Normandin, 1991) et pour d'autres types de désordres (voir à ce sujet, Dubé et Normandin, 1999).

L'emploi de vignettes écrites n'a jamais fait l'objet d'une unanimité. Dans une recherche Lecours et al. (1995) invite ses pairs chercheurs à revoir ce mode de présentation. La raison en est que ses résultats avaient corroboré les résultats d'une étude antérieure qui révélait un emploi plus fréquent du mode d'activité réactif chez des thérapeutes experts comparativement à l'usage qu'en font des thérapeutes novices (Normandin et Bouchard, 1993). En guise d'explication par hypothèse, Lecours et al. soulèvent la possibilité que l'échantillon de thérapeutes experts aurait pu avoir des ennuis à travailler avec la vignette écrite, compte tenu de l'éloignement qu'elle a par rapport au vécu de l'interaction

thérapeutique. Pour Lecours et al., cette déterminante expérimentale aurait joué un rôle significatif quant aux résultats obtenus; au plus bas mot, elle aurait pu expliquer que les réactions d'impulsivité et d'impatience furent plus fréquents chez les experts.

Dubé et Normandin (1997) s'étant intéressés aux propos formulés par Lecours et al. (1995), ont réalisés une étude de validité écologique du stimulus évocateur utilisé dans la recherche à la GAM-T. Les auteurs ont confronté les réactions des thérapeutes consignées aux vignettes écrites à celles produites avec la version vidéo de ces mêmes vignettes. Il en est ressorti une convergence dite bonne pour les scores attribués à l'activité mentale rationnelle-objective, et une convergence dite moindre pour les scores attribués à l'activité mentale réactive et réflexive. Cette étude de validité écologique a fait reconnaître que le stimulus vidéo peut servir de compromis idéal par rapport à la réalité de l'entretien clinique, ce qui explique que Dubé et Normandin ont recommandé son utilisation pour toute recherche ultérieure sur le contre-transfert.

La recherche d'aujourd'hui s'est intégrée l'usage des extraits vidéo de patients aux prises avec une organisation limite de la personnalité, patients que l'on tient en proie à des enjeux archaïques et chaotiques, susceptibles d'évoquer des réactions contre transférentielles rapides et prononcées chez le thérapeute (Robbins, 2000; Yeomans, Clarkin et Kernberg, 2002). Ces extraits vidéo qu'on retrouve dans la recherche sont constitués en obéissant aux paramètres de la méthode d'entrevue structurale (Yeomans et al., 2002), et se conforment de même aux instructions de « l'Object Representation Inventory » (ORI : Blatt, Wiseman, Prince-Gibson et Gatt, 1991). Ainsi s'avère-t-il que le stimulus évocateur qu'on utilise actuellement possède les propriétés nécessaires à l'intervention d'un mécanisme comme l'identification projective, et peut mener à des réactions de contre-transfert potentialisées, c'est-à-dire ouvrant le répertoire de réactions du thérapeute, tout autant cognitives qu'affectives.

3.3.2. Les méthodes de cotation du contre-transfert

En sus de porter sur les variantes du *stimulus évocateur* que nous venons de traiter, les moyens développés pour appuyer les recherches menées avec la grille ont visé la méthode de recueil des réactions de contre-transfert. Nous pourrons constater que ce perfectionnement

s'est fait de manière à augmenter la représentation des réactions les moins maîtrisées du contre-transfert, celles qui émanent du système inconscient. Voici un survol des méthodes mises de l'avant pour recueillir les réactions de contre-transfert. On les nomme justement méthodes de cotation car elles procurent les informations qui serviront au travail de cotation exercé par le juge-coteur.

3.3.2.1. La méthode écrite

Les premières études menées avec la grille ont recouru à une méthode directe pour effectuer la cueillette des réactions de contre-transfert. Elle se résumait à demander au thérapeute de consigner ses réactions par écrit. On l'invitait à rédiger ses sentiments ou pensées propres, tant positifs que négatifs, en réaction à ce qui avait été dit ou fait dans la vignette clinique (Normandin, 1991 ; Normandin et Bouchard, 1993 ; Dubé et Normandin, 1994 ; Lecours, Bouchard et Normandin, 1995 ; Séguin et Bouchard, 1996). Cette approche avait l'avantage d'être facile à administrer et le produit de la consigne se prêtait à la collecte de réactions par correspondance pouvant être retransmises sous pli fermé. Cette méthode a permis de recueillir des réactions provenant d'une gamme d'échantillons, dont l'échantillon des thérapeutes experts, qui a servi aux premières étapes de validation de la grille. Mais cette approche qui préconise le rappel écrit comportait le risque de surinvestir l'activité consciente, au détriment de l'espace occupé par les réactions moins métabolisées du contre-transfert, celles qui relèvent des systèmes conscient-préconscient et surtout inconscient.

Les recherches menées par Dubé et Normandin s'échelonnant de 1997 à 1999, puis à 2003, suivis de celles de Parent publiées en 2005, ont cherché à remédier à ce problème en prônant la collecte axée sur le rappel verbal plutôt que celle de son équivalent écrit. Pour ce faire, on emploie un paradigme tiré de « *l'Articulated Thoughts in Simulated Situations* » (ATSS : Davison, Robins et Johnson, 1983 ; Davison, Vogel et Coffman, 1997) invitant le thérapeute à articuler à haute voix tout ce qui lui vient à l'esprit lors de la présentation de la vignette clinique : bribes diagnostiques, souvenirs, interventions possibles. Les réactions recueillies sont enregistrées pour retranscription ultérieure sous forme de verbatim écrit.

Il devient apparent que la méthode écrite, dans sa forme actuelle, met en valeur un déploiement plus large de réactions, offrant par là un accès aux réactions qui échappent à l'emprise de la conscience et qui habitent les lapsus, les bêtises et erreurs langagières. Mais ce mode de rappel verbal reste quand même assujetti au contrôle exercé par la conscience. La méthode écrite servira de contraste dans l'étude et fournira au juge-cotéur une transcription écrite des verbalisations recueillies du thérapeute, c'est-à-dire sans donner accès à la bande d'enregistrement audio (ce qui pourrait donner des indices non verbaux quant à l'infexion, au débit, etc.).

3.3.2.2. La méthode vidéo

La méthode de collecte des réactions du contre-transfert a récemment connue une actualisation sans précédent. Une technologie de pointe en est rendue à permettre la capture des expressions faciales et posturales du thérapeute durant le respect de la consigne de l'ATSS (Davison et al., 1997). La méthode vidéo fournit à ces fins les expressions faciales affectives du thérapeute saisies sur le vif, qui s'ajoute au discours verbal enregistré du thérapeute. L'amélioration dont nous faisons état facilite la tâche de rejoindre le Soi « expérimenté » du thérapeute, une expérience qu'on peut opposer à celle du Soi « verbalisé » (voir à ce sujet, Stern, 1985). Ici, à l'inverse des possibilités offertes par le stimulus évocateur, cette poussée vers l'optimisation pourrait exercer une influence sur la mesure du construit du fait qu'elle s'imprime sur le matériel devant servir au travail de codification. À l'heure actuelle on ne sait pas grand-chose de l'incidence qu'exerce ce perfectionnement sur la mesure du construit à la GAM-T.

CHAPITRE 4. OBJECTIFS DE LA PRÉSENTE THÈSE

Au terme de la recension des écrits, on reconnaît utiliser des vignettes vidéo qui ont les propriétés requises pour évoquer les réactions de contre-transfert sous leur plein potentiel, c'est-à-dire pouvant toucher l'ensemble du répertoire de réactions du thérapeute, tant cognitives qu'affectives. Le stimulus évocateur tient dorénavant compte des comportements non-verbaux de patients en psychothérapie, ce qui peut mettre en place «l'identification projective», un mécanisme par lequel l'expérience affective du patient qu'il ne peut verbaliser, ni tolérer, se trouve projetée voire induite chez le thérapeute sous forme d'expérience affective ou d'affect (Klein, 1946/1966). Ce perfectionnement du stimulus pourrait faciliter l'exercice de ce que nous appelons la communication inconsciente et solliciter des réactions moins contrôlées et irréfléchies du thérapeute, un aspect du répertoire qui était sous-représenté avec l'utilisation des verbatim écrits d'entrevues. Nous croyons que cette optimisation du stimulus évocateur pourra s'observer avec la nouvelle méthode de cotation des réactions de contre-transfert. On emploie récemment une technologie de pointe qui permet la capture des expressions faciales et posturales du thérapeute durant l'expérience de contre-transfert. Cette nouvelle méthode pourrait effectivement donner un accès privilégié aux réactions inconscientes du thérapeute et se livrer à l'interprétation du juge-coteur, qui évalue ou cote les réactions du contre-transfert en fonction du matériel qui est disponible.

La présente thèse vise à évaluer l'impact de cette nouvelle méthode de cotation sur la mesure du construit à la GAM-T. Nous mènerons une étude comparative des scores attribués par le juge-coteur aux trois modes d'activité de la grille (RAT/REAC/REF) selon la méthode utilisée pour coter les réactions de contre-transfert, écrite ou vidéo. À l'instar d'autres études comparatives, notamment celle d'Altman et Bland (1983), nous anticipons voir une tendance marquée dans l'attribution de scores liés au choix de la méthode. Aux fins de notre propos, cette direction se distinguera en fonction de l'état des connaissances mises à jour sur les expressions faciales, en regard le plus souvent des études réalisées au laboratoire de Rainer Krause. Cette direction sera également fonction des paramètres définissant chaque mode d'activité de la grille.

On a vu que la participation du « non verbal » se retrouve attestée du côté des expressions faciales, pour lesquelles le lien de proximité avec le système inconscient paraît bien documenté. Les études menées par Rainer Krause démontrent que les expressions faciales véhiculent des signaux affectifs inconscients et qu’elles font partie prenante de la réponse émotive du contre-transfert (Merten, Ullrich, Anstadt, Krause et Buchheim, 1996; Anstadt, Merten, Ullrich et Krause, 1997; Dreher et al., 2001; Merten et Krause, 2003). Nous croyons que la méthode vidéo fera augmenter les scores attribués au REAC, un mode d’activité de la grille qui interpelle les forces inconscientes du thérapeute. La prospection des écrits montre également que cette participation du « non verbal » se déroule à un niveau sous-symbolique, à un niveau antérieur au mode de rappel verbal (Bucci, 2001). Des thérapeutes experts rapportent en effet des expériences où l’affection est ressenti par le biais du corps et des sensations, avant qu’il ne soit véritablement métabolisé (e.g., Arlow, 1979; Ogden, 1994; Jacobs, 2001; Pally, 2001). L’emploi de la méthode vidéo devrait faciliter la reconnaissance des champs d’activité du REF impliqués dans la métabolisation de l’affection, précisément au moment où le thérapeute s’investit et prend connaissance de réactions internes encore diffuses. Aucune différence n’est prévue entre les méthodes pour les activités qui dénoteront une absence d’affection (RAT) ou pour les étapes avancées du REF pour lesquelles l’affection aura été entièrement métabolisé. La prochaine section situe l’angle scientifique de l’étude suivie par le détail des hypothèses de recherche.

4.1. Angle de la Recherche

Il nous incombe maintenant de situer la présente thèse et délimiter son angle d’action par rapport à d’autres études menées avec la grille. Pour ce faire, nous avons recours au « réseau nomologique » de Cronbach et Meehl, repris par Binning et Barrett (1989). On peut constater à partir de la figure 2 que ce modèle est constitué d’axes ou chainons d’inférences que le chercheur doit renforcer pour assurer la validité de son instrument.

Ce réseau nous fait comprendre que l’angle de recherche de cette thèse se situe au niveau des données et vise à connaître l’influence qu’exerce la nouvelle méthode d’échantillonnage des

réactions de contre-transfert, composé du comportement non verbal et, en particulier, des expressions faciales du thérapeute, sur la mesure qu'est la GAM-T.

Cette recherche précède donc toute démarche de validation entreprise à la GAM-T, telle qu'illustrée par le lien d'inférence A, soit l'axe de validation conceptuelle et qu'est venu renforcer l'étude menée sur les défenses adaptées du système de Holt (Seguin et Bouchard, 1993) et celle visant le concept d'activité référentielle (Dubé et Normandin, 2007). Cette recherche, nous disions, précède également le renforcement du lien d'inférence B, soit l'axe de validation prédictive et qu'une étude est venue appuyer en démontrant que l'emploi optimal des trois modes d'activité de la grille est susceptible de s'associer à l'efficacité thérapeutique (Foelsch et al., 2001).

4.2. Hypothèses

4.2.1. Activité mentale rationnelle/objective (RAT)

On ne s'attend à trouver aucune différence au premier niveau de la codification entre le score attribué au mode d'activité rationnel/objectif suivant que le juge-coteur utilise la méthode écrite ou vidéo de cotation. Le juge-coteur attribuera un score égal au mode d'activité rationnel/objectif qu'importe la méthode de cotation utilisée.

4.2.2. Activité mentale réactive (REAC)

On s'attend à trouver un score plus élevé au premier niveau de la codification du mode d'activité réactif. Le juge-coteur attribuera un score plus élevé à ce mode quand il a recours à la méthode vidéo en comparaison du score qui sera attribué à l'aide de la méthode écrite. La méthode vidéo offre au juge-coteur un accès plus large aux réactions impulsives et incontrôlées du contre-transfert, comparativement aux réactions répertoriées à l'aide de la méthode écrite.

4.2.3. Activité mentale réflexive (REF)

On ne s'attend à trouver aucune différence au premier niveau de la codification entre le score attribué au mode d'activité réflexif selon que le juge-coteur opte pour la méthode écrite ou la méthode vidéo de cotation. Or au deuxième niveau de la codification, on prévoit que la méthode vidéo amènera le juge-coteur à déceler une fréquence d'occurrence plus élevée de l'émergence et de l'immersion, comparativement à la fréquence d'occurrence qui sera notée à ces mêmes étapes de l'activité réflexive avec l'utilisation de la méthode écrite. Toujours au deuxième niveau de codification, on ne s'attend à trouver aucune différence susceptible d'être confirmée dans la fréquence d'occurrence à l'étape de l'élaboration, étape la plus élevée du cycle de réflexivité, selon que le juge-coteur a recours à la méthode écrite ou à la méthode vidéo de cotation.

CHAPITRE 5. MÉTHODE

5.1. Les participants

La présente thèse se veut une analyse des réactions de contre-transfert réalisée à partir de «données d'archives» recueillies au cours des années 2001-2002. Ces réactions de contre-transfert proviennent de 35 étudiants de l'École de psychologie de l'Université Laval (Québec, Canada) et elles ont été recueillies sur une base volontaire dans le cadre d'une étude menée par le groupe de recherche et de formation en intervention clinique. C'est un communiqué de recrutement diffusé à l'École de psychologie qui a assuré une bonne participation à l'étude. Chaque étudiant s'est vu remettre, au terme de l'étude, un certificat de participation et le profil personnalisé qui avait été produit de leur activité mentale.

Parmi les participants on comptait 27 femmes et 8 hommes, dont l'âge moyen était de 24.9 ans ($SD=7.6$) mais s'étendant de 19 à 50 ans. La plupart des participants étaient inscrits en 3^e année de baccalauréat en psychologie, et le reste du groupe étaient inscrits à l'équivalent de la première année de maîtrise en psychologie, mais n'avaient pas encore commencé leur stage clinique. Ces participants n'avaient à leur actif que peu d'expérience pratique de la psychothérapie et se présentaient comme étant de «futurs psychothérapeutes». La plupart d'entre eux avaient manifesté leur intérêt pour progresser dans la voie de la psychothérapie d'orientation analytique, choix présenté en fait comme l'objectif de carrière de leurs études universitaires.

Il est à noter qu'une analyse de puissance réalisée *post-hoc* a permis de confirmer que cet échantillon de 35 participants, soumis à une condition de mesure répétée (soit 7 vignettes cliniques), permettait au chercheur de disposer d'un test d'une puissance de .80, et de détecter l'occurrence d'un effet moyen au seuil alpha .05 (Faul et Erdfelder, 1992). On pouvait compter sur les réactions de 35 participants produites en rapport à 7 vignettes cliniques. Chaque vignette comprenait un score attribué aux 3 modes d'activité de la grille. On

disposait de 735 observations ou scores par méthode soit un total de 1470 observations disponibles pour réaliser les analyses quantitatives.

5.2. Vignettes cliniques

Trois patients de sexe mâle ont été rencontrés au service de consultation de l'École de psychologie de l'Université Laval. Ces patients étaient aux prises avec une organisation limite de la personnalité (DSM IV-TR : American Psychiatric Association, 2000). Interviewés par des cliniciens d'expérience au moyen de la méthode d'entrevue structurale de Kernberg (Yeomans, Clarkin, et Kernberg, 2002), et conformément aux instructions de l'*Object Representation Inventory* de Blatt (ORI : Blatt, Wiseman, Prince-Gibson et Gatt, 1991), ils ont pu parler librement de leurs parents (père et mère). Les cliniciens ont aussi demandé à l'un d'entre eux de leur présenter une description de soi. Ces entrevues ont été enregistrées sur bande vidéo dans lesquelles les vignettes étaient montées de façon à ne conserver que les images et verbalisations du patient.

Nous rappelons à votre attention que la population clinique mise en scène dans les vignettes cliniques avait été choisie parce qu'elle répondait à l'emprise d'enjeux archaïques, susceptibles notamment d'évoquer des réactions rapides et prononcées chez le thérapeute (Kernberg, Seizer, Koenigsberg, Carr et Appelbaum, 1989), et de mettre à l'épreuve sa tolérance au transfert (Robbins, 2000).

La série de vignettes cliniques utilisée pour l'étude comptait au total sept extraits qui comprenaient la description par tous des deux parents, et l'autoportrait d'un seul, dont l'ensemble requérait environ sept minutes de visionnement. Pour cette étude, l'ordre de visionnement des vignettes était le suivant : Vignette 1 (Steve père), Vignette 2 (Steve mère), Vignette 3 (Steve soi), Vignette 4 (Martin père), Vignette 5 (Martin mère), Vignette 6 (Justin père) et Vignette 7 (Justin mère). Les patients ont accordé leur consentement à l'utilisation ultérieure du matériel à des fins d'études du groupe de recherche et de formation en

intervention clinique de l'École de psychologie de l'Université Laval (Comité de déontologie # 2000-117).

5.3. Devis de recherche et procédure

Le plan de recherche propose une série de trois analyses de variance à mesure répétée avec un effet intersujet (méthode, deux niveaux) et un effet intrasujet (vignette, sept niveaux). Un local de consultation était aménagé pour permettre la présentation des vignettes cliniques et l'enregistrement des réactions de contre-transfert des participants. Le matériel utilisé comprenait un téléviseur 24 pcs, un magnétoscope VHS et microphone. On avait également installé deux caméras pour enregistrer les réactions verbales et les expressions faciales et posturales des participants.

La consigne donnée aux participants était de s'asseoir devant un téléviseur (situé à environ 70 cm d'eux) et d'insérer la cassette de vignettes cliniques dans le magnétoscope VHS, ce qu'ils ont fait dans un ordre préétabli. Ces participants devaient nommer chaque vignette (p. ex. : Steve père) avant d'initier le visionnement. Pendant le déroulement des sept vignettes, les participants ont reçu la consigne tirée du paradigme méthodologique de *l'Articulated Thoughts in Simulated Situations* (ATSS : Davison, Robins et Johnson, 1983 ; Davison, Vogel et Coffman, 1997), de se livrer, à haute voix, à l'expression spontanée de tout ce qui leur viendrait à l'esprit, que ce soit des bribes d'une genèse de diagnostique, le rappel d'une expérience personnelle, ou une intervention qu'il leur faudrait faire à un moment donné du déroulement des bandes. Les participants avaient le loisir d'utiliser au besoin la fonction pause du magnétoscope, mais une seule écoute des vignettes leur serait permise. Les expressions verbales et non verbales des participants étaient captées pendant qu'ils livraient à haute voix leurs réactions grâce au dispositif de caméras installé dans le local.

5.3.1. Formation des équipes de juges-coteurs

L'étude comparative des méthodes a nécessité le recours à deux équipes de juges-coteurs, formées d'étudiants du niveau supérieur de l'École de psychologie. Ces équipes ou paires de

juges-coteurs ont dû suivre une formation afin d'être en mesure de codifier les réactions de contre-transfert des participants. Cette formation des juges-coteurs, qui s'est échelonnée sur une période de 45 heures, a nécessité avant tout que ceux-ci se familiarisent avec le Guide de codification de la GAM-T, source de repères théoriques et d'exemples cibles qui devaient les guider durant leur travail de codification (Normandin, Dubé et Parent, 2002; Normandin, Parent et Dubé, 2004). Ce guide qui leur a servi d'outil de formation est maintenant disponible dans une forme révisée (voir à ce sujet, Normandin et al., 2013).

La formation des équipes ou paires de juges-coteurs a compris la codification du matériel provenant d'études antérieures, et ce, au moyen de la méthode de cotation que leur a été assignée au départ, dans ce cas, la méthode écrite ou la méthode vidéo. À des moments prédéterminés de la formation, des protocoles codifiés étaient choisis au hasard pour établir les coefficients d'ententes interjuges. Pour ce faire, les protocoles étaient cotés indépendamment par les juges d'une même équipe et les ententes étaient calculées à partir de cotes produites séparément. Les désaccords entre les juges d'une même paire étaient discutés puis résolus au moyen de cotes consensuelles. La formation des équipes de juges-coteurs s'est poursuivie jusqu'à ce que les ententes calculées pour chaque équipe de juges aient atteint un seuil jugé satisfaisant (seuil satisfaisant $\geq .60$, Landis et Koch, 1977).

5.3.2. Codification du matériel à l'aide de la GAM-T

Une fois la formation terminée, les équipes de juges-coteurs ont codifié les protocoles de recherche avec la méthode qui leur avait été assignée. Les équipes de juges-coteurs n'ont pas reçu d'instructions particulières. On leur demandait de coter les réactions de contre-transfert en utilisant le matériel qui était à leur disposition. Chaque protocole comprenait les réactions d'un participant aux sept vignettes cliniques. L'analyse réalisée au premier niveau de la codification comportait un total de 35 protocoles cotés avec la méthode vidéo et un total de 35 protocoles cotés avec la méthode écrite. Nous avions un 36^{ème} protocole (#788/290) disponible et coté avec les deux méthodes. Toutefois ce protocole comportait des valeurs manquantes avec la méthode vidéo (Vignette 1 : Steve père) et nous avons choisi de l'éliminer du calcul réalisé au premier et au deuxième niveau de la codification.

Conséquemment nous avons réalisé l'ensemble de nos analyses en disposant d'un nombre égal de 35 protocoles pour la méthode écrite et la méthode vidéo.

Il arrivait qu'un protocole contienne le produit des cotes consensuelles. Lorsque cela se produisait, les cotes «consensus» étaient utilisées pour réaliser les analyses au premier et au deuxième niveau de la codification. Cette disposition particulière a été prise pour les 8 protocoles suivants : #530/105, #612/145, #634/195, #572/205, #736/215, #546/245, #896/270, #586/300.

Le juge-coteur qui utilisait *la méthode écrite* avait recours aux réactions verbales du participant retranscrites par une étudiante pré diplômée en psychologie sous forme de verbatim écrit, à qui l'on avait demandé de tenir compte des pauses, des subtilités ou anomalies langagières. Pour sa part, le juge-coteur qui employait *la méthode vidéo* avait recours au verbatim écrit, et pouvait observer les comportements non verbaux du participant sur un moniteur TV, une moitié de l'écran montrant les expressions faciales et l'autre moitié, les manifestations posturales. En somme, le juge-coteur qui utilisait la méthode vidéo pouvait lire et entendre le verbatim produit, de même qu'observer les expressions faciales et posturales manifestées pendant le contre-transfert.

La codification proprement dite consistait à faire l'analyse structurale du matériel recueilli. Cette analyse comprenait trois niveaux. Au premier niveau, le juge-coteur devait regrouper à l'intérieur d'une séquence d'exposition donnée, les réactions produites qui lui paraissaient communes entre elles, sur la base des critères qui définissent chacun des modes d'activité de la grille. Il devait pouvoir juger ces réactions par rapport à la présence ou l'absence de traitement accordé à l'affect et déterminer leur degré d'appartenance par rapport aux systèmes inconscient et conscient-préconscient. Après avoir complété cet exercice, le juge-coteur devait ensuite attribuer un score à chacun des modes d'activité de la grille RAT, REAC, REF, sur une échelle de 0 (contribution nulle) à 4 (contribution majeure) sur la base de ce qui suit : (a) la quantité d'investissement (quantum) qui accompagnait ces représentations cognitivo-affectives et (b) la reconnaissance du poids relatif qu'exerçait

chacun des modes d'activité les uns par rapport aux autres (Normandin, Dubé et Parent, 2002; Normandin, Parent et Dubé, 2004). L'analyse structurale de premier niveau donnait un score qui permettait de révéler l'angle de fonctionnement mental du participant au cours d'une séquence d'exposition donnée.

L'analyse structurale réalisée au deuxième et au troisième niveau de la codification était de nature qualitative. Au deuxième niveau de la codification, le juge-coteur devait identifier les champs impliqués sous chacun des modes d'activité de la grille. Par exemple, pour le mode REF, le juge-coteur devait identifier les étapes du cycle de la réflexivité dans lesquelles le participant s'était investi. Pour le mode RAT, il devait reconnaître si les réactions produites relevaient du champ qu'était l'observation, l'hypothèse ou la théorie. Pour le mode REAC, le juge-coteur devait indiquer si les réactions produites dénotaient une réactivité de niveau primitive ou évoluée. Lorsque plusieurs champs étaient identifiés sous un même mode, le juge-coteur devait indiquer parmi ceux-ci le champ qui lui semblait être dominant c'est-à-dire celui qui était présent le plus fréquemment ou le plus souvent et qui avait le plus d'impact sur le processus d'écoute du participant. Enfin au troisième niveau de la codification, le juge-coteur parachevait son analyse par un examen des interventions que souhaitait faire le participant, et il devait déterminer (s'il y avait lieu) le mode d'activité qui en était la source.

Ces trois niveaux de la codification ont été appliqués à l'ensemble des protocoles de la recherche. La codification d'un protocole pouvait prendre en moyenne deux heures quand un usage était fait de la méthode vidéo. Ce travail était normalement de plus courte durée lorsque la méthode écrite était utilisée. Un exemple type de protocole est présenté à la figure 3.

CHAPITRE 6. RÉSULTATS

6.1. Indice de Fidélité de la GAM-T: Ententes interjuges

Un ensemble de sept protocoles choisis au hasard (19 % du matériel) a servi au calcul des ententes interjuges des deux équipes de juges-coteurs. En ce qui concerne le premier niveau de codification à la GAM-T, les coefficients de corrélation intraclasse (ICCs : Bartko, 1966; Shrout et Fleiss, 1979) calculés pour le score attribué par les juges-coteurs utilisant la méthode écrite pour chacun des trois modes d'activité mentale sont $\beta_1 = .54$ pour l'activité mentale rationnelle/objective, $\beta_1 = .80$ pour l'activité mentale réactive et de $\beta_1 = .75$ pour l'activité mentale réflexive. Par ailleurs, les ICC calculés pour le score attribué par les juges-coteurs utilisant la méthode vidéo pour chacun des trois modes d'activité mentale sont $\beta_1 = .65$ pour l'activité mentale rationnelle/objective, $\beta_1 = .84$ pour l'activité mentale réactive et de $\beta_1 = .64$ pour l'activité mentale réflexive. Tous les ICC calculés au premier niveau de codification correspondent à un niveau d'entente élevé entre les juges-coteurs, selon les paramètres d'interprétation des statistiques de Landis et Koch (1977), sauf en ce qui concerne le coefficient calculé pour l'activité mentale rationnelle/objective à la méthode écrite, qui correspond à un niveau d'entente modéré. Également soulignons que tous les ICC sont supérieurs à ceux que Dubé et Normandin (1999) ont obtenu, et que nos coefficients calculés pour l'activité mentale réactive s'affichent légèrement supérieurs à Parent (2005) qui, pour sa part, obtient des ICC plus élevés à l'activité mentale rationnelle/objective et à l'activité mentale réflexive, mis à part le coefficient calculé pour l'activité mentale réflexive à la méthode écrite. Une transformation dite de Fisher fut appliquée pour explorer les différences potentielles entre les ICC de notre étude et ceux obtenus par Parent. On observe une différence significative entre le coefficient calculé à la méthode écrite pour l'activité mentale rationnelle/objective et celui obtenu par Parent ($z = -1.9$, $p < 0.05$). Parallèlement, Maheux (2014) obtient dans son étude des ICC de $\beta_1 = .80$ à chacun des modes d'activité de la grille, ce qui est supérieur aux coefficients que nous avons calculé pour le RAT et le REF, et se compare ou s'affiche légèrement inférieur à ceux que nous avons obtenu au REAC pour les deux méthodes.

6.2. Effets de la méthode au premier niveau de codification de l'activité mentale du thérapeute

Le tableau 1 montre les moyennes et les écarts types des scores attribués aux trois modes d'activité mentale de la grille en fonction de la méthode utilisée et ceci, pour chacune des vignettes cliniques. Des analyses de variance à mesures répétées, avec un effet intersujet (méthode, deux niveaux) et un effet intrasujet (vignette, 7 niveaux) ont été réalisées afin d'étudier les effets de la méthode de cotation sur les modes d'activité mentale au premier niveau de codification de la GAM-T. Les tableaux 2, 3 et 4 présentent les résultats des analyses de variance à mesures répétées effectuées pour le mode d'activité rationnel/objectif, le mode d'activité réactif et le mode d'activité réflexif, respectivement.

6.2.1. Activité mentale rationnelle/objective

Le tableau 2 révèle des effets principaux significatifs liés à la méthode et à la vignette. De plus, un effet significatif lié à l'interaction Méthode \times Vignette est observé. À noter que le test de sphéricité de Mauchly était significatif ($p = 0.04 < 0.05$) et une correction de Huynh et Feldt (1976) fut appliquée aux degrés de libertés des tests de signification intra-sujets. L'emploi de la méthode vidéo a amené le juge-coteur à attribuer un score plus élevé à l'activité mentale rationnelle/objective en comparaison du score qui est attribué avec la méthode écrite.

6.2.2. Activité mentale réactive

Le tableau 3 révèle des effets principaux significatifs pour la méthode mais pas pour la vignette. Un effet significatif lié à l'interaction Méthode \times Vignette est aussi observé. À noter que le test de sphéricité de Mauchly était significatif ($p = 0.02 < 0.05$) et une correction de Huynh et Feldt (1976) fut appliquée aux degrés de libertés des tests de signification intra-sujets. L'emploi de la méthode vidéo a amené le juge-coteur à attribuer un score plus élevé à l'activité mentale réactive en comparaison du score attribué avec la méthode écrite.

6.2.3. Activité mentale réflexive

Le tableau 4 montre des effets principaux significatifs pour la méthode et la vignette. De plus, un effet significatif lié à l’interaction Méthode \times Vignette est observé. À noter que le test de sphéricité de Mauchly n’était pas significatif ($p = 0.18 > 0.05$) et aucun ajustement ne fut apporté. L’emploi de la méthode écrite a amené le juge-coteur à attribuer un score plus élevé à l’activité mentale réflexive en comparaison du score attribué avec la méthode vidéo.

6.3. Calcul des effets simples liés à la méthode au premier niveau de codification de l’activité mentale du thérapeute

6.3.1. Activité mentale rationnelle/objective

Des analyses de variance ont été réalisées séparément pour chaque vignette afin d’étudier les effets simples liés à la méthode. Les résultats indiquent une différence significative entre les deux méthodes pour la vignette 1 ($F (1,68) = 40.25, p < .001, n^2 = .37$), la vignette 2 ($F (1,68) = 31.55, p < .001, n^2 = .32$), la vignette 3 ($F (1,68) = 31.42, p < .001, n^2 = .32$), la vignette 6 ($F (1,68) = 41.60, p < .001, n^2 = .38$) et la vignette 7 ($F (1,68) = 13.34, p < .01, n^2 = .16$). Aucune différence n’a été observée entre les deux méthodes pour la vignette 4 ($F (1,68) = 0.15, ns$) et la vignette 5 ($F (1,68) = 3.91, ns$). Ainsi l’effet de la méthode constaté au niveau l’activité mentale rationnelle/objective s’est révélé significatif pour les vignettes 1, 2, 3, 6 et 7 mais pas pour les vignettes 4 et 5.

6.3.2. Activité mentale réactive

Des analyses de variance ont été réalisées séparément pour chaque vignette afin d’étudier les effets simples liées à la méthode. Les résultats montrent une différence significative entre les méthodes pour la vignette 1 ($F (1,68) = 4.86, p < .05, n^2 = .07$), la vignette 3 ($F (1,68) = 22.50, p < .001, n^2 = .25$), la vignette 4 ($F (1,68) = 4.86, p < .05, n^2 = .07$) et la vignette 7 ($F (1,68) = 6.00, p < .05, n^2 = .08$). Aucune différence n’a été observée entre les deux méthodes pour ce qui est de la vignette 2 ($F (1,68) = 2.93, ns$), la vignette 5 ($F (1,68) = 3.20, ns$), et la vignette 6 ($F (1,68) = 0.52, ns$). Ainsi l’effet de la méthode constaté au niveau de l’activité mentale réactive s’est révélé significatif pour les vignettes 1, 3, 4 et 7 mais pas pour ce qui est des autres vignettes.

6.3.3. Activité mentale réflexive

Des analyses de variance ont été réalisées séparément pour chaque vignette afin d'étudier les effets simples liés à la méthode. Les résultats montrent une différence significative entre les deux méthodes pour la vignette 1 ($F(1,68) = 66.88, p < .001, n^2 = .50$), la vignette 2 ($F(1,68) = 66.00, p < .001, n^2 = .49$), la vignette 3 ($F(1,68) = 187.47, p < .001, n^2 = .73$), la vignette 4 ($F(1,68) = 72.12, p < .001, n^2 = .52$), la vignette 5 ($F(1,68) = 68.16, p < .001, n^2 = .50$), la vignette 6 ($F(1,68) = 74.04, p < .001, n^2 = .52$) et la vignette 7 ($F(1,68) = 54.29, p < .001, n^2 = .44$). Ainsi l'effet de la méthode constaté au niveau de l'activité mentale réflexive s'est révélé significatif pour l'ensemble des vignettes de l'étude.

L'ajustement Bonferroni appliqué au calcul des effets simples révèle que la vignette 3 est la seule des vignettes capable de faire reconnaître un effet de la méthode pour le RAT, le REAC et le REF.

6.4. Différences de la méthode au deuxième niveau de codification de l'activité mentale du thérapeute

Le deuxième niveau de la codification implique la reconnaissance des champs d'activité qui sont sous chacun des modes d'activité RAT, REAC et REF. Avant de procéder au calcul des fréquences proprement dites, nous avons dû procéder à des regroupements de données. D'une part, lorsque plusieurs champs d'activité appartenant au même un mode étaient identifiés dans une même séquence d'exposition donnée, seul le champ reconnu comme étant « dominant » était retenu pour les fins du calcul. Cette façon de procéder a permis de diriger l'analyse vers les éléments de la codification qui apparaissaient les plus importants aux yeux du juge-coteur. D'autre part, pour pouvoir réaliser notre calcul, les champs d'activité devaient comporter un minimum d'effectif établi comme étant plus grand ou égal à cinq ($\text{effectif} \geq 5$) (voir à ce sujet, Schück, 1998). Ainsi, pour le RAT, nous avons dû procéder au regroupement du champ d'activité théorie (Th.) avec celui de l'hypothèse (Hyp.) car la théorie était notée qu'une seule fois avec la méthode vidéo et aucune fois avec la méthode écrite. Pour le REF, nous avons dû regrouper le champ qu'est l'émergence agie (Em.agie) avec celui de

l'émergence bloquée (Em.bloquée) car l'émergence agie était notée qu'une seule fois avec la méthode vidéo et aucune fois avec la méthode écrite. De même, pour le REF, nous avons procédé au regroupement du champ d'activité qu'est l'élaboration (El.) avec celui de l'immersion (Imm.) car l'élaboration était notée 6 fois avec la méthode écrite mais seulement qu'une fois avec la méthode vidéo.

Une fois ces manipulations effectuées, des tests du chi-carré ont réalisés pour examiner les différences de la méthode au deuxième niveau de codification de l'activité mentale du thérapeute. Le Tableau 5 présente la fréquence et la proportion des champs d'activité « dominants » identifiés pour chacun des modes d'activité de la grille selon la méthode de cotation qui était utilisée. Dans un premier temps, ce tableau montre une différence significative entre la méthode et les champs d'activité du RAT. Ainsi l'observation (Obs.) apparaît comme un champ d'activité identifié plus fréquemment lorsque la méthode écrite est utilisée comparativement à la méthode vidéo. En revanche, le champ d'activité combinant l'hypothèse et la théorie (Hyp./Th.) apparaît comme le champ d'activité noté le plus fréquemment lorsque la méthode vidéo est utilisée comparativement à la méthode écrite.

Le tableau révèle également une différence significative entre la méthode et les champs d'activité appartenant au REF. Le champ d'activité regroupant l'émergence agie et bloquée (Em.agie et Em.bloquée) et le champ d'activité qu'est l'émergence contenue (Em.contenue) apparaissent comme des activités identifiées plus fréquemment lorsque la méthode vidéo est utilisée comparativement à la méthode écrite. En revanche, le champ d'activité regroupant l'immersion/l'élaboration (Imm./El.) apparaît comme un champ d'activité noté plus souvent lorsque la méthode écrite est utilisée comparativement à la méthode vidéo. Un examen des résidus ajustés du test du chi-carré au REF montre que les différences de proportions entre les méthodes sont significatives pour les trois champs d'activité mis en opposition.

La taille des effets observés pour la relation entre la méthode et la fréquence des champs d'activité identifiés du RAT ($\Phi_c = .59$) et la relation entre la méthode et la fréquence des champs d'activité du REF ($\Phi_c = .40$) est grande (voir à ce sujet, Zaiontz, 2015).

Il est à noter qu'aucune différence significative n'est observée entre la méthode de cotation et les champs d'activité Primitif et Mature du REAC.

CHAPITRE 7. DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de comparer deux méthodes de cotation utilisées dans la recherche sur le contre-transfert à la GAM-T (Normandin et al., 2013). La plus récente, nommée ici la méthode vidéo, possède une technologie qui permet d'accroître sensiblement le spectre des comportements captés durant l'expérience de contre-transfert. Nous avons décrit les expressions faciales captées par la méthode vidéo comme étant des réactions qui appartenaient au «Soi expérimenté» du thérapeute, par opposition à celles qui relevaient du « Soi verbalisé » (Stern, 1985). Nous avons fait l'hypothèse que cette méthode pouvait livrer accès à des réactions rapides et moins maîtrisées du contre-transfert. Jusqu'à présent aucun indice nous permettait de juger de la pertinence de cette nouvelle méthode ni d'estimer son influence sur la mesure du construit.

Nous supposons qu'à l'instar d'études comparatives menées dans des domaines connexes à celui de la clinique, notamment le domaine de la médecine (voir à ce sujet Altman et Bland, 1983), on pouvait prévoir une tendance dans les résultats à obtenir avec cette nouvelle méthode, en comparaison des possibilités prédictives offertes par la méthode traditionnelle, soit la méthode écrite. Sur le plan théorique, nos hypothèses reposaient sur l'état d'avancement des connaissances dans le domaine des expressions faciales. Rainer Krause et son équipe ont fait valoir dans leurs recherches la validité du pressentiment déjà exprimé par de nombreux cliniciens et analystes, voulant que le comportement non-verbal, en particulier celui des expressions faciales, pouvait véhiculer des signaux affectifs inconscients. On possédait donc une fenêtre qui donnait accès au monde interne du thérapeute et nous avons profité de cette occasion pour étudier les cotes attribuées par le juge-coteur à la GAM-T. Ce nouvel échantillonnage de réactions devait nous permettre d'améliorer la cotation de certains modes d'activités de la grille, si l'on considère l'implication de ces modes par rapport aux systèmes inconscient et conscient-préconscient et le domaine délimité par le traitement accordé à l'affect.

L'analyse réalisée au premier niveau de la codification nous montre des différences significatives entre les méthodes pour les scores attribuées aux trois modes d'activités de la grille (RAT/REAC/REF). On constate que les cotes attribuées par le juge-coteur au mode

d'activité rationnel/objectif (RAT) ont tendance à être plus élevées lorsqu'il utilise la méthode vidéo que lorsqu'il utilise la méthode écrite; que les cotes qu'il attribue au mode d'activité réactif (REAC) ont tendance à être plus élevées avec l'utilisation de la méthode vidéo qu'avec la méthode écrite et enfin, que les cotes qu'il attribue au mode d'activité réflexif (REF) ont tendance à être plus élevées lorsqu'il utilise la méthode écrite comparativement aux cotes attribuées avec la méthode vidéo. Ces différences qui sont constatées sur le plan de la méthode apparaissent claires et sans équivoques. Toutefois les résultats qui découlent de nos analyses des effets intra-sujets paraissent moins probants. Nous constatons en effet que les vignettes cliniques qu'on utilise dans la recherche varient sur le plan de leurs capacités à faire reconnaître pleinement l'effet joué par la méthode. Nous y reviendrons plus loin au moment de traiter la question du stimulus évocateur.

Ainsi les résultats qui découlent de la cotation réalisée au premier niveau de codification rejoignent partiellement la tendance prévue. Comme nous l'avons justement anticipé, le juge-coteur a tendance à attribuer un score plus élevé au REAC lorsqu'il utilise la méthode vidéo. Le comportement non verbal, ici les expressions faciales, permettrait au juge-coteur d'obtenir une meilleure appréciation du jeu de forces inconscientes opérant dans le REAC. Il semble donc que l'observation de ces signaux aurait informé le juge-coteur de l'expérience d'affects plus crus et moins contrôlés, une information que ne possédait pas le juge-coteur utilisant la méthode écrite. Il semble donc que cette information additionnelle ait fait augmenter les cotes attribuées au REAC. On doit quand même accueillir ce résultat avec prudence car cette lecture avantageuse du REAC ne s'est confirmée que pour certaines des vignettes cliniques de l'étude.

L'analyse menée au premier niveau de codification de la grille présente par ailleurs des résultats inattendus. D'une part, le juge-coteur attribue un score plus élevé au RAT lorsqu'il utilise la méthode vidéo comparativement au score qu'il attribue avec la méthode écrite. D'autre part, le score qu'il attribue au REF a tendance à être plus élevé avec la méthode écrite comparativement au score qui est attribué avec la méthode vidéo. Ces deux résultats nous étonnent car il était prévu que les scores accordés à ces modes restent inchangés. Notre hypothèse était que ces modes pouvaient se quantifier de la même façon peu importe la

méthode de cotation utilisée car le RAT et le REF constituaient des modes assujettis au contrôle exercé par la conscience. L’investissement du Soi verbalisé du thérapeute (Stern, 1985) devait en quelque sorte encadrer la production des réactions de contre-transfert. Nous ne pouvions anticiper qu’une méthode prenne le dessus sur l’autre dans l’attribution des scores au RAT et au REF. Que peut-on tirer de cet écart inattendu par rapport à notre hypothèse de départ? Le RAT déploie des réactions plus aisées à coter sur la bande vidéo et le REF paraît être un mode mieux représenté lorsqu’il est coté à l’aide des transcriptions écrites? Les résultats qui découlent de nos analyses accusent une tendance allant dans ce sens.

Les résultats qu’on obtient pour le RAT et le REF au premier niveau de la codification peuvent s’expliquer d’autres façons. Un premier élément suppose que la codification à la vidéo soit un exercice qui implique un effet additif, c’est-à-dire une activité dans laquelle l’information non verbale qui est observée s’ajoute à celle déjà disponible dans le verbatim écrit. La production du RAT sous forme d’hypothèse, d’observation ou de théorie pouvait se caractériser sur le plan non verbal par une absence d’expressions faciales d’affects. Cette information pouvait être perçue et décodée par le juge-coteur et venir renforcer l’information déjà disponible sur le RAT dans le verbatim écrit. Descoteaux (2003) a justement montré que l’information non verbale renvoie à une information qui sert de repère pour juger l’état émotionnel d’une personne, spécialement lorsque les sources d’informations verbales et non verbales disponibles apparaissent contradictoires. En ce sens lorsqu’une discordance est perçue entre les verbalisations du thérapeute et le comportement non verbal contingent, il y aurait préséance des indices non verbaux sur les indices verbaux. Il est possible d’envisager qu’en l’absence de tels signaux de discordance, le non verbal perd de sa préséance aux yeux du juge-coteur. L’information non verbale communiquée dans l’exercice du RAT se serait additionnée à celle du verbatim écrit plutôt que de s’en dissocier car l’information perçue était complémentaire plutôt que contradictoire. Mais, si tel était le cas, alors pourquoi les informations verbales et non verbales perçues à propos du REF ne se sont-elles pas additionnées pour donner le même résultat? Ceci laisse supposer que l’information non verbale qui était véhiculée dans l’exercice du REF était de nature différente de celle qui se retrouvait dans le verbatim écrit. Également le juge-coteur pouvait posséder une connaissance intuitive des signes non verbaux qualifiant un bon RAT, alors que les signaux

qualifiant l'exercice du REF pouvaient être moins faciles à décoder. Dans ce cas l'effet additif de la méthode vidéo ne se serait pas produit et le verbatim écrit aurait été un meilleur moyen pour coter les réactions de contre-transfert du REF.

Un autre élément qui peut expliquer les résultats qu'on obtient au RAT et au REF se retrouve du côté des critères utilisés pour coter le matériel à l'aide de la GAM-T. Un critère dont se servait le juge-coteur pour attribuer le score (0-4) au premier niveau de codification était la quantité d'investissement des représentations mentales associées à chacun des modes d'activité de la grille (voir à ce sujet la section intitulée : Codification du matériel à la GAM-T). Or lorsqu'on s'intéresse aux résultats qui portent sur le deuxième niveau de la codification, des résultats qui seront discutés un peu plus loin, on constate que la méthode vidéo facilite l'identification des étapes initiales du cycle de la réflexivité alors que la méthode écrite encourage plutôt la reconnaissance des étapes avancées du même cycle. Comme les activités d'émergence représentent les premières étapes du cycle de la réflexivité, les reconnaître plus fréquemment avec la méthode vidéo pouvait influencer à la baisse l'évaluation qui était faite du quantum d'investissement associées aux représentations mentales du REF. En revanche, cette même évaluation du quantum d'investissement risquait de se révéler plus élevée pour le juge-coteur qui utilisait la méthode écrite car cette dernière facilitait la reconnaissance des étapes avancées du cycle de la réflexivité. L'autre critère dont se servait le juge-coteur pour attribuer le score (0-4) au premier niveau de codification était la reconnaissance du poids relatif qu'exerçait chacun des modes d'activité les uns par rapport aux autres. Cette interdépendance entre les modes d'activité suppose que le juge-coteur qui évaluait un REF plus bas à la vidéo pouvait être amené à juger un RAT plus élevé, alors qu'un REF qui était coté plus élevé à la méthode écrite pouvait mener à une évaluation plus faible du RAT. Ce rapport d'inter-influence des modes qui amenait à faire contrepoids dans l'attribution des scores à la grille pourrait expliquer les résultats que nous avons obtenus.

Par ailleurs les résultats qu'on obtient au premier niveau de la codification montrent une interaction Vignette-X-Méthode qui est significative pour chaque analyse réalisée sur les trois modes d'activités de la grille. Nous avons vu précédemment que le stimulus évocateur qui sous-tend la recherche à la GAM-T comprend des extraits de patients aux prises avec une

organisation limite de la personnalité (DSM IV-TR : American Psychiatric Association, 2000). Le recours à ces patients devait normalement conférer au stimulus des dispositions essentielles à l'évocation des réactions contre-transférrentielles rapides et prononcées (Robbins, 2000, Yeomans et al., 2002). Or nos résultats amènent à mettre en doute le potentiel « évocateur » qui était conféré au stimulus.

Le calcul des effets simples a justement montré que les vignettes cliniques présentaient des différences dans leur capacité à faire voir pleinement l'effet joué par la méthode. Étonnamment, dans le cas du REAC, la Vignette 1 (Steve père), la Vignette 3 (Steve soi), la Vignette 4 (Martin père) et la Vignette 7 (Justin mère) ont été les seules à faire reconnaître l'effet joué par la méthode. Nous constatons pour le REAC que la Vignette 2 (Steve mère), la Vignette 5 (Martin mère) et la Vignette 6 (Justin père) ont été des vignettes qui n'ont pas été en mesure de faire reconnaître l'effet de la méthode. Également, du côté du RAT et du REF, nous n'anticions pas découvrir des vignettes avantageées par rapport à d'autres dans leur capacité à faire reconnaître l'effet de la méthode. On peut remarquer pour ces modes que les vignettes 1, 3 et 7 étaient des vignettes capables de faire ressortir un effet de la méthode.

Il reste difficile de préciser ce qui fait qu'une vignette clinique participe à l'effet de la méthode, et précisément pour quelles raisons elle y réussit, tandis qu'à tel autre moment, elle n'y participe pas. Une piste de réflexion amène à s'intéresser aux instructions qui ont servi à monter les extraits vidéo. Nous avons vu que les instructions dérivées de « l'Object Representation Inventory » (ORI : Blatt et al., 1991) ont servi à monter les vignettes cliniques. Le patient était invité à parler librement de son père, de sa mère ou à présenter une description de soi. Dans notre étude, La vignette 1 (Steve père), la vignette 3 (Steve Soi) et la vignette 7 (Justin mère) sont apparues comme des vignettes robustes et capables de faire ressortir un effet de la méthode pour le RAT, REAC et le REF. Mais lorsque nous appliquons l'ajustement Bonferroni, qui insuffle un certain conservatisme à l'interprétation des données, la vignette 3 apparaît comme l'unique vignette capable de faire voir un effet de la méthode pour le RAT, REAC, et le REF. Or cette vignette est la seule dont l'instruction était donnée au patient de faire « une description de soi ». On peut penser que cette vignette constituait une vignette plus robuste que les autres parce qu'elle permettait de centrer la dynamique de transfert au niveau de la relation immédiate au thérapeute. L'identification projective qui

aurait été mise en place aurait mobilisée des réactions contre-transférrentielles prononcées chez le thérapeute et son impact aurait été plus direct que l'instruction qui demandait au patient de relater son expérience vécue à travers une triangulation (père ou mère). Il est à noter qu'avant de débuter l'étude, nous avions demandé à une collègue experte d'évaluer les vignettes afin de déterminer l'intensité des enjeux transférentiels. La vignette 7 s'était démarquée des autres par les enjeux archaïques et régressés que vivait le patient.

Par ailleurs, les résultats obtenus au deuxième niveau de la codification supportent partiellement notre hypothèse de départ. L'émergence agie/bloquée et l'émergence contenue du REF sont identifiés plus fréquemment lorsque le juge-coteur utilise la méthode vidéo comparativement à la méthode écrite. Cette facilité à reconnaître ces champs d'activité du REF avec la méthode vidéo suggère qu'il existe effectivement un échange de signes non-verbaux dans le contre-transfert et particulièrement durant l'expérience d'un affect. Les expressions faciales pourraient véhiculer une information sur la qualité des affects ressentis par le thérapeute, des affects plus crus et moins nuancés pour l'émergence agie/bloquée au plus complexe de type « blending » pour l'émergence contenue. La méthode vidéo serait une méthode utile pour reconnaître et évaluer ces étapes initiales de l'expérience du cycle de la réflexivité.

Mais l'apport qu'on anticipait obtenir de la méthode au deuxième niveau de la codification ne s'est pas confirmé totalement. On remarque que le juge-coteur reconnaît plus fréquemment le champ d'activité regroupant l'immersion/élaboration en utilisant la méthode écrite qu'en utilisant la méthode vidéo. Nous avions cru qu'au niveau de l'étape d'immersion du REF les expressions faciales d'affects pouvaient toujours être utiles au juge-coteur car nous supposions que la liaison entre l'affect et sa représentation pouvait toujours rester mobile c'est-à-dire sans attaches ni domicile fixe, en raison d'un mécanisme comme l'identification à l'essai (Fliess, 1942). Nos résultats supposent qu'il y aurait à cette étape intermédiaire du REF une forte ascendance du système symbolique, reléguant le comportement non verbal et les expressions faciales à jouer un rôle de second plan. En ce sens les réactions verbales fournies par la méthode écrite auront suffi à traduire ce niveau d'expérience.

Nous nous sommes intéressés aux expressions faciales pour leur contribution à l'activité intrapsychique du contre-transfert. Les résultats que nous obtenons au premier et au deuxième niveau de la codification suggèrent que ces réactions peuvent survenir au moment de la prise de conscience de l'affect du thérapeute, lorsque ce dernier s'investit et tente de prendre connaissance de réactions internes encore diffuses. Mais on ne doit pas oublier que ces comportements rapides ont une portée intersubjective tout aussi importante. Rainer Krause nous montre effectivement que certains patterns d'expressions faciales d'affects peuvent indiquer la réussite où l'échec à faire face aux signaux affectifs que tente d'induire le patient dans la relation thérapeutique. Ces réactions rapides communiquées par le thérapeute ont donc un impact sur la régulation de l'échange et peuvent avoir une incidence sur le cours du traitement (Merten et Krause, 2003). On retrouve ici une autre application de la notion l'identification projective développée par Klein (1946/1966) qui suppose que la modification de l'objet de la projection survienne non seulement en fantaisie mais aussi dans la réalité. Dans ce cas un thérapeute qui deviendrait l'objet des parties projetées du Soi du patient serait amené à les actualiser dans la dyade sans en être pleinement conscient.

Nous avons proposé un modèle théorique dans lequel le comportement non verbal représente une structure présymbolique impliquée dans le traitement de l'affect (Bucci, 2001). Le non verbal s'inscrit dans la démarche entreprise pour comprendre l'autre, en l'occurrence le patient. Cette démarche vers la connaissance suppose le recours à l'activité symbolique, que nous avons définie comme étant une métabolisation de l'affect par le biais de représentations mentales. Or de récents développements réalisés en neuroscience et en psychanalyse relationnelle proposent une perspective nouvelle sur cette question. Le non-verbal que nous avons étudié par l'entremise des expressions faciales serait animé d'une «intelligence particulière» et pourrait livrer une compréhension de l'autre sans qu'intervienne nécessairement l'activité symbolique.

Ammaniti et Gallese (2014) proposent une conception de l'intersubjectivité qui repose sur la neuroscience et les connaissances acquises sur le rapport mère-enfant en psychanalyse. Très tôt après la naissance l'enfant communique, interagit et manifeste une série de contacts et

d'échanges réciproques avec la mère. Ces expériences interactionnelles seraient emmagasinées dans un code non-symbolique et continueraient à se développer, amenant à concevoir l'expérience du Soi et de l'autre dans une optique où ces entités «apparaissent entrelacés en raison de l'intercorporéalité qui les unit» (Ammaniti et Gallese, 2014, p. 24, traduction libre). Ces expériences encodées accompagneraient de façon non-consciente nos rapports avec les autres et formeraient la base d'une connaissance implicite du monde «relationnel».

Les auteurs mettent l'accent sur un facteur qu'ils représentent comme étant l'«intercorporéalité». Cette notion ne renvoie pas aux similitudes corporelles ou physiques avec l'autre mais bien à une réplique de l'autre dans le Soi en raison de similarités au niveau des intentions, des actions et des buts poursuivis. Cette notion suppose pouvoir expérimenter les comportements expressifs, les réactions et les inclinaisons de l'autre à l'image de qui nous sommes en tant qu'agent de nos actions, de nos affects et de nos sentiments. Ce facteur est appuyé par la recherche en neuroscience alors qu'on constate une activation des mêmes zones cérébrales (régions du cortex cortex premoteur ventral et du cortex pariétal postérieur) chez celui qui exécute une action, comme prendre une tasse de café, croquer dans une pomme, que chez celui qui l'observe comme témoin. Les auteurs relient cette activité cérébrale au «mécanisme miroir», un mécanisme qui jouerait un rôle important dans les comportements imitatifs de l'enfant.

Ainsi les expressions faciales d'affects qu'on observe durant le contre-transfert pourraient survenir en raison d'un mécanisme similaire au «mécanisme miroir». Être le témoin d'une émotion par le biais des expressions faciales pourrait activer chez celui qui l'observe les mêmes muscles faciaux de façon congruente, en raison de la réutilisation des mêmes circuits neurologiques sous-jacents à ses propres expériences émotionnelles et sensorielles. Cette synchronisation favoriserait un échange tacite entre les partenaires et permettrait un accès à l'autre que ne saurait traduire adéquatement les mots. Les expressions faciales pourraient donc être considérées dans le contexte d'une démarche menant à la représentation symbolique ou encore en tant que réponse autonome, porteuse de sens, rendue possible par cette dimension d'«intercorporéalité» qui unie les partenaires de la dyade.

7.1. Limites et contraintes de l'étude

Nous avons cherché à démontrer qu'une prise en compte de l'affect avec la méthode vidéo pouvait améliorer la mesure du construit à la GAM-T. Cette démarche n'en est actuellement qu'à ses premières découvertes et d'autres études seront nécessaires pour vérifier empiriquement l'existence d'un tel lien. Des résultats moins concluants attestent des limites de cette étude et nous suggèrent que l'affect n'était probablement pas le seul facteur à avoir influencé nos résultats.

Une première limitation porte sur les résultats que nous obtenons pour le RAT et le REF au premier niveau de la codification. Nous étions d'avis que les réactions sollicitées par la consigne de l'ATSS (Davison et al., 1997) étaient suffisamment filtrées par la conscience du thérapeute pour que la cotation du matériel reste inchangée que l'on choisisse d'utiliser le verbatim écrit seul ou accompagné du visionnement des expressions faciales du thérapeute. Nous avons tenté d'interpréter ces résultats inattendus de plusieurs façons. D'abord en proposant que la méthode vidéo puisse exercer un effet additif sur la cotation en raison de la complémentarité qui unie les informations verbales et non verbales transmises dans le RAT. Ensuite nous avons proposé que l'interrelation entre le premier et le deuxième niveau de cotation de la grille puisse expliquer le score attribué au REF parce que les champs d'activités les plus fréquemment reconnus à la vidéo étaient ceux qui correspondaient aux étapes initiales du cycle de la réflexivité. Enfin nous avons considéré le rapport d'interdépendance existant entre les modes d'activité de la grille et émis l'hypothèse que le juge-coteur pouvait faire un contrepoids naturel entre les scores qu'il attribuait au REAC et au REF selon la méthode.

Le tableau 1 montre que ces résultats inattendus peuvent dépendre d'un autre facteur. Lorsqu'on s'intéresse au score moyen qu'attribue le juge-coteur au RAT et au REF au premier niveau de la codification, on remarque une tendance dans les scores octroyés comme si le RAT était le mode d'activité qui devait nécessairement dominer les protocoles cotés à la vidéo et le REF était l'activité qui devait dominer les protocoles cotés à l'écrit. Cette tendance qu'on observe dans la recherche pose problème car il semble se dessiner une

«polarisation» du score attribué en fonction de la méthode employée par le juge-coteur. Ceci nous force à admettre qu'il peut y avoir un autre facteur qui intervient dans nos résultats, un facteur que nous attribuons à la formation dispensée aux équipes de juges-coteurs.

Les équipes de juges-coteurs ont eu à suivre une formation pour codifier les protocoles de la recherche. Cette formation comportait un volet pratique et exigeait des équipes qu'elles cotent des protocoles de recherches antérieures et qu'elles appliquent correctement les instructions qui figuraient dans le guide de codification en utilisant la méthode de cotation qui leur avait été assignée (voir la section intitulée : Formation des équipes de juges-coteurs). Cette formation s'est déroulée comme prévue et les coefficients d'accord interjuges répondaient à des niveaux d'ententes très satisfaisants, nous assurant un contrôle de la variance entre les scores des membres d'une même équipe. Ces niveaux d'ententes élevées ont soutenus la fidélité de la grille d'analyse utilisée d'un coteur à l'autre.

Le problème qu'on soulève ne pouvait se détecter dans les taux d'accords calculés pour chaque équipe. On suppose plutôt un manque de constance dans les consignes qui étaient données aux équipes de juges-coteurs pour départager les réactions relevant du RAT et du REF. Ainsi les équipes de juges-coteurs ont été entraînés à différents moments et les protocoles qui étaient utilisés n'étaient pas forcément les mêmes d'une équipe à l'autre. Il arrivait qu'une équipe éprouve des difficultés à coter certains protocoles. Le formateur devait alors intervenir et tenter de résoudre ces problèmes de façon ciblée. Son enseignement pouvait aider à travailler les cotes consensuelles et ultimement renforcer les taux d'accords, mais ses interventions ont pu mener à différentes façons d'appliquer les critères de cotation et, conséquemment, contribuer à cette polarisation des scores que nous remarquons pour le RAT et le REF.

Par ailleurs on doit reconnaître que la cotation avec la vidéo présentait plusieurs défis. Un protocole prenait en moyenne deux fois plus de temps à coter avec la méthode vidéo qu'avec la méthode écrite. La méthode vidéo enregistrait non seulement les expressions faciales du thérapeute mais aussi les pauses, les silences et les manœuvres que faisait le thérapeute pour procéder au changement des vignettes cliniques. Le juge-coteur se trouvait exposé à des

éléments contextuels de l'expérimentation et ces éléments pouvaient le distraire du matériel qui était pertinent à la codification. Il serait profitable pour la recherche à venir que ces éléments contextuels soient retirés de la bande pour conserver uniquement les séquences où sont captées les expressions faciales du thérapeute. Cette pratique se retrouve dans les études de Rainer Krause et elle permet de réduire significativement le temps d'exposition à une bande d'enregistrement. L'adoption de ce procédé procurerait une plateforme de qualité lorsque viendrait le moment de réaliser une étude approfondie des expressions faciales d'affects qui surviennent durant le contre-transfert.

Nos hypothèses dépendaient en partie de l'habileté du juge-coteur à reconnaître certains patterns faciaux véhiculant les affects plus crus et moins nuancés. Nous souhaitions également qu'il puisse reconnaître des patterns d'expressions faciales traduisant l'expérience d'émotions plus complexes. Nos attentes étaient élevées considérant que nous avions à faire à des comportements furtifs qu'on étudie généralement en ayant recours à une méthodologie expérimentale permettant un ralenti très considérable des micro-changements du visage enregistrés sur bande vidéo. Également nous disposions seulement du Guide de formation qui contenait des repères élaborés pour coter le verbatim écrit (Normandin et al., 2004). La cotation à l'aide de la méthode vidéo représentait donc un défi de taille mais nous étions d'avis que ces comportements non verbaux pouvaient influencer le juge-coteur et l'évaluation qui était faite de l'activité mentale. Des travaux que nous avons présentés soutiennent que nous sommes naturellement équipés pour percevoir, décoder et comprendre implicitement les intentions sous-jacentes de nos partenaires d'interaction dyadique. On peut se rappeler le «mécanisme miroir» dont parlaient Ammaniti et Gallese (2014) et qui accompagne implicitement nos rapports avec les autres, ou encore cette tendance documentée par Descoteaux (2003) et qui suppose que nous accordions intuitivement préséance aux indices non verbaux par rapport aux indices verbaux lorsqu'une discordance est perçue entre les verbalisations et le comportement non verbal contingent. De récents travaux que nous avons consultés appliquent également ces dispositions naturelles au cadre du processus psychothérapeutique (voir à ce sujet, Boston Change Process Study Group, 2008). On avait donc de bonnes raisons de croire que les indices non verbaux pouvaient effectivement

influencer le travail du juge-coteur. De tels indices auront mis à l'épreuve cette capacité d'opérer une synthèse des informations communiquées durant le contre-transfert.

Nous avons choisi d'étayer cette étude sur une approche des expressions faciales qui reste contestée, celle mise de l'avant par Ekman et reprise par Rainer Krause dans les études qui ont marquées les années 2000. Cette approche qui préconisait une correspondance entre certains patterns d'expressions faciales et les émotions ne cesse de susciter les débats théoriques. La littérature présente d'autres conceptions du domaine des expressions faciales mais nous avons choisi une approche qui traite simplement ce phénomène, au risque de voir teinter notre discours d'une certaine forme d'inférence causale. Kappas et Descoteaux (2003) nous rappelle que la dyade au sein de laquelle on observe les expressions faciales possède les propriétés d'un système. Une expression faciale qui survient à tel moment peut être causée par des micro-changements opérés entre facteurs du système sans que l'on parvienne à en identifier véritablement la source. Dans le même sens, notre étude présentait sans doute d'autres facteurs opérant dans la dyade qui pouvaient influencer le score attribué par le juge-coteur. Sur le plan des informations non verbales, on peut reconnaître la posture et les comportements paralinguistiques (inflexion, ton, débit, pauses et silences, etc.) communiqués par le thérapeute.

Enfin nous ne détenons pas d'évidences attestant que les expressions faciales d'affects se soient effectivement produites durant le contre-transfert mesuré à la GAM-T. La preuve que nous avons est indirecte et se limite aux changements entre les scores inscrits sur la feuille de pointage du juge-coteur. Nous arrivons maintenant à une étape de la recherche où la codification réalisée à la GAM-T pourrait bénéficier d'une information issue d'une méthode d'analyse plus approfondie des expressions faciales d'affects comme celle de l'EMFACS (Ekman et al., 1994). Ceci nous permettrait de vérifier les types d'expressions faciales qui semblent effectivement caractériser certaines activités mentales de la grille et de pouvoir mettre en place des critères pouvant servir à améliorer la codification et le volet de la formation dispensée au juge-coteur. C'est un travail important que devra poursuivre le chercheur intéressé par l'étude des expressions faciales durant le contre-transfert.

CONCLUSION

Cette étude exploratoire arrive à point car la méthode vidéo était utilisée dans la recherche à la GAM-T sans que l'on connaisse véritablement son effet sur la mesure du construit. Nos résultats alimentent la perspective mise de l'avant par Rainer Krause et son équipe à la suite du vaste programme de recherche qu'ils ont mené au cours des années 2000. Filmer les expressions faciales ouvrait une fenêtre sur le monde interne du thérapeute et nous permettait d'accéder à des réactions qui avaient potentiellement une influence sur la cotation à la GAM-T.

Cette étude a des retombées importantes. Les expressions faciales du thérapeute ont facilité l'attribution des cotes au REAC, un mode d'activité qui restait difficile à répertorier avec la méthode écrite parce qu'il interpellait les forces inconscientes. Cette étude suggère également que ces réactions non verbales pouvaient intervenir dans la métabolisation de l'affect, précisément au moment où le thérapeute s'investit et prend connaissance de réactions internes encore diffuses. Une avenue de recherche des plus prometteuses nous provient de la cotation menée au deuxième niveau du REF. Les expressions faciales ont facilité la reconnaissance des champs d'activité de l'émergence que sont l'émergence agie/bloquée et l'émergence contenue. L'expression d'affects plus crus et moins nuancé accompagnerait l'émergence agie/bloquée alors que l'expression d'affects plus complexes et mélangés («blending») accompagnerait l'émergence contenue. On trouve ici une réponse à la question demeurée longtemps en suspens, à savoir si les catégories de la grille correspondent effectivement à des expériences subjectives réelles (Normandin, 2000). L'activité mentale mesurée à la GAM-T serait composée de signaux affectifs tangibles et distinctifs communiqués pour certains champs d'activité de la grille, des signaux que le thérapeute exprime ouvertement et qui alimentent l'échange au sein de la dyade.

Cette étude reposait sur le travail exercé par le juge-coteur à la GAM-T. Sa contribution demeure indispensable pour pouvoir étayer la recherche car le contre-transfert reste une activité qui se dérobe à l'auto-analyse, surtout lorsqu'il se manifeste sous la forme d'un conflit résiduel. L'accès au comportement non verbal aura propulsé la codification vers une

autre dimension, reflétant un contre-transfert plus près de la réalité vécue dans la dyade thérapeutique. La codification aura gagné en richesse et en complexité et nous aura rapprochée d'un souhait exprimé dans un premier relevé de littérature sur le contre-transfert, dans lequel il était conclu que le moyen idéal pour s'accommoder du contre-transfert sans sacrifier sa complexité était de disposer d'un « investigateur caché sous le divan du patient» (traduction libre, Singer et Luborsky, 1977, p. 449).

Cette étude répondait au besoin de tester l'avancement réalisé de la méthode de cueillette des réactions de contre-transfert. On peut dire que les expressions faciales nous ont permis de pallier au problème de la «sous-représentation» des réactions inconscientes du contre-transfert. Ce problème caractérisait la méthode écrite qui recueillait les réactions filtrées par la conscience du thérapeute, un problème qu'on parvenait tant bien que mal à réduire en procédant au rappel des réactions verbales spontanées. Bien que l'on dispose maintenant d'un accès privilégié au monde interne du thérapeute, est-ce dire que la méthode vidéo compense pour les écarts et les limites inhérentes à l'emploi de la méthode écrite? Disposer de la meilleure méthode ne saurait garantir que l'on a trouvé le meilleur moyen pour mesurer le contre-transfert car il faudrait reconnaître que l'on peut mesurer l'inconscient (Lecours et al., 1995).

La méthode écrite produit des résultats qui négligent l'apport important des données non verbales et des réactions inconscientes du contre-transfert. Mais à l'heure actuelle les résultats empiriques que nous obtenons ne nous permettent pas de conclure que la méthode vidéo représente la meilleure méthode. Le choix à faire n'est pas si évident que cela et on doit tenir compte d'un certain nombre de facteurs.

La principale faiblesse de la méthode vidéo demeure cette difficulté à faire reconnaître les étapes avancées du REF. Nous avons proposé des réponses à cette faiblesse, mais cela reste une limite de l'étude si l'on considère le contexte de révision de la grille et le rapprochement qu'on vient d'établir entre le construit d'activité mentale et celui de la mentalisation chez Fonagy, spécialement en rapport avec la fonction réflexive. La révision de la grille génère d'intéressantes opportunités de collaboration entre chercheurs et favorisera un

approfondissement des relations entre les deux construits. Il nous paraît malaisé dans un tel contexte de privilégier une méthode qui pourrait comporter un risque pour la mesure des étapes avancées du REF. D'autre part, le choix d'utiliser la méthode vidéo doit aussi tenir compte d'un rapport coût-bénéfice. La codification de l'activité mentale avec la vidéo prend en moyenne deux fois plus de temps qu'avec la méthode écrite; ce coût est élevé en termes de ressources et cela peut prolonger le temps consacré à la réalisation d'une étude.

Cette étude s'inscrit dans un courant de recherche novateur et très peu exploré. Les données non verbales et les expressions faciales font partie du répertoire de réactions du thérapeute et leur prise en compte peut améliorer la mesure à la GAM-T. Nous avons intérêt à continuer le travail et intégrer ces données nouvelles à l'activité mentale du thérapeute. Les résultats des études de Krause nous offrent des assises qui peuvent nous aider à poursuivre cet effort. Observer des variations dans l'expression faciales d'affects ou noter la présence d'un affect qui accapare le champ d'expressivité du thérapeute peut renvoyer à des processus mentaux bien différents. La prochaine utilisation de la méthode vidéo devrait profiter des avancées technologiques et faire usage de caméras plus puissantes pour avoir une meilleure qualité d'enregistrement. On recommande également d'éliminer les facteurs contextuels des enregistrements (longues pauses, manœuvres pour les changements de vignettes, etc.) pour garantir une standardisation du matériel et raccourcir le temps de codification.

On devrait pouvoir se doter à moyen terme d'une base de données qui permettra de réaliser des études de cas. Des profils de l'activité mentale du thérapeute ont déjà été mis en relation avec des caractéristiques personnelles ou professionnelle. On propose ici de mettre en relation ces profils avec une mesure plus précise et directe des expressions faciales. Ces analyses intra-individuelles repousseront encore davantage les limites de cet accès au monde interne du thérapeute. Nous souhaitons voir d'autres chercheurs intéressés par cette question prendre le relai et débuter cette aventure.

BIBLIOGRAPHIE

- Altman, D.G., & Bland, J.M. (1983). Measurement in medicine: The analysis of method comparison studies. *The Statistician*, 32, 307-317.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ammaniti, M., & Gallese, V. (2014). *The birth of intersubjectivity : Psychodynamics, neurobiology, and the self*. New York: W.W. Norton & Company.
- Anastasi, A. (1976). *Psychological testing*. New York: MacMillan Publishing Co.
- Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B., & Krause, R. (1997). Affective dyadic behavior, core conflictual relationship themes, and success of treatment. *Psychotherapy Research*, 7(4), 397-417.
- Arlow, J.A. (1979). The genesis of interpretation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 193-206.
- Balint, A., & Balint, M. (1939). On transference and counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 20, 223-230.
- Baranger, M. (1993). The mind of the analyst: From listening to interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 15-24.
- Baranger, M., & Baranger, W. (1961). La situation analytique comme champ dynamique. *Revue française de Psychanalyse*, XLIX (6), 1543-1571, 1985.
- Bartko, J.J. (1976). On various interclass correlation reliability coefficients. *Psychological Bulletin*, 83, 762-765.
- Beutler, L.E., Crago, M., & Arizmendi, T.G. (1986). Research on therapist variables in psychotherapy. Dans A. E. Bergin et S.L. Garfield (Éds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3^e éd., pp. 257-310). New York: John Wiley & Sons.
- Binning, J.F., & Barrett, G.V. (1989). Validity of personnel decisions: A conceptual analysis of the inferential and evidential bases. *Journal of Applied Psychology*, 74, 478-494.
- Bion, W.R. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock Publications.
- Blatt, S.J., Wiseman, H., Prince-Gibson, E., & Gatt, C. (1991). Object representations and change in clinical functioning. *Psychotherapy*, 28, 273-283.
- Blum, H.P., & Goodman, W.H. (1995). Countertransference. In B.E. Moore & B.D. Fine (Eds.), *Psycho-analysis: The major concepts* (pp. 121-129). New Heaven: Yale University Press.
- Boston Change Process Study Group. (2008). Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and reflective-verbal domains. *Psychoanalytic Dialogues*, 18, 125-148.
- Bouchard, M.A., Normandin, L., & Frôté, P. (1994). De l'écoute à l'interprétation : Une approche des phénomènes du contre-transfert [From listening to interpretation : A

phenomenological approach of countertransference]. *Revue Québécoise de Psychologie*, 15, 155-192.

Brière, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory (TSI): Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Ressources, Inc.

Bucci, W. (2001). Pathways of emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 40-70.

Bucci, W., & Freedman, N. (1978). Language and hand: The dimension of referential competence. *Journal of Personality*, 46, 594-622.

Bucci, W., & Freedman, N. (1981). The language of depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45, 334-358.

Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: John Wiley & Sons.

Darwin, C. (1998). *The expression of the emotions in man and animals: Definitive edition* (P. Ekman, Ed.). Oxford, England: Oxford University Press. (Original publié en 1872)

Davison, G.C., Robins, C., & Johnson, M. (1983). Articulated thoughts during simulated situations: A paradigm for studying cognition in emotion and behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 17-40.

Davison, G.C., Vogel, R.S., & Coffman, S.G. (1997). Think-aloud approaches to cognitive assessment and the articulated thoughts in simulated situations paradigm. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 950-958.

Descoteaux, J. (2003). *Transfert et contre-transfert: Importance relative des expressions verbales et non verbales du patient*. (Thèse de doctorat non-publiée, Université Laval, Québec, QC).

Dreher, M., Mengele, U., Krause, R., & Kämmerer, A. (2001). Affective indicators of the psychotherapeutic process: An empirical case study. *Psychotherapy Research*, 11(1), 99-117.

Dubé, J.É., & Normandin, L. (1994, juin). *Beginning therapists' mental activities and thematic contents elicited by child and adolescent sessions: Beyond 'tabula rasa' level*. Communication présentée au 25th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, York, Angleterre.

Dubé, J.É., & Normandin, L. (1997, juin). *Ecological validity of the Countertransference Rating System (CRS)*. Communication présentée au 28th Annual Meeting for Psychotherapy Research, Geilo, Norway.

Dubé, J.É., & Normandin, L. (1999). The mental activities of trainee therapists of children and adolescents: The impact of personal psychotherapy on the listening process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 216-228.

Dubé, J.É., & Normandin, L. (2007). Mental activity and referential activity of beginning therapists: A construct validity study of the Countertransference Rating System (CRS). *American Journal of Psychotherapy*, 61, 351-374.

- Ekman, P. (1972). Universals and cultural differences in facial expressions of emotion. Dans J. Cole (Éd.), *Nebraska symposium on motivation* (pp. 207-283). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Ekman, P. (1977). Biological and cultural contributions to body and facial movement. Dans J. Blacking (Ed.), *The anthropology of the body* (pp. 39-84). London: Academic Press.
- Ekman, P. (1982a). *Emotion in the human face*. New York: Cambridge University Press.
- Ekman, P. (1982b). Methods for measuring facial action. Dans K.R. Scherer et P. Ekman (Éds.), *Handbook of methods in nonverbal behaviour research* (pp. 45-135). New York: Cambridge University Press.
- Ekman, P. (1985). *Telling lies*. New York: Norton.
- Ekman, P. (1989). The argument and evidence about universals in facial expression of emotions. Dans H. Wagner et A. Manstead (Éds.), *Handbook of social psychophysiology* (pp. 143-164). Chichester: Wiley Press.
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review*, 99, 550-553.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Ekman, P., & Friesen, W.V. (1975). *Unmasking the face: A guide to recognizing emotions from facial clues*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Ekman, P., & Friesen, W.V. (1986). A new pancultural expression of emotion. *Motivation and Emotion*, 10, 159-168.
- Ekman, P., Friesen, W.V., & Ancoli, S. (1980). Facial signs of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1416-1426.
- Ekman, P., Friesen, W.V., & Hager, J.C. (2002). *Facial Action Coding System (FACS)*. San Francisco: University of California San Francisco Press.
- Ekman, P., Huang, T., Sejnowski, T., & Hager, J.C. (1992). *Final report to NSF of the planning workshop on facial expression understanding*. Tiré de <http://alt.xmission.com/nirc1/Research/research.html>
- Ekman, P., Irwin, W., & Rosenberg, E. (1994). *EMFACS: Coders instructions (EMFACS-8)*. San Francisco: University of California San Francisco Press.
- Ekman, P., & O'Sullivan, M. (1992). Who can catch a liar? *American Psychologist*, 46, 913-920.
- Ekman, P., & Rosenberg, E.L. (1997). *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS)*. New York: Oxford University Press.
- Ekman, P., & Sejnowski, T. (1992). The importance of facial expression. Dans P. Ekman, T. Huang, T. Sejnowski & J.C. Hager (Éds.), *Final report to NSF of the planning workshop on facial expression understanding* (pp. 3-5). Tiré de <http://alt.xmission.com/nirc1/Research/research.html>

- Ellsworth, P.C., & Smith, C.A. (1988). Shades of joy: Patterns of appraisal differentiating pleasant emotions. *Cognition and Emotion*, 2, 301-331.
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguer, L., Berthelot, N., & Parent, K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 23(5), 526-538.
- Ensink, K., Normandin, L., & Maheux, J. (2007). La psychothérapie focalisée sur le transfert (TFP) et le fonctionnement réflexif. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 75-92.
- Epstein, L., & Feiner, A.H. (1988). Countertransference: The therapist's Contribution to Treatment. Dans B. Wolstein (Ed.), *Essential papers on countertransference* (pp. 282-303). New York: New York University Press.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.
- Faul, F., & Erdfelder, E. (1992). *GPOWER: A priori, post hoc, and compromise power analyses for MS-DOS* [Computer program]. Bonn, FRG: Department of Psychology, Bonn University.
- Ferenczi, S. (1953). The control of countertransference. Dans J. Rickman (Éd.), *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis* (pp. 186-189). New York: Basic Books. (Original publié en 1926)
- Ferenczi, S. (1975). La technique psychanalytique. Dans *Psychanalyse II, Oeuvres complètes: 1913-1919* (J. Dupont, trad) (pp. 327-337). Paris : Payot. (Original publié en 1919)
- Ferenczi, S., & Rank, O. (1956). *The development of psychoanalysis*. New York: Dover. (Original publié en 1924)
- Fliess, R. (1942). The metapsychology of the analyst. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 211-227.
- Foelsch, P.A., Normandin, L., Clarkin, J.F., & Parent, K (2001, juillet). *An examination of the relationship between psychotherapy process and patient changes after one-year of psychotherapy*. Communication présentée à l'International Psychoanalytic Association Congress, Nice, France.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The Capacity for Understanding Mental States: The Reflective Self in Parent and Child and Its Significance for Security of Attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-Functionning Manual (Version 5), for Application to Adult Attachment Interviews*. Manuscrit non-publié, University College London.

- Freud, S. (1950). *The interpretation of dreams*. New York: Random House. (Original publié en 1900)
- Freud, S. (1953). De la psychothérapie. Dans *De la technique psychanalytique* (A. Bermann, Trad.) (pp. 9-22). Paris : Presses universitaires de France. (Original publié en 1905)
- Freud, S. (1953). À propos de la psychanalyse dite « sauvage ». Dans *De la technique psychanalytique* (A. Bermann, Trad.) (pp. 35-42). Paris : Presses universitaires de France. (Original publié en 1910)
- Freud, S. (1953). Le début du traitement. Dans *De la technique psychanalytique* (A. Bermann, Trad.) (pp. 80-104). Paris : Presses universitaires de France. (Original publié en 1913)
- Freud, S. (1958). The future prospects of psychoanalytic therapy. Dans J. Strachey (Éd. et Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 141-151). London: Hogarth Press. (Original publié en 1910)
- Freud, S. (1958). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. Dans J. Strachey (Éd. et Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 111-120). London: Hogarth Press. (Original publié en 1912)
- Freud, S. (1958). From the history of an infantile neurosis. Dans J. Strachey (Éd. et Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 3-122). London: Hogarth Press. (Original publié en 1918)
- Freud, S. (1960). *The Ego and the Id*. New York: W.W. Norton & Company. (Original publié en 1923)
- Friesen, W.V. (1972). *Cultural differences in facial expressions in a social situation: An experimental test of the concept of display rules*. (Thèse de doctorat non-publiée, Université de la Californie, San Francisco).
- Friesen, W.V., & Ekman, P. (1984). *EMFACS-7: Emotional Facial Action Coding System*. Manuscrit non-publié, Université de la Californie, San Francisco.
- Frijda, N.H. (1986). The emotions. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fröté, P., & Bouchard, M.A. (1993). Le contre-transfert : D'obstacle à instrument. *Psychothérapies*, 13, 145-160.
- Gelso, C.J., Fassinger, R.E., Gomez, M.J., & Latts, M.G. (1995). Countertransference reactions to lesbian clients: The role of homophobia, counselor gender, and countertransference management. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 356-364.
- Gelso, C.J., & Hayes, J.A. (2002). The management of countertransference. Dans *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 267-283). New York: Oxford University Press.
- Goodyear, R. K. (1979). Inference and intuition as components of empathy. *Counselor Education and Supervision*, 18, 214-222.
- Grinberg, L. (1979). Countertransference and projective counteridentification. *Contemporary psychoanalysis*, 15(2), 226-247.

Guignard, F. (2002). Apories de la transformation de l'activité psychique du psychanalyste en exercice: tâches aveugles - interprétations bouchons. *Revue française de Psychanalyse, LXVI* (5), 1653-1659.

Hayes, J.A., & Gelso, C.J. (1991). Effects of therapist-trainees' anxiety and empathy on countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 284-290.

Hayes, J.A., & Gelso, C.J. (1993). Male counselors' discomfort with gay and HIV-infected clients. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 86-93.

Hayes, J.A., Gelso, C.J., VanWagoner, S.L., & Diemer, R.A. (1991). Managing countertransference: What the experts think. *Psychological Reports, 69*, 139-148.

Hayes, J.A., Riker, J.R., & Ingram, K.M. (1987). Countertransference behavior and management in brief counseling: A field study. *Psychotherapy Research, 7*(2), 145-153.

Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis, 31*, 81-84.

Holt, R.R. (1970). *Manual for the scoring of primary process manifestations in Rorschach responses* (10th ed.). Unpublished manuscript, New York University, Research Center for Mental Health.

Hufnagel, H., Steimer-Krause, E., Wagner, G., & Krause, R. (1993). Facial expression and introspection within different groups of mental disturbances. Dans J.W. Pennebaker & H.C. Traue (Éds.), *Emotional expression and inhibition in health and illness* (pp. 164-179). Göttingen: Hogrefe.

Huynh, H., & Feldt, L.S. (1976). Estimation of the box correction for degrees of freedom from samples data in randomised block and split-plot designs. *Journal of Educational Statistics, 1*, 69-82.

Izard, C.E. (1971). *The Face of Emotion*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Izard, C.E. (1991). *The Psychology of Emotion*. New York: Plenum Press.

Jacobs, T.J. (1986). On countertransference enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 34*(2), 289-307.

Jacobs, T.J. (2001). On misreading and misleading patients: Some reflections on communications, miscommunications and countertransference enactments. *The International Journal of Psychoanalysis, 82*, 653-669.

Jung, C.G. (1980). *La psychologie du transfert*. Paris : Albin Michel. (Original publié en 1948)

Kappas, A. (2003). What facial activity can and cannot tell us about emotions. Dans M. Katsikitis (Éds.), *The human face: Measurement and meaning* (pp. 214-234). Boston: Kluwer Academic Publishers.

Kappas, A., & Descoteaux, J. (2003). Of butterflies and roaring thunder: Nonverbal communication in interaction and regulation of emotion. Dans P. Philippot, R.S. Feldman, & E.J. Coats (Éds.), *Nonverbal behavior in clinical settings* (pp. 45-74). New York: Oxford University Press.

- Kernberg, O.F. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 13*, 38-56.
- Kernberg, O.F. (1966). Structural derivatives of object relationships. *International Journal of Psycho-Analysis, 47*, 236-253.
- Kernberg, O.F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 15*, 641-685.
- Kernberg, O.F. (1994). Réactions contre-transférentielles aiguës et chroniques. *Revue française de psychanalyse, 58*, 1563-1579.
- Kernberg, O.F. (2003). The management of affect storms in the psychotherapy of borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 51*, 517-545.
- Kernberg, O.F., Selzer, M.A., Koenigsberg, H.W., Carr, A.C., & Appelbaum, A.H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Klein, M. (1966). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. Dans *Développements de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France. (Original publié en 1946)
- Klein, M. (1968). À propos de l'identification. Dans *Envie et gratitude et autres essais*. Paris: Gallimard. (Original publié en 1955)
- Krause, R., & Lütolf, P. (1988). Facial indicators of transference processes within psychoanalytic treatment. Dans H. Dahl, H. Kächele et H. Thomä (Éds.), *Psychoanalytic Process Research Strategies* (pp. 257-272). Berlin : Springer-Verlag.
- Krause, R., Steimer-Krause, E., & Hufnagel, H. (1992). Expression and experience of affects in paranoid schizophrenia. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 42*(2), 131-138.
- Kris, E. (1942). *Psychoanalytic explorations in art*. New York : International Universities Press.
- Landis, J.R., & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*, 159-174.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Latts, M.G., & Gelso, C.J. (1995). Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 32*(3), 405-415.
- Lecours, S., Bouchard, M.A., & Normandin, L. (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology, 12*, 259-279.
- Little, M. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of Psycho-Analysis, 32*, 32-40.
- Maheux, J. (2014). *Les processus mentaux lors de l'écoute thérapeutique et leurs liens avec les caractéristiques du thérapeute*. (Thèse de doctorat non-publiée, Université Laval, Québec, QC).

Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., & Ensink, K. (en préparation). Révision conceptuelle de la Grille d'Analyse du Contre-transfert (GAC), modification du manuel de codification et établissement des propriétés psychométriques.

Merten, J. (1997). Facial-affective behavior, mutual gaze and emotional experience in dyadic interactions. *Journal of Nonverbal Behavior*, 21, 179-201.

Merten, J. (2003). Context-analysis of facial-affective behavior in clinical populations. Dans M. Katsikitis (Éds.), *The human face: Measurement and meaning* (pp. 131-147). New York: Kluwer Academic Publishers.

Merten, J., & Krause, R. (2003). What makes good therapists fail? Dans P. Philippot, R.S. Feldman, & E.J. Coats (Éds.), *Nonverbal behavior in clinical settings* (pp. 111-124). New York: Oxford University Press.

Merten, J., Ullrich, B., Anstadt, T., Krause, R., & Buchheim, P. (1996). Emotional experiencing and facial expression in the psychotherapeutic-process and its relation to treatment outcome. A pilot study. *Psychotherapy Research*, 6, 198-212.

Morse, J.M., Beres, M.A., Spiers, J.A., Mayan, M., & Olson, K. (2003). Identifying signals of suffering by linking verbal and facial cues. *Qualitative Health Research*, 13(8), 1063-1077.

Normandin, L. (1991). *La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutique*. (Thèse de doctorat non-publiée, Université de Montréal, Québec, QC).

Normandin, L. (2000, août). *Transformation of countertransference reactions and reflective functioning: A construct validity study*. Communication présentée à la Research Conference of the International Psychoanalytic Association, Londres, Angleterre.

Normandin, L., & Bouchard, M.A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflective countertransference. *Psychotherapy Research*, 3, 77-94.

Normandin, L., Dubé, J.É., & Parent, K. (2002). *Grille d'analyse du contre-transfert : Guide de codification macroscopique de l'activité mentale du thérapeute*. Manuscrit non-publié, Université Laval, Québec, Canada.

Normandin, L., Ensink, K., Maheux, J., Dubé, J.É., & Parent, K. (2013). *Manuel de codification de la Grille d'Activités Mentales du Thérapeute (GAM-T)*. Version révisée de la Grille d'Analyse du Contre-Transfert (GAC : Normandin, 1991; GAC-R : Normandin, Dubé, & Parent, 2002). Manuscrit non-publié, Université Laval, Québec, Canada.

Normandin, L., & Foelsch, P.A. (1997). *Transference & Countertransference Analysis (TCA): Therapy process, therapist adherence & skill, Patient Structural Change (PAS) Rating System*. Manuscrit non-publié, Personality Disorders Institute, New York Presbyterian Hospital, Weill Medical College of Cornell University, Westchester Division, White Plains, New York, États-Unis.

Normandin, L., & Foelsch, P.A. (1999, Juin). *Transference & Countertransference Analysis (TCA): A system to assess structural change in severe personality disorders*

throughout treatment. Communication présentée au 30th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy research, Braga, Portugal.

Normandin, L., Foelsch, P.A., & Clarkin, J.F. (1997, Juin). *Assessment of structural change in borderline patients using transference and countertransference paradigm.* Communication présentée au 28th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy research, Geilo, Norvège.

Normandin, L., Parent, K., & Dubé, J.É. (2004). *Grille d'analyse du contre-transfert : Manuel de codification macroscopique de l'activité mentale du thérapeute.* Manuscrit non-publié, Université Laval, Québec, Canada.

Ogden, T. (1994). The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. Dans T. Ogden (Éd), *Subjects of analysis* (pp. 61-95). New York: Aronson.

Pally, R. (2001). A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 71-93.

Parent, K. (2005). *Bénéfices respectifs de deux modèles de formation à la pratique clinique et influence de variables de personnalité et de variables liées à l'ajustement émotionnel sur l'activité mentale de futurs psychothérapeutes.* (Thèse de doctorat non publiée, Université Laval, Québec, QC).

Parent, K., Normandin, L., & Dubé, J.É. (2004). *The impact of personal therapy on countertransference reactions.* Manuscrit soumis pour publication.

Peabody, S.A., & Gelso, C.J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 240-245.

Racker, H. (1953). The countertransference neurosis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 313-324.

Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.

Racker, H. (1968). *Transference and countertransference.* New York: International Universities Press.

Reich, A. (1951). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32, 25-31.

Reik, T. (1976). *Écouter avec la troisième oreille : L'expérience intérieure d'un psychanalyste.* (E. Ochs, Trad.), Paris: Épi. (Original publié en 1948)

Robbins, S.B. (2000). Under attack: Devaluation and the challenge of tolerating the transference. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 136-141.

Robbins, S.B., & Jolkovski, M.P. (1987). Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 276-282.

Rosenberg, E.L. (1997). The study of spontaneous facial expressions in psychology. Dans P. Ekman et E.L. Rosenberg (Éds.), *What the face reveals: Basic and applied studies*

of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS) (pp. 3-17). New York: Oxford University Press.

Rosenberg, E.L., & Ekman, P. (1997). Coherence between expressive and experiential systems in emotion. Dans P. Ekman et E.L. Rosenberg (Eds.), *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS)* (pp. 63-85). New York: Oxford University Press.

Russell, J.A. (1997). "Reading emotions from and into faces" Dans J.A. Russell & J.M. Fernandez-Dols (Éds.), *The psychology of facial expression* (pp. 295-320). Cambridge: Cambridge University Press.

Russell, J.A., & Fernandez-Dols, J.M. (1997). *The psychology of facial expression*. Cambridge: Cambridge University Press.

Scherer, K.R. (1984). Emotion as a multicomponent process. Dans P. Shaver (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology*: Vol. 5. *Emotions, relationship and health* (pp. 37-63). Beverly Hills, CA: Sage.

Schück, S. (1998). [Rapport de recherche sur la méthodologie et les statistiques]. Document inédit. Université de Rennes, France.

Schwaber, E.A. (1992). Countertransference. The analyst's retreat from the patient's vantage point. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 349-361.

Séguin, M.H., & Bouchard, M.A. (1996). Adaptative regression and countertransference mental activity. *Psychoanalytic Psychology*, 13, 457-474.

Shrout, P.E., & Fleiss, J.L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.

Singer, B. A., & Luborsky, L. (1977). Countertransference: The status of clinical versus quantitative research. Dans A. Gurman & A. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy: Handbook of Research* (pp. 433-541). New York: Pergamon.

Stern, A. (1924). On the countertransference in psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, 11, 166-174.

Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.

Tanguay, B., & Semmikian, S. (1984). La psychothérapie d'orientation analytique. *Précis Pratique de psychiatrie*, 34, 40-51.

Tansey, M., & Burke, W. (1989). *Understanding Countertransference*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Tomkins, S.S. (1962). *Affect, imagery, consciousness: The positive affects*. New York: Springer.

Tower, L.E. (1956). Countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 224-255.

VanWagoner, S.L., Gelso, C.J., Hayes, J.A., & Diemer, R.A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(3), 411-421.

Winnicott, D.W. (1949). Hate in the counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 69-75.

Winnicott, D.W. (1958). *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books.

Winnicott, D.W. (1960). Counter-transference. *British Journal of medical Psychology*, 33, 17-21.

Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., & Kernberg, O.F. (2002). *A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Zaiontz, C. (2015). Real Statistics Using Excel. Repéré à <http://www.real-statistics.com>.

Zeddies, T. (2000). A psychoanalytic unconscious and emotional availability: Aspects in the development of analysts and analytic therapists. *The American Journal of Psychoanalysis*, 60, 57-69.

Tableau 1 Moyennes et écarts-types des trois modes d'activité de la grille aux sept vignettes cliniques selon la méthode de cotation utilisée

Mode d'activité mentale et vignettes cliniques	Méthode écrite (N=35)		Méthode vidéo (N=35)	
	M	SD	M	SD
Rationnel/Objectif (RAT)				
Vignette 1	0,80	0,68	1,74	0,56
Vignette 2	0,71	0,62	1,57	0,65
Vignette 3	0,89	0,58	1,77	0,73
Vignette 4	1,46	0,66	1,51	0,56
Vignette 5	1,43	0,56	1,69	0,53
Vignette 6	1,11	0,72	2,06	0,48
Vignette 7	1,20	0,68	1,74	0,56
Réactif (REAC)				
Vignette 1	0,77	0,77	1,17	0,74
Vignette 2	1,00	1,03	1,43	1,07
Vignette 3	0,71	0,79	1,66	0,87
Vignette 4	0,80	0,80	1,20	0,71
Vignette 5	0,89	0,88	1,23	0,73
Vignette 6	1,09	0,82	1,23	0,84
Vignette 7	0,83	0,89	1,34	0,87
Réflexif (REF)				
Vignette 1	2,46	0,56	1,23	0,69
Vignette 2	2,31	0,68	0,97	0,71
Vignette 3	2,34	0,48	0,46	0,66
Vignette 4	1,77	0,64	0,37	0,73
Vignette 5	1,97	0,57	0,77	0,65
Vignette 6	2,37	0,55	1,17	0,62
Vignette 7	2,06	0,64	0,91	0,66

Tableau 2 Résultats des analyses de variance à mesures répétées pour le mode d'activité mentale rationnel / objectif pour les variables méthode et vignette

Source	df	SS	MS	F	n^2
Inter-sujets					
Méthode	1	50.30	50.30	44.09 ***	.39
Erreur 1	68	77.59	1.14		
Intra-sujets					
Vignette	5.7	11.14	1.94	7.33 ***	.09
Méthode x Vignette	5.7	13.77	2.40	9.06 ***	.12
Erreur 2	389.90	103.38	0.26		

Note. n^2 = taille de l'effet

*** $p < .001$.

Tableau 3 Résultats des analyses de variance à mesures répétées pour le mode d'activité mentale réactif pour les variables méthode et vignette

Source	df	SS	MS	F	n^2
Inter-sujets					
Méthode	1	25.14	25.14	11.72 **	.15
Erreur 1	68	145.92	2.15		
Intra-sujets					
Vignette	5.7	3.65	0.65	1.26	.02
Méthode x Vignette	5.7	6.27	1.11	2.16 *	.03
Erreur 2	383.99	197.51	0.51		

Note. n^2 = taille de l'effet

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tableau 4 Résultats des analyses de variance à mesures répétées pour le mode d'activité mentale réflexif pour les variables méthode et vignette

Source	df	SS	MS	F	n^2
Inter-sujets					
Méthode	1	220.90	220.90	214.29 ***	.76
Erreur 1	68	70.10	1.03		
Intra-sujets					
Vignette	6	29.47	4.91	16.55 ***	.20
Méthode x Vignette	6	6.86	1.14	3.85 **	.05
Erreur 2	408	121.10	0.30		

Note. n^2 = taille de l'effet

** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tableau 5 Nombre et proportion des champs d'activité «dominants» identifiés au deuxième niveau de codification pour les deux méthodes de cotation

Mode d'activité mentale et fréquence champs d'activité	Méthode écrite (N=35)		Méthode vidéo (N=35)		X^2 (d.d.l)	Φ_c
	n	%	n	%		
RAT						
Obs.	144	73.8	36	15.1	152.87(1)***	.59
Hyp./ Th.	51	26.2	203	84.9		
REAC						
Primitif	36	25.5	43	20.7	1.13(1)	.06
Mature	105	74.5	165	79.3		
REF						
Em. agie et bloquée	5	2.1	15	9.5	63.89(2)***	.40
Em. Contenue	97	40.2	114	72.2		
Imm./ El.	139	57.7	29	18.3		

Note. Φ_c = taille de l'effet

*** p< .001. unilatéral droit

Figure 1 Diagramme synoptique de l'activité mentale

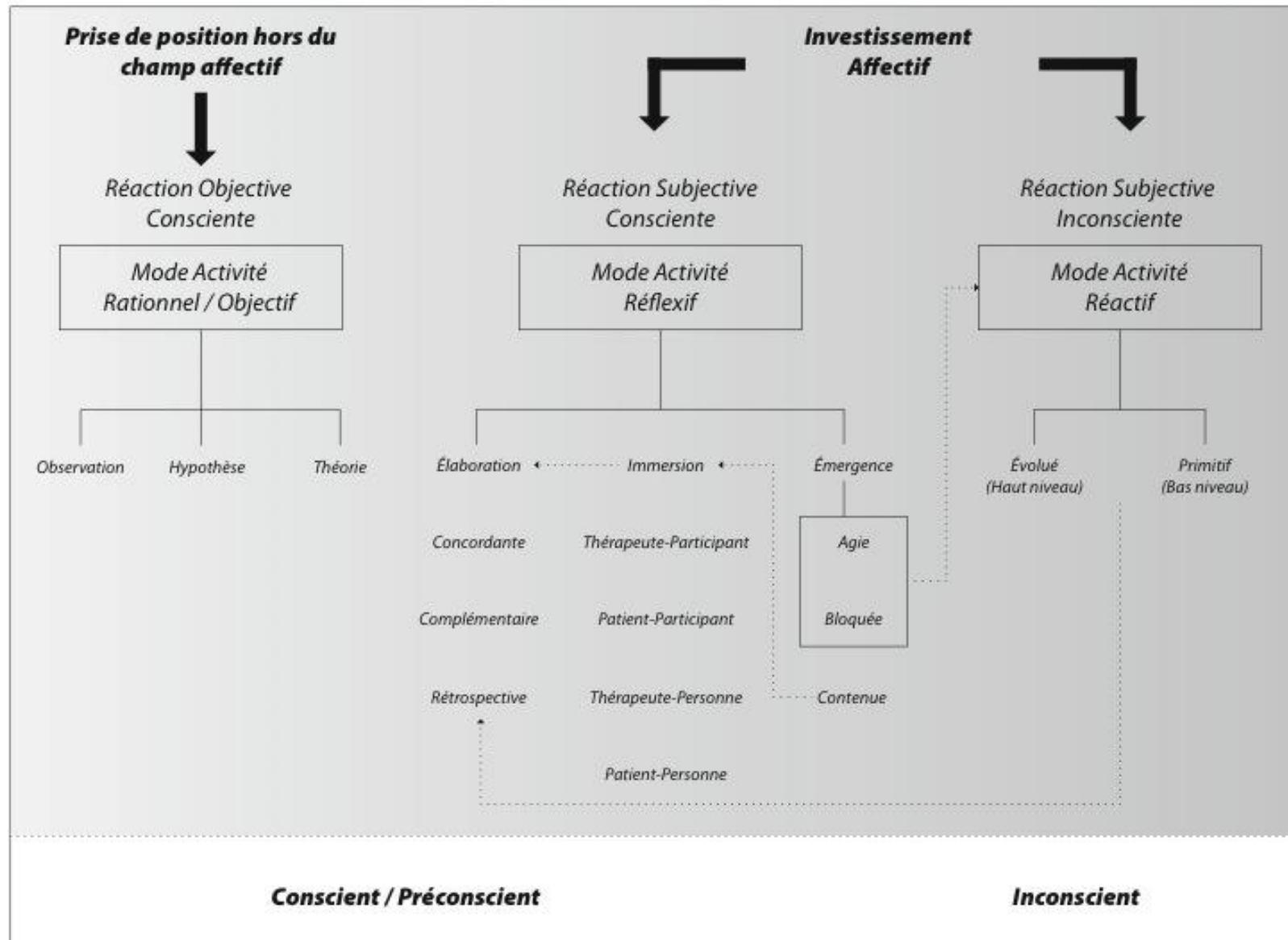


Figure 2 Angle de la recherche selon le réseau nomologique (Binning et Barrett, 1989)

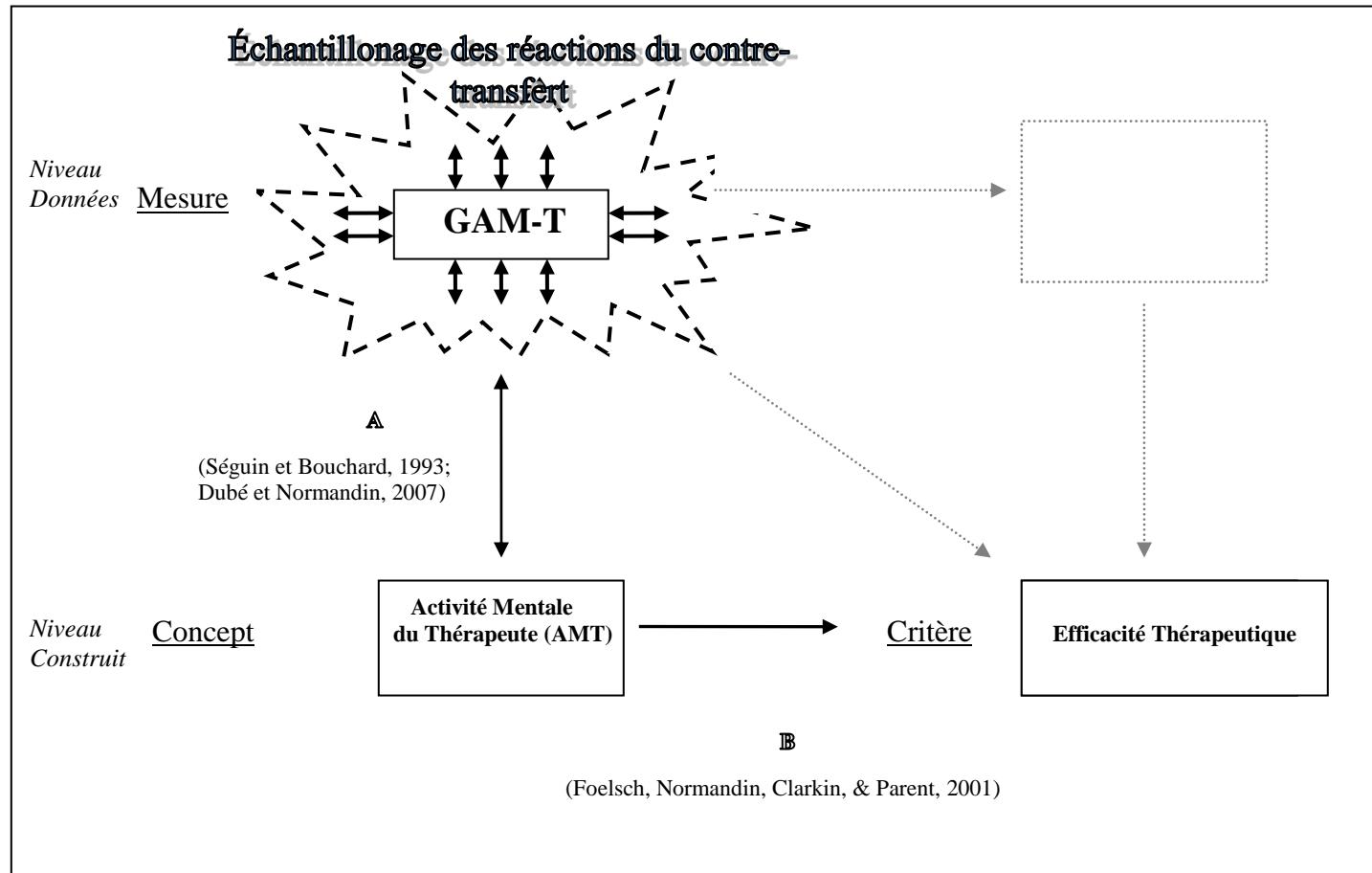


Figure 3 Protocole de Codification de la GAM-T

Feuille de codification

Expérimentation

Date: _____

du participant : _____

de l'enregistrement : _____

Juge : _____

Notes: _____

			Steve (père)	Steve (mère)	Martin (père)	Martin (mère)	Justin (père)	Justin (mère)	Steve (soi)		
NIVEAU 1*	CHOISIR DOM.	RAT									
		REAC									
		REF									
NIVEAU 2	CHOISIR DOM.	RAT	OBSERVATION								
			HYPOTHÈSE								
			THÉORIE								
	CHOISIR DOM.	REAC	MATURE								
			PRIMITIF								
			EM. IMM. EL.	AGIE							
NIVEAU 3	CHOISIR DOM.			BLOQUÉE							
				CONTENUE							
				T-PE							
				T-PA							
				P-PE							
				P-PA							
NIVEAU 3	CHOISIR DOM.	INTERPRÉT.	RAT REAC REF AB. REF PART. REF COMPL.	CONC.							
				COMP.							
				RÉTRO.							

* NIVEAU 1 : 0 = ABSENT ; 1 = CONTRIBUTION MINIMALE ; 2 = CONTRIBUTION SENSIBLE ; 3 = CONTRIBUTION MARQUÉE ; 4 = CONTRIBUTION MAJEURE