

Université de Montréal

Étude du jugement clinique des thérapeutes

par

Marc-Simon Drouin

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

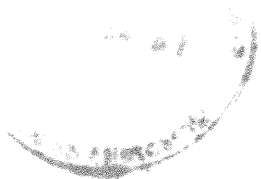
Thèse présentée à la faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en psychologie, option psychologie du counseling

février 2001

© Marc-Simon Drouin



BF
22
US4
2002
v. 009



Page d'identification du Jury

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

Étude du jugement clinique des thérapeutes

présentée par:

Marc-Simon Drouin

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Président rapporteur: Mireille Cyr

Directeur de recherche: Conrad Lecomte

Membre du jury: Margaret C. Kiely

Examineur externe: Louis Diguier

Représentant du doyen: Pierre-Paul Rompré

Thèse acceptée le : _____

Sommaire

Cette étude vise à évaluer la qualité du jugement clinique des thérapeutes à partir de tâches se rapprochant le plus possible des conditions réelles dans lesquelles les cliniciens sont appelés à formuler des hypothèses au sujet de leurs clients. La majorité des études portant sur le jugement clinique sont issues de la psychologie sociale et leurs conclusions sont difficilement généralisables aux conditions rencontrées dans le travail clinique.

Notre étude comporte trois volets. Elle a été réalisée auprès de soixante-deux (62) thérapeutes de deux orientations théoriques différentes (humaniste et psychodynamique) possédant un minimum de cinq années d'expérience dans le domaine de la psychothérapie. Dans un premier temps, nous avons comparé les résultats obtenus par nos sujets à des tâches issues de la psychologie sociale à ceux obtenus lors de tâches se rapprochant davantage du travail clinique. Nous avons observé des différences significatives entre ces deux types de tâches nous permettant d'affirmer que les tâches issues de la psychologie sociale souffrent d'un manque de validité écologique.

Nous avons par la suite tenté de mesurer la validité et la précision des hypothèses cliniques des thérapeutes en les soumettant à une tâche d'évaluation à partir d'une vignette vidéo. La méthode du Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) fut utilisée de façon innovatrice pour mesurer la validité des hypothèses des thérapeutes des deux orientations théoriques. Nous avons de plus été en mesure d'observer que les

thérapeutes ayant le plus d'expérience clinique formulent des hypothèses plus valides que les thérapeutes moins expérimentés.

Le dernier volet de cette recherche tente de saisir la nature des liens existant entre les variables cognitives et affectives des thérapeutes dans une tâche d'évaluation clinique. Deux instruments furent utilisés, le CCRT pour les variables cognitives et la Grille d'Analyse du Contre-Transfert (GAC) pour les variables affectives. Nous n'avons pas pu démontrer la nature de ces liens mais les deux instruments se sont avérés efficaces pour rendre compte des divers aspects de l'activité mentale des thérapeutes.

Remerciements

Je tiens à exprimer mes remerciements sincères à mon directeur de thèse, Monsieur Conrad Lecomte, de m'avoir accompagné tout au long de ce parcours doctoral. Ce fut une route ardue et je souhaite lui témoigner ma reconnaissance pour tout ce que j'ai pu apprendre, grâce à lui, tant au niveau professionnel que personnel. Finalement je lui adresse un merci tout particulier pour..... sa patience !!!

Je désire également exprimer ma profonde reconnaissance à Monsieur Jacques Drouin et Madame Odette Bouillé Drouin pour leur support indéfectible tout au long de mon existence.

Plusieurs personnes m'ont été d'une aide précieuse, chacune à leur façon. Je voudrais remercier tout particulièrement les personnes suivantes : François Bowen (R.C.) pour sa fidélité à toute épreuve et pour sa générosité incomparable ; Gilles Delisle pour tous les rôles qu'il a acceptés de jouer ; Serge Lecours, Marc-André Bouchard, Victor-Manuel Tomas et René Bernèche.

À Anne, ma femme, ma compagne, qui par son support et son amour a permis l'achèvement de cet ouvrage.

À Jérémie, mon fils, merci de donner un sens à tout ceci.

Table des matières

| | |
|---|-----|
| Sommaire | i |
| Remerciements | iii |
| Introduction | 1 |
| Article 1 Étude du jugement clinique, des biais inférentiels et de la complexité cognitive des thérapeutes | 13 |
| Article 2 Expérience, orientation théorique et validité du jugement clinique. La méthode du CCRT | 58 |
| Article 3 Étude de la relation entre les variables affectives et cognitives des thérapeutes | 132 |
| Conclusion | 162 |
| Annexes | |
| Annexe I Explication de la recherche, Dispositions relatives à l'utilisation du matériel, caractéristiques personnelles | 171 |

| | |
|---|------------|
| Annexe II | |
| Mesures des biais inférentiel, vignettes papier/crayon. | 177 Annexe |
| | |
| Annexe III | |
| Consignes et feuilles réponses pour la tâche vidéo | 193 |
| | |
| Annexe IV | |
| Verbatim de l'entrevue d'évaluation | 207 |
| | |
| Annexe V | |
| Catégories standards du CCRT | 210 |
| | |
| Annexe VI | |
| Score de similarité du CCRT | 217 |

Liste des tableaux

Article 1

Tableau 1

Fréquences des thérapeutes par sexe et
orientation théorique 29.

Tableau 2

Fréquences des réponses obtenues aux tâches
de corrélations illusoires 34

Tableau 3

Score moyens et écarts type aux tâches se rapportant
à la nature de l'information 35

Tableau 4

Matrice de corrélations entre les différents biais
Cognitifs et la complexité cognitive 37.

Article 2

Tableau 1

Fréquences des thérapeutes par sexe et
orientation théorique 77

| | |
|--|----|
| Tableau 2 | |
| Patterns relationnels identifiés par les juges experts pour les trois extraits | 81 |
| Tableau 3 | |
| Patterns relationnels identifiés par les juges experts pour la compréhension clinique globale | 82 |
| Tableau 4 | |
| Liste des scores disponibles pour les analyses | 85 |
| Tableau 5 | |
| Kappas obtenus pour les juges experts pour les trois extraits | 87 |
| Tableau 6 | |
| Kappas obtenus par les juges ayant cotés les réponses des sujets | 88 |
| Tableau 7 | |
| Fréquences d'occurrence de chacune des composantes relationnelles pour chacun des extraits | 90 |
| Tableau 8 | |
| Scores moyens et écarts-types obtenus pour l'ensemble des sujets pour les trois extraits et les deux compréhension cliniques | 92 |

| | |
|--|-----|
| Tableau 9 | |
| Scores de similarité inter extraits. | 94 |
| | |
| Tableau 10 | |
| Score de similarité de chacun des extraits avec la compréhension clinique globale | 95 |
| | |
| Tableau 11 | |
| Manova score de précision pour chacun des extraits en fonction du sexe et de l'orientation théorique | 97 |
| | |
| Tableau 12 | |
| Moyennes et écarts-types obtenus par les sujets à l'extrait trois en fonction du sexe et de l'orientation théorique | 98 |
| | |
| Tableau 13 | |
| Moyennes et écarts type des scores de similarité extraits 1 2 3 vs score global de compréhension clinique global | 100 |
| | |
| Tableau 14 | |
| Comparaison des moyennes obtenues entre les scores de similarité des trois extraits avec la compréhension clinique globale | 101 |

Tableau 15

| | |
|---|-----|
| Comparaison de moyennes des scores obtenus à la composante désir pour l'extrait deux en fonction du niveau d'expérience | 104 |
|---|-----|

Article trois

Tableau 1

| | |
|---|-----|
| Scores de précision moyens pour l'ensemble des sujets à chaque extrait, pour la compréhension clinique et la compréhension clinique globale | 146 |
|---|-----|

Tableau 2

| | |
|--|-----|
| Fréquences obtenus pour la GAC à chacun des extraits | 147 |
|--|-----|

Tableau 3

| | |
|--|-----|
| Matrice de corrélation inter-extrait pour la GAC | 148 |
|--|-----|

Tableau 4

| | |
|--|-----|
| Matrice de corrélations entre précision clinique à chaque extrait et activité contre-transférentielle à chaque extrait | 150 |
|--|-----|

Liste des graphiques

| | |
|---|-----|
| Figure 1 | |
| Niveau de précision à la composante Désir | 102 |
| Figure 2 | |
| Niveau de précision à la composante R.O. | 102 |
| Figure 3 | |
| Niveau de précision à la composante R.S. | 103 |

Introduction

L'évaluation de l'efficacité thérapeutique est au coeur des préoccupations des chercheurs dans le domaine très vaste de la recherche en psychothérapie. Il est généralement reconnu que la psychothérapie est une forme d'intervention thérapeutique efficace (Howard & Orlinsky, 1986; Kächele, 1993; Lambert & al., 1986; Lambert & Bergin, 1994; Luborsky & al., 1988; Luborsky & al., 1993; Norcross & Goldfried, 1992). Toutefois, comme le note Cramer (1993), il est évident que des études d'évaluation d'efficacité (outcome) ne peuvent fournir que des renseignements assez généraux sur les résultats de la psychothérapie. Ces études n'offrent que peu d'informations sur les dimensions intrapsychiques des participants et sur les processus de changement. Il devient pertinent de s'intéresser à la question des conditions génératrices de changement, c'est-à-dire, aux facteurs qui produisent le changement.

Orlinsky et Howard (1994) font ressortir que la distinction qui existait entre les études portant sur l'efficacité des psychothérapies et les études de processus semble s'être atténuée avec la prolifération d'études portant sur ces deux composantes à la fois (process-outcome studies). Ils ont développé un modèle générique de la psychothérapie qui propose trois catégories de variables de recherche. Les variables formelles (*input*) définissent la forme et le contenu du traitement. Les variables de processus s'attardent à la nature de l'intervention thérapeutique. Finalement, les variables évaluatives (*output*) tentent de cerner les conséquences de l'intervention thérapeutique.

Ces auteurs ont identifié six sous-catégories de variables de processus qu'ils considèrent comme autant d'aspects interdépendants du processus thérapeutique. Ils reconnaissent donc les aspects formels (contrat thérapeutique), techniques, interpersonnels, intrapersonnels, cliniques (impact des entretiens) et temporels.

Au niveau des aspects techniques du processus thérapeutique, les auteurs font appel à la notion d'expertise du thérapeute quant à la problématique de son client. Cette expertise se situe à quatre niveaux. Dans un premier temps, les thérapeutes doivent évaluer la nature de la problématique du client ainsi que ses modes caractéristiques de pensée, émotions et actions. Ils doivent, par la suite, élaborer une formulation clinique et diagnostique de la problématique du client. Ils sélectionnent les stratégies, techniques et interventions appropriées pour finalement susciter la participation du client nécessaire à la bonne conduite de la psychothérapie. La qualité du jugement clinique semble être au coeur des variables responsables de l'amélioration des clients en psychothérapie. Plusieurs auteurs ont souligné la pertinence de décrire le jugement clinique en tant que processus inférentiel où le thérapeute procède au traitement de l'information présentée par un client, pour en arriver à formuler des hypothèses au sujet des difficultés qu'il rencontre et, éventuellement, à une prise de décision. La capacité d'un thérapeute à formuler des jugements valides va avoir un impact direct sur le succès éventuel d'une démarche thérapeutique (Houts, 1984). Turk & Salovey (1988) affirment que les cliniciens doivent formuler des hypothèses sur la base d'informations partielles et que, ce faisant, ils deviennent vulnérables à commettre certaines erreurs inférentielles. Ces auteurs constatent également que le thérapeute n'est

pas à l'abri d'erreurs inférentielles identifiées dans l'étude du jugement social et cognitif (Dumont & Lecomte, 1987; Faust, 1986; Salovey & Turk, 1991). Toutefois, leur incidence dans le domaine de la psychothérapie a été suggérée sans pour autant avoir été démontrée de façon empirique. De plus, la majorité des études citées dans ce domaine datent de plusieurs années. Leurs conclusions demandent donc à être de nouveau confirmées.

Cette étude, en trois volets, se propose d'étudier la validité du jugement clinique des thérapeutes dans diverses situations se rapprochant du travail réel des cliniciens, auprès de thérapeutes possédant une expérience clinique étendue.

Dans un premier volet, nous allons comparer les résultats obtenus par nos sujets à des tâches issues de la psychologie sociale à ceux obtenus à des tâches se rapprochant davantage de la psychologie clinique. La recherche sur le jugement clinique est marquée par la controverse. Dans un récent volume Dawes (1994) critique vigoureusement la pratique de la psychologie clinique et de la psychiatrie. Il fonde en partie ses critiques sur les résultats rapportés quant à la validité et à la fidélité du jugement clinique des thérapeutes. Il cite un ensemble d'études où les thérapeutes font preuve d'un jugement déficient ou encore sont victimes de différents biais inférentiels ayant une incidence sur la qualité et la validité de leur jugement. Malgré les critiques sévères adressées à ces recherches, leurs conclusions se trouvent pourtant régulièrement citées comme autant d'exemples de la piètre qualité de jugement clinique dont font preuve les thérapeutes. Il est également fréquent de consulter des recherches démontrant que les thérapeutes n'ont pas un meilleur jugement que la moyenne des gens, et, que les cliniciens ayant reçu une formation n'ont pas

un meilleur jugement que ceux qui n'en n'ont pas reçu (Meehl, 1954, 1986; Holt, 1986; Salovey & Turk, 1991; Watts, 1980). De telles affirmations ne cessent d'intriguer bon nombre de cliniciens et de chercheurs. Les résultats obtenus dans ce volet de la présente recherche vont à l'encontre de ce que suggère la littérature.

Au-delà des résultats que nous obtenons et, qui semblent confirmer, en partie du moins, nos hypothèses et impressions de départ, il est impératif de se poser de sérieuses questions sur la validité écologique des recherches dans le domaine du jugement clinique. Nous retenons les recommandations de Rock et al. (1987) sur la nécessité d'améliorer la validité écologique des recherches portant sur le jugement clinique. En s'inspirant d'un modèle issu de la recherche en sciences cognitives (Jenkins, 1979), ils identifient 4 facteurs qui devraient être au coeur de toute situation expérimentale. 1- les caractéristiques des sujets (habiletés, intérêts, connaissances) 2- Les caractéristiques des tâches demandées aux sujets (rappel, reconnaissance, résolution de problème) 3- Les caractéristiques du matériel présenté (vignettes, enregistrements vidéo) 4- La nature du traitement de l'information que devront effectuer les sujets (pourront-ils poser des questions, devront-ils retenir de l'information). Un des aspects les plus importants de ce modèle est qu'il met l'accent sur les interactions inévitables et essentielles entre ces quatre facteurs. Par exemple, les tâches présentées aux sujets se doivent d'être en lien avec les habiletés, toutes particulières, des sujets dont nous mesurons la qualité du jugement clinique. La nature du matériel utilisé doit bien rendre compte du traitement de l'information que nous demandons à nos sujets. Il nous apparaît évident, lorsque nous utilisons ce modèle comme point de référence, de devoir constater le manque de validité écologique flagrant

dont souffrent un très grand nombre d'études dans le domaine du jugement clinique.

Le deuxième volet sera consacré à l'étude de la validité des hypothèses cliniques formulées par les thérapeutes dans une tâche d'évaluation en tenant compte des critères de validité écologique mentionnés plus tôt. Nous retrouvons, en général, deux grandes traditions dans l'étude du jugement clinique soit l'étude des capacités psychodiagnostiques des thérapeutes et la formulation de cas. Sans vouloir minimiser l'importance de la capacité à poser un diagnostic valide, nous devons toutefois reconnaître qu'il ne s'agit que d'un aspect du travail réflexif des thérapeutes. Les études portant sur les formulations de cas nous semblent donc plus prometteuses. Ces recherches sont toutefois assez clairsemées et leurs conclusions semblent difficilement généralisables à l'ensemble de la communauté thérapeutique. Une des limites les plus importantes est qu'il existe très peu de recherches pouvant comparer la qualité du jugement clinique de thérapeutes d'allégeances théoriques différentes.

Nous avons développé une tâche vidéo (extraits d'entrevue de psychothérapie) afin de recueillir les hypothèses cliniques de thérapeutes d'orientations théoriques différentes. Nous utiliserons la méthode du CCRT (Core Conflictual Relationship Theme) (Luborsky & Crits-Christoph, 1990) afin de coter le matériel recueilli auprès de nos sujets. Cette recherche vise deux objectifs bien précis. D'abord, vérifier si le CCRT s'avère une mesure efficace de la validité du jugement clinique indépendamment de l'approche théorique utilisée. Par la suite, nous souhaitons bâtir une tâche d'évaluation de la validité du jugement clinique permettant aux thérapeutes d'utiliser leur schème de référence. Nous voulons donc

construire une tâche mesurant la validité du jugement clinique qui fait preuve d'une bonne validité écologique.

Un des résultats les plus troublants et à la fois récurrent de la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie est celui démontrant qu'il y ait très peu d'évidence que l'expérience et la formation professionnelle soient reliées positivement à l'efficacité thérapeutique (Berman & Norton, 1985; Durlak, 1979; Parloff, Waskow & Wolfe, 1978). Garb (1989, 1998) observe que le niveau de formation et l'expérience ne semblent pas être positivement corrélés avec la validité du jugement clinique. Pour plusieurs chercheurs (Holt, 1986; Rock & al., 1987) l'absence de différence observée entre des thérapeutes experts et novices s'expliquent par l'absence de validité écologique des études portant sur cet aspect de la question. À ce jour aucun consensus n'a pu être obtenu quant à la nature du lien entre l'expérience et la validité du jugement clinique. Nous nous proposons donc également de vérifier le lien existant entre le niveau d'expérience des thérapeutes et la qualité du jugement clinique dans une tâche respectant des critères importants de validité clinique.

Dans notre dernier volet, nous tenterons de comprendre la nature du lien entre les variables cognitives et affectives des thérapeutes lors d'une tâche d'évaluation. En effet, très peu de travaux ont porté sur l'étude simultanée des aspects cognitifs et affectifs en situation thérapeutique (Garfield & Bergin, 1986). Pourtant, plusieurs recherches suggèrent que l'expérience subjective du thérapeute peut être largement déterminante d'effets positifs ou négatifs en psychothérapie (Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977). Nous nous retrouvons donc devant deux catégories de variables contribuant à l'efficacité thérapeutique mais qui ont, règle générale, été

étudiées séparément. Nous souhaitons observer la nature du lien entre les variables affectives et la précision du jugement clinique des thérapeutes à partir d'instruments n'ayant jamais été utilisés conjointement. La qualité du jugement clinique des thérapeutes sera évaluée à l'aide de la méthode du CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1990) alors que la Grille d'Analyse du Contre-transfert (GAC) (Normandin & Bouchard, 1993) nous permettra de saisir l'ensemble de l'expérience affective du thérapeute en situation clinique.

Nous tenterons également de vérifier si les thérapeutes sont sujet au biais d'ancrage fréquemment associé au jugement clinique à l'aide de la méthode du CCRT ce qui constitue une fois de plus une utilisation novatrice de cet instrument.

Tout au long de cette démarche, nous demeurerons sensibles aux critères de validité écologique permettant de pouvoir comprendre de façon fidèle et valide les écueils entourant les processus inférentiels et la prise de décision dans un contexte clinique.

Références

- Berman, J. S., & Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? Psychological Bulletin, 98, 401-406.
- Cramer, B. (1993). Peut-on évaluer les effets des psychothérapies. Psychothérapies, 4, 217-224.
- Dawes, R. M. (1994). House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth. New York : Free Press.
- Dumont, F., & Lecomte, C. (1987). Inferential processes in clinical work: Inquiry into logical errors that affects diagnostic judgments. Professional Psychology, 18, 433-438.
- Durlak, J. A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. Psychological Bulletin, 86, 80-92.
- Faust, D. (1986). Research on human judgment and its application to clinical practice. Professional Psychology : Research and Practice, 17, 420-430.
- Garb, H. G., (1998). Studying the clinician: judgment research and psychological assessment. Washington : APA.
- Garb, H. N. (1989). Clinical judgment, clinical training, and professional experience. Psychological Bulletin, 105, 387-396.

- Holt, R. R. (1986). Clinical and statistical prediction: A retrospective and would-be integrative perspective. Journal of Personality assessment, 50, 376-386.
- Houts, A. C. (1984). Effects of clinician theoretical orientation and patient explanatory bias on initial clinical judgment. Professional Psychology: Research and Practice, 15, 284-293.
- Howard, K. I., & Orlinsky, P. E. (1986). Process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change. (3rd ed., pp. 311-381) New York : Wiley.
- Jenkins, J. J. (1979). Four points to remember. A tetrahedron model of memory experiments. In L. S. Cermak, & I. M. Craik (Eds.), Levels of processing in human memory (pp. 429-446). New York : Erlbaum.
- Kachele, H. (1993). Comment évoluent les psychothérapies. Psychothérapies, 13, 225-232.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change (3rd ed., pp. 157-211). New York : Wiley.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. (4th ed., pp. 143-149). New York : Wiley.

Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). Understanding transference, the core conflictual relationship theme method. New York : Basic Books.

Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes. New York : Basic Books.

Luborsky, L., Diguer, L., Luborsky, E., McLellan, A. T., Woody, G., & Alexander, L. (1993). Psychological health as a predictor of the outcomes of psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology (Special section), 61, 542-548.

Meehl, P. E. (1954). Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and review of the evidence. Minneapolis, MN : University of Minnesota Press.

Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (1992). Handbook of psychotherapy integration. New York : Basic Books.

Normandin, L., & Bouchard, M-A., (1993). The effect of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflexive countertransference. Psychotherapy research, 3, 77-94.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1994). Unity and diversity among psychotherapies: A comparative perspective. In B. Bonger & L. E. Beutler (Eds.), Fondations of psychotherapy: theory research and practice. New York : Oxford University Press.

- Parloff, M. B., Waskow, I. E., & Wolfe, B. E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 233-282). New York : Wiley.
- Rock, D. L., Bransford, J. D., Maisto, S. A., & Morey, L. (1987). The study of clinical judgment : An ecological approach. Clinical psychological review, 7, 645-661.
- Salovey, P., & Turk, D. C. (1991). Clinical judgment and decision making. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), Handbook of social and clinical psychology, the health perspectives (pp. 416-437). New York : Pergamon Press.
- Strupp, H. H., Hadley, S., Gomes-Schwartz, B. (1977). Psychotherapy for better or worst. New York: Aronson.
- Turk, D. C., & Salovey, P. (Eds.). (1988). Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology. New York : Free Press.
- Watts, F. N. (1980). Clinical judgment and clinical training. British Journal of Medical Psychology, 53, 95-108.

Article 1

Étude du jugement clinique, des biais inférentiels et de la complexité cognitive des thérapeutes.

Auteurs: Marc-Simon Drouin, Conrad Lecomte, Serge Lecours, Marc-André Bouchard

Étude du jugement clinique, des biais inférentiels et de la complexité cognitive des thérapeutes.

Introduction

L'évaluation de l'efficacité thérapeutique est au coeur des préoccupations des chercheurs dans le domaine très vaste de la recherche en psychothérapie. Il est généralement reconnu que la psychothérapie est une forme d'intervention thérapeutique efficace (Howard & Orlinsky, 1986; Kächele, 1993; Lambert & al., 1986; Lambert & Bergin, 1994; Luborsky & al., 1988; Luborsky & al., 1993; Norcross & Goldfried, 1992).

La compétence professionnelle joue un rôle central dans le succès de toute forme de psychothérapie. Il s'agit toutefois d'un concept multidimensionnel qui ne peut être saisi dans sa totalité en ayant recours à une méthodologie unique (Bernstein & Lecomte, 1981; Lecomte, 1987). Norcross (1986) propose une catégorisation de la compétence clinique en cinq composantes qui décrivent chacune un aspect important du travail clinique: la somme des connaissances, les habiletés cliniques générales, les habiletés spécifiques à chacune des orientations théoriques, le jugement clinique et les habiletés interpersonnelles du thérapeute.

La qualité du jugement clinique devrait donc avoir un impact important sur l'issue d'un processus thérapeutique. Considérant le caractère hautement inférentiel de la psychothérapie, il paraît fort pertinent de s'interroger sur la qualité et la validité du jugement clinique. Bon nombre de chercheurs (Houts, 1984; Wiggins, 1981; Garb, 1998) considèrent que le jugement clinique est un facteur omniprésent dans la démarche

psychodiagnostique d'abord, et, tout au long du processus thérapeutique par la suite.

Pourtant, malgré cette perception largement répandue dans la communauté scientifique, les cliniciens et les chercheurs en savent peu sur la recherche portant sur le jugement et la prise de décision (Garb, 1998). Lecomte (1987) note qu'une des dimensions importantes et relativement ignorée de l'intervention thérapeutique concerne l'influence des processus cognitifs des thérapeutes. Nous ne pouvons que constater l'absence quasi complète de recherches portant sur l'influence des erreurs inférentielles en situation thérapeutique. De plus nous remarquons que ce champ d'étude souffre d'une fragmentation importante des connaissances. Cette fragmentation est en partie attribuable au fait que les chercheurs qui se sont penchés sur la question proviennent de champs aussi divers que la psychologie clinique, la psychiatrie, la neuropsychologie, la psychologie du counseling, la psychologie sociale et la sociologie. Les résultats de leurs recherches ont donc été publiés dans une multitude de revues et il devient ardu voire impossible pour un clinicien ou un chercheur de se tenir à jour sur l'état des connaissances dans ce domaine. Il n'en demeure pas moins que la recherche sur le jugement clinique est importante car elle devrait permettre au clinicien de formuler des jugements plus valides et, conséquemment, de rehausser son niveau d'efficacité.

La recherche sur le jugement clinique est marquée par la controverse. Dans un récent volume Dawes (1994) critique vigoureusement la pratique de la psychologie clinique et de la psychiatrie. Il fonde en partie ses critiques sur les résultats rapportés quant à la validité et à la fidélité du jugement clinique des thérapeutes. Il cite un ensemble d'études où les

thérapeutes font preuve d'un jugement déficient ou encore sont victimes de différents biais inférentiels ayant une incidence sur la qualité et la validité de leur jugement. Dawes souligne principalement les travaux de Ziskin et Faust (1988) pour appuyer ses conclusions. Lorsqu'on examine ces études de plus près, il est possible de constater que Ziskin et Faust semblent avoir sélectionné de façon constante les études où les thérapeutes faisaient preuve d'un jugement déficient au détriment de celles où ils font preuve d'un jugement adéquat (Brodsky, 1989). Il est utile de savoir que les travaux de Ziskin et Faust avaient pour but de donner aux avocats des arguments afin de critiquer le témoignage des experts en santé mentale dans des causes légales. Malgré les critiques sévères adressées à ces recherches, leurs conclusions se trouvent pourtant régulièrement citées comme autant d'exemples de la piètre qualité de jugement clinique dont font preuve les thérapeutes. Il est également fréquent de consulter des recherches démontrant que les thérapeutes n'ont pas un meilleur jugement que la moyenne des gens, et, que les cliniciens ayant reçu une formation n'ont pas un meilleur jugement que ceux qui n'en n'ont pas reçu (Meehl, 1954, 1986; Holt, 1986; Salovey & Turk, 1991; Watts, 1980). De telles affirmations ne cessent d'intriguer bon nombre de cliniciens et de chercheurs.

Nous nous retrouvons donc devant une multitude d'informations plus ou moins articulées et suscitant passablement de controverses. Une revue exhaustive de la recherche dans le domaine du jugement clinique nous permet cependant de dégager quelques tendances principales dans l'étude de ce phénomène complexe.

L'étude du jugement clinique

Traditionnellement, deux approches ont été utilisées dans l'étude du jugement clinique: le modèle formel qui est essentiellement basé sur des équations statistiques et l'approche du traitement de l'information qui tente de décrire la façon dont les jugements sont posés et les erreurs inférentielles découlant de ces procédés.

Le modèle formel est composé d'une série de règles statistiques qui tentent de reproduire la procédure utilisée par un thérapeute pour poser un jugement clinique. Par exemple, les tenants de cette approche peuvent utiliser une équation de régression multiple afin de prédire la nature du jugement que va formuler un thérapeute. Nous retrouvons également la méthode du processus calqué qui tente de décrire la logique qui sous-tend la prise de décision chez les thérapeutes.

Bien que les modèles statistiques ainsi que le modèle du processus calqué soient dignes d'intérêt, il est important de réaliser que le fait de pouvoir reproduire le jugement d'un clinicien ne signifie d'aucune façon que nous soyons arrivés à décrire les processus cognitifs des cliniciens. En effet, même si nous arrivons à reproduire fidèlement ce procédé, il ne nous renseigne nullement sur la validité des jugements formulés par les cliniciens. En ce sens, l'approche du traitement de l'information nous paraît plus prometteuse dans l'étude du jugement clinique.

L'approche du traitement de l'information est davantage utilisée afin de décrire la façon dont les thérapeutes posent leur jugement ainsi que la validité et la fidélité de ceux-ci. Pour ce faire, cette approche fait appel aux

notions de structures et d'heuristiques cognitives, de biais cognitifs et de complexité cognitive.

Structures cognitives

Les structures cognitives consistent en un système où s'emmagasinent les connaissances schématisées en théories: traits, scripts et prototypes. D'un point de vue économique, ce système de schématisation permet d'étiqueter et de catégoriser les individus, objets et événements rapidement et habituellement de façon adéquate. Ces modèles définissent également un système d'attentes par rapport à ces mêmes individus, objets et événements et suggèrent des réponses appropriées.

Un trait est une étiquette décrivant la personnalité d'un individu basée sur l'observation d'un ensemble de comportements et sert à synthétiser cette information. Les traits sont des dispositions stables attribuées à un individu et permettent de prédire son comportement futur.

Les scripts représentent un autre type de schématisation et réfèrent à des successions de scènes liées entre elles où l'individu est impliqué en tant qu'acteur ou observateur. Ils sont basés sur son expérience antérieure. Les scripts permettent de prédire les issues d'une situation donnée et de s'engager dans des comportements routiniers.

Quant aux prototypes, il s'agit d'informations emmagasinées concernant le comportement des autres, schématisées à l'intérieur de catégories mieux connues sous le terme de stéréotypes. Ainsi lorsqu'un individu est intégré dans une catégorie, toute information ultérieure sur cette personne sera

transformée de façon à être conforme au stéréotype. De même, des attentes et des conclusions seront élaborées à partir d'un prototype.

L'utilisation de ces structures cognitives bien que souhaitables comporte tout de même le risque de généralisations abusives pouvant résulter en erreurs inférentielles importantes.

Heuristiques et biais cognitifs

Les travaux de Kahneman, Slovic et Tversky (1982) ont permis l'identification d'heuristiques contribuant également à la formulation de jugement. Les heuristiques sont des stratégies cognitives utilisées dans l'interprétation de la réalité. Elles visent à réduire des tâches inférentielles complexes en opérations cognitives plus simples. Ces stratégies sont innées, automatiques et se produisent sans que le sujet en prenne conscience. Il s'agit, ni plus ni moins, de raccourcis actifs dans le traitement de l'information. L'avantage principal du recours aux heuristiques est d'augmenter la vitesse avec laquelle les jugements sont posés. Toutefois cet avantage n'est pas sans risque. En effet, le recours aux heuristiques peut se faire au détriment de la fidélité et de la validité du jugement. Plusieurs biais cognitifs ayant été identifiés par Nisbett et Ross (1980) sont en rapport direct avec l'utilisation erronée ou abusive de certaines heuristiques ainsi qu'avec l'utilisation des structures cognitives.

Nous reconnaissons en général trois heuristiques cognitives contribuant au jugement et à la prise de décision. Il s'agit des heuristiques de représentativité, de disponibilité et d'ancrage/ ajustement. Plus

récemment Garb (1998) a identifié l'heuristique de comportements passés qui contribue également au jugement.

L'heuristique de représentativité est une règle utilisée lorsqu'il faut assigner un objet ou un individu à une catégorie conceptuelle en ayant comme critère sa ressemblance ou sa similarité avec les objets ou individus appartenant à cette catégorie. Certains biais cognitifs ont été associés avec l'utilisation de cette heuristique. Tversky et Kahneman (1982) passent en revue l'ensemble de ces biais. Parmi ceux-ci la sous-estimation du taux de base semble un biais plus intimement lié au travail clinique (Garb, 1998). Un thérapeute qui tente de poser un diagnostic au sujet d'un patient évalue le degré de similitude que présente ce patient avec les catégories qu'il a en tête. Ce faisant, il peut ignorer le taux de base opérant indiquant la probabilité de rencontrer ce type de patient dans la population en général.

L'heuristique de disponibilité est utilisée dans les estimations de fréquence et de probabilité d'occurrence d'un événement. Elle repose sur le niveau d'accessibilité dans le processus de perception, de rappel ou de facilité d'imaginer un événement. Par exemple, des gens peuvent facilement croire que des individus psychotiques sont plus enclins à poser des gestes violents parce que des individus ayant commis des actes violents ont été qualifiés de psychotiques. Le jugement est donc posé à partir de la facilité avec laquelle des événements ou des individus peuvent être rappelés ou imaginés.

Parmi les biais associés à l'utilisation de cette heuristique, l'influence de la nature de l'information, l'effet de primauté et l'établissement de corrélation illusoire semblent davantage susceptibles d'intervenir dans le travail

clinique. Une information plus vivace et spectaculaire semble exercer une influence sur le jugement au détriment d'informations plus neutres et factuelles. L'ordre de présentation des informations joue également un rôle sur la nature de l'information qui sera considérée pour formuler un jugement. Plus l'information arrive tôt dans le processus plus elle a de chance d'être prise en considération dans la formulation du jugement au détriment des informations subséquentes. Nous établissons une corrélation illusoire lorsque nous sommes portés à associer deux événements sur la base du lien que nous imaginons entre ces événements. Plus l'association nous semble importante, plus il devient facile de conclure que ces événements sont associés (Arkes, 1981; Chapman & Chapman, 1969; Kayne & Alloy, 1988) .

L'heuristique d'ancrage/ajustement fait référence à la tendance à formuler un jugement prématuré en s'appuyant presque'exclusivement sur les premières données disponibles d'un problème. L'évaluation ou la prédiction ainsi formulée à partir des premières impressions teinte par la suite tout jugement porté sur le problème en cause. Le jugement peut donc varier selon l'ordre de présentation des informations. Le jugement souffrirait alors d'un biais important en raison de l'utilisation abusive de cette heuristique. Les travaux de Friedlander et Phillips (1984) ont fait ressortir la présence de ce biais dans le travail clinique.

L'heuristique de comportement passé décrit la tendance que nous avons à tenter de prédire les comportements futurs à partir des comportements passés. Le vieil adage voulant que le passé soit garant de l'avenir est une bonne illustration de l'utilisation de cette heuristique avec des conséquences malheureuses pour la validité du jugement.

Un des biais fréquemment rapporté dans la littérature est le biais de confirmation d'hypothèse (Arkes & Harkness, 1980; Drouin & al., 1993; Haverkamp, 1993; Lee & al., 1995; Strohmer, Shivy & Chiodo, 1990). Ce biais semble présent de façon constante dans le jugement clinique sans que nous puissions le relier à une heuristique en particulier. Il s'agit d'une tendance singulière à rechercher et utiliser les informations qui peuvent confirmer une hypothèse de départ tout en ignorant les informations pouvant aller à l'encontre de cette hypothèse.

Enfin, un dernier biais dont il est souvent fait mention dans la littérature est l'erreur fondamentale d'attribution (Gilbert & Malone, 1995; Plous & Zimbardo, 1986). Il s'agit de la tendance à surévaluer l'importance des facteurs intrapsychiques par rapport aux déterminants environnementaux. Il semble que les thérapeutes d'orientation psychodynamique soient plus vulnérables face à ce biais que les cliniciens d'une approche plus éclectique (McGovern, Newman & Kopta, 1986).

Complexité cognitive

La complexité cognitive est une autre variable qui est régulièrement associée à la qualité du jugement clinique et aux erreurs inférentielles (Alain, 1992; Bieri, 1966; Jennings & Skovholt 1999; Spengler & Strohmer, 1994). Les thérapeutes n'ont pas tous la même complexité cognitive, ce qui les différencie quant à leurs habiletés à concevoir le comportement de façon multidimensionnelle et donc à éviter les erreurs inférentielles susceptibles de survenir dans des tâches cognitives complexes. Cette

complexité peut être mesurée de différentes façons dépendamment de l'angle d'étude du phénomène que l'on veut observer. Une des dimensions importante de la complexité cognitive est la capacité d'abstraction (Mayfield, Kardash & Kivligan, 1999). En effet, plus un thérapeute est capable d'abstraction plus il a de chance de saisir la complexité de la problématique d'un client (Beutler, Machado & Neufeld, 1994). Il est donc plus à même de faire des liens entre des aspects latents et manifestes de la personnalité d'un client ou encore, de pouvoir élaborer une formulation de cas plus étoffée (Luborsky, 1984; 1998; Perry, Cooper & Michels, 1987; Strupp & Binder, 1984).

Orientation théorique

L'orientation théorique des thérapeutes pourrait s'avérer une variable importante à considérer en regard de l'utilisation abusive de certaines heuristiques (Langer & Abelson, 1974; Plous & Zimbardo, 1986).

L'orientation théorique impose au thérapeute une préconception de la nature de l'information pertinente à recueillir (Salovey & Turk, 1991; Snider, 1981). Il nous semble donc important de tenir compte de cette variable dans l'évaluation du jugement clinique.

État de la recherche et critiques

Donc, bien que beaucoup de chercheurs et de cliniciens affirment que ces heuristiques et ces biais existent bel et bien et ont une influence sur la qualité du travail clinique, ils ne s'entendent toutefois pas sur l'ampleur et

la nature de cet impact. Hollon et Kriss (1984) mentionnent que les conclusions de ces études ont peu d'impact sur la recherche et la pratique clinique et qu'en général, elles reçoivent un accueil hostile de la part des cliniciens. Plusieurs chercheurs ont été tentés d'interpréter cette réaction hostile en terme de réaction défensive des cliniciens. En effet, il est assez frustrant pour un clinicien ayant reçu une formation universitaire de plusieurs années de se faire dire que la validité de son jugement clinique ne dépasse pas celui de monsieur et madame tout le monde. Bien que l'aspect défensif ne soit pas un élément négligeable, il nous apparaît important de considérer un certain nombre d'autres facteurs pouvant contribuer à cette résistance.

Nous remarquons qu'en général dans la littérature sur le sujet, les notions de jugement et de jugement clinique sont abordées de façon concomitante. Cette façon de présenter l'information est tributaire de la recherche dans ce domaine. En effet, la majorité des auteurs s'étant attardés à la validité et la fidélité du jugement sont issus de la psychologie sociale et des sciences cognitives (eg. Fiske & Taylor, 1991; Kahneman & Tversky, 1974, 1982; Singer & Kolligian, 1987). Dans certaines études, les chercheurs ont soumis des psychologues cliniciens à des tâches qu'ils avaient élaborées pour évaluer la qualité du jugement social. A partir des résultats de ces études les chercheurs ont conclu de façon étonnante que la qualité du jugement clinique des thérapeutes était déficiente. Il s'agit là d'un problème important car la généralisation de ces résultats nous paraît discutable.

Nous devons également noter que la grande majorité des études qui sont citées lorsqu'on tente de mettre en doute la qualité du jugement clinique des cliniciens datent déjà de plusieurs années. La formation et le contexte

de travail de ces cliniciens, les méthodes d'évaluation, l'avancement de la recherche sur le diagnostic et la psychopathologie ont beaucoup évolués. Déjà, à l'époque, Holt (1970) identifiait des menaces majeures à la validité des conclusions tirées de ces études. Deux d'entre elles nous paraissent fort pertinentes. Premièrement, lorsqu'on demande aux cliniciens de poser un diagnostic ou de se prononcer sur un pronostic, on l'empêche de faire appel à ses procédures habituelles. Deuxièmement, on lui demande de poser un jugement sur des phénomènes pour lesquels il n'a pas ou peu été formé, les tâches étant parfois assez éloignées du travail quotidien d'un thérapeute. En ce sens, Holt suggère que les cliniciens ne sont peut être pas tout à fait responsables de leurs piètres performances dans ces études sur le jugement clinique. Il remet en question les approches traditionnelles où l'on tente de restreindre artificiellement les ressources dont pourrait bénéficier le thérapeute lorsqu'il tente de poser un jugement. On oblige bien souvent les cliniciens à répondre à des questions sans possibilité pour eux d'expliquer leurs raisonnements ou encore de justifier leurs réponses. La majorité des tâches sont statiques (sans possibilité d'interaction) et ne permettent pas d'élaborer des réponses complexes.

A ces critiques nous devons ajouter que, dans bien des cas, ces études ont été conduites auprès d'étudiants sous-gradués ou encore d'étudiants en cours de formation. Les résultats ainsi obtenus ont été généralisés à l'ensemble de la population des cliniciens ce qui peut paraître, pour le moins, discutable.

Plusieurs auteurs ont néanmoins poursuivi la recherche sur la qualité du jugement clinique ainsi que sur les processus cognitifs et les erreurs

inférentielles qui leur sont associées (Arkes, 1981; Alain, 1992; Dawes, 1986; Dumont & Lecomte, 1987; Fiske & Taylor, 1991; Kayne & Alloy, 1988; Turk & Salovey, 1986, 1988, 1991; Garb, 1996). Toutefois, nous devons remarquer que l'ensemble de ces études ne fait que décrire la façon dont les thérapeutes utilisent leurs processus cognitifs et comment cette utilisation peut mener à des erreurs de jugement. Il est alors tentant de conclure, comme le font certains auteurs (Elstein & Borgages, 1979; Friedlander & Stockman, 1983; Kleinmuntz, 1984; Meehl, 1954, 1986) que la validité du jugement des thérapeutes est bien souvent déficiente. Bien peu d'études sont réellement en mesure de se prononcer sur la validité des jugements posés par les cliniciens. Ce type de recherche comporte bien des écueils. Il est difficile d'évaluer la validité du jugement lorsqu'on compare des thérapeutes d'orientations théoriques différentes, dans des tâches différentes, à partir d'études de cas qui diffèrent également. Il est alors tentant de réduire la nature de la tâche mais la validité et la possibilité de généralisation des résultats en souffrent. Dans la majorité des cas, sauf de rares exception (Alain, 1992) chacun des biais est étudié de façon indépendante. Il est donc difficile de pouvoir faire ressortir la contribution exacte de ce biais sur la validité globale du jugement clinique.

Nous nous retrouvons donc au coeur d'un débat important. D'une part, des résultats de recherches qui tendent à démontrer que les thérapeutes font preuve d'un jugement clinique déficient et sujet à de multiples biais inférentiels. D'autre part, nous retrouvons des cliniciens qui réagissent fortement à ces conclusions, qui mettent en doute la validité de ces recherches et la possibilité de généralisation de ces résultats. Ils ne peuvent toutefois faire la démonstration de manière empirique de la fidélité et de la validité de leur jugement.

Les objectifs de la présente recherche sont donc multiples. Dans un premier temps, nous souhaitons vérifier la présence de biais inférentiels chez des thérapeutes possédant une certaine expérience clinique. Comme nous le mentionnions plus tôt, plusieurs études ont été réalisées auprès d'étudiants sous-gradués ce qui limite la portée de leurs conclusions. De plus, le peu d'études ayant été réalisées auprès de thérapeutes et qui font état de la présence de ces biais datent de plusieurs années (Gough, 1963; Meehl, 1954; Oskamp, 1965; Sawyer, 1966). Les études contemporaines sont beaucoup plus mitigées face à cette réalité (Alain, 1992; Haverkemp, 1993).

Dans un second temps, nous souhaitons comparer des tâches mesurant la présence de biais qui ont généralement été utilisés dans la recherche sur le jugement avec des tâches se rapprochant davantage du travail des cliniciens. Nous voulons également permettre aux cliniciens de justifier leurs réponses.

Finalement, nous voulons tenter d'identifier l'existence de lien entre les différents biais, et, par la suite, leur rapport avec des variables telles que la complexité cognitive et l'orientation théorique des cliniciens.

Les biais retenus pour cette recherche sont ceux qui sont en général le plus intimement liés au travail clinique (Dumont & Lecomte, 1987; Garb, 1998; Turk & Salovey, 1991). Nous nous pencherons donc sur les biais de corrélation illusoire, de sous-estimation du taux de base, d'ancrage ainsi qu'au biais lié à la nature de l'information.

Hypothèses

Nous nous proposons de vérifier les hypothèses suivantes:

- 1- Les thérapeutes seront moins sujets aux erreurs inférentielles que le suggère la littérature.
- 2- Nous observerons une différence significative entre les réponses obtenues à l'aide des tâches issues de la littérature et celles se rapprochant davantage du travail clinique.
- 3- les thérapeutes ayant la meilleure capacité d'abstraction seront moins enclins à faire des erreurs inférentielles.

De façon exploratoire, nous évaluerons également la possibilité d'un lien entre la complexité cognitive, l'orientation théorique et la propension à commettre des erreurs inférentielles. Nous tenterons également de voir si les différentes erreurs inférentielles semblent liées entre elles.

Méthodologie

Sujets

Soixante-deux (62) thérapeutes, membres de l'Ordre des Psychologues du Québec ont été retenus pour cette étude. Les thérapeutes devaient posséder un minimum de cinq (5) années d'expérience de pratique de la psychothérapie ($M = 13,5$ années) à raison d'un minimum de dix (10)

heures/semaine. Les sujets ont reçu une rémunération pour leur participation à l'étude. L'échantillon est composé de trente-deux (32) thérapeutes féminins et trente (30) thérapeutes masculins. L'adhésion des thérapeutes à une orientation théorique a été recueillie à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté (forced choice method, Norcross & Wogan, 1983). Nous retrouvons trente-sept (37) thérapeutes d'orientation psychodynamique et vingt-cinq (25) thérapeutes d'orientation humaniste. La répartition des thérapeutes selon le sexe et l'orientation théorique est la suivante:

Tableau 1

Fréquences des thérapeutes par sexe et orientation théorique

| | | orientation théorique | |
|------|----------|-----------------------|-----------|
| | | psychodynamique | humaniste |
| sexe | féminin | n=20 | n=12 |
| | masculin | n=17 | n=13 |

Matériel et Procédure

Chaque sujet devait d'abord compléter un formulaire de consentement, un formulaire de renseignements généraux quant à son identité personnelle et professionnelle et, consulter un document lui expliquant les grandes lignes de notre recherche. Les sujets furent rencontrés individuellement par des assistants de recherche. Ils se voyaient alors remettre un ensemble de

vignettes papier/crayon à compléter. Aucune limite de temps ne leur était imposée en ce qui concerne cette partie de la tâche. Ensuite, les assistants de recherche présentaient aux sujets une mesure d'analogie et ils disposaient de 15 minutes pour compléter cette tâche.

Mesures

Sept vignettes papier/crayon ont été construites afin de détecter la présence de biais inférentiel lorsque le clinicien est appelé à poser un jugement. Chacun de ces biais est en lien avec une heuristique décrite plus haut.

1- Sous-estimation du taux de base (heuristique de représentativité). (STB)

Cette vignette est une version révisée de la vignette utilisée par Kahneman et Tversky (1973) et Alain (1992). Après une brève description des caractéristiques d'un professeur, les sujets doivent décider si ce professeur enseigne la psychologie ou les études chinoises. Une appréciation juste du taux de base devrait faire pencher leur réponse en faveur de l'enseignement de la psychologie. Les sujets sont invités à justifier leur réponse.

2- Corrélations illusoirs (heuristique de disponibilité)

Deux vignettes ont été construites en s'inspirant de celles utilisées par Kurtz et Garfield (1978), Tversky et Kahneman (1982), Waller et Kelly (1978). Dans la première vignette, après avoir lu les résultats d'une

recherche, les sujets doivent décider s'il est possible de conclure qu'il existe un lien entre le fait d'avoir un parent schizophrène et le fait de développer cette maladie. Les chiffres présentés aux sujets (Seligman, 1990) ne devraient pas permettre de conclure par l'affirmative. (CIS)

La deuxième vignette est bâtie sur le même format mais les sujets doivent ici évaluer s'il y a présence d'un lien entre le comportement d'auto-mutilation et le trouble de personnalité limite (borderline). Dans ce cas-ci, les chiffres sont plus partagés que dans la vignette précédente mais ne devraient toujours pas permettre de conclure par l'affirmative. Dans les deux cas les sujets sont invités à justifier leur réponse. (CIB)

3- Nature de l'information (heuristique de disponibilité)

En nous inspirant des travaux de Fiske et Taylor (1991) et Walster (1966), nous avons construit quatre vignettes relatant le compte rendu d'un accident. Deux de ces vignettes impliquent Daniel, un jeune homme dans la vingtaine. Dans une des vignettes la conséquence de l'accident est grave (des gens sont gravement blessés) alors que dans l'autre elle est restreinte (de légers dommages matériels). Les deux autres vignettes impliquent Pierre, jeune homme également dans la vingtaine. On retrouve, ici aussi, deux types de conséquences. Il s'agit de deux formes équivalentes de la même vignette. L'équivalence des formes a été démontrée lors d'une pré-expérimentation auprès de 120 étudiants sous-gradués (Drouin & al., 1995). Chaque sujet se voit remettre deux vignettes, une impliquant Daniel dans une conséquence grave et l'autre impliquant Pierre dans une conséquence restreinte. Les sujets doivent décider du niveau de responsabilité des deux jeunes hommes en traçant un X sur une ligne de 140 millimètres allant de

<< pas du tout responsable>> à << tout à fait responsable>> .

Une autre vignette à deux versions (conséquence grave et restreinte) impliquant une situation de psychothérapie a été construite à partir d'un verbatim d'un processus thérapeutique réel entre un client et sa thérapeute. Seule la conclusion de l'échange a été modifiée. La thérapeute fait une intervention discutable qui a, dans un cas, une conséquence restreinte et dans l'autre une conséquence grave. Les sujets reçoivent une des deux versions et doivent décider du niveau de responsabilité de la thérapeute de la même façon que pour les vignettes précédentes. Les résultats de cette tâche pourront être comparés à ceux obtenus dans la tâche précédente.

4- Biais d'ancrage (heuristique d'ancrage/ajustement)

Une vignette inspirée de Strohmmer, Shivy et Chiodo (1990) a été adaptée afin de mesurer le niveau d'ancrage des sujets. Une femme (Mme N.) raconte à son thérapeute qu'elle a eu une réaction agressive impulsive en voyant sa fillette se faire malmener. Dans le reste de la vignette cette dame est décrite, à partir d'une liste d'énoncés, comme une personne ayant un bon contrôle de soi (Catell, 1970). Les sujets doivent évaluer le niveau de contrôle de soi de cette dame en traçant un X sur une ligne de 140 millimètres allant de << mauvais contrôle de soi >> à << Bon contrôle de soi >>

La capacité d'abstraction (complexité cognitive) a été mesurée à l'aide d'une tâche d'analogie, version française du Miller Analogy Test. Ce test est utilisé pour la sélection des étudiants dans certaines facultés de l'Université

de Montréal. Les qualités métrologiques de ce test sont considérées excellentes (Geisinger, 1985). Il nous donne un score brut sur 35 points.

Résultats

Une analyse des données brutes et des fréquences nous permet de porter un premier regard sur les résultats obtenus aux diverses tâches de jugement.

Les tâches de corrélations illusoires et de sous-estimation du taux de base produisent des variables dichotomiques en ce sens qu'il y a une bonne et une mauvaise réponse.

Sous-estimation du taux de base (TB)

Nous observons que presque la moitié des sujets font un choix erroné lors de cette tâche (n=27) alors que les autres font le choix approprié (n=20). Nous devons remarquer toutefois qu'un nombre important de sujets refusent de répondre à la question à partir des données que nous leur soumettons (n=15, 25% de l'échantillon).

Corrélations illusoires

Pour les deux vignettes en lien avec le biais de corrélation illusoire nous obtenons les résultats suivants:

Tableau 2

Fréquences des réponses obtenues aux tâches de corrélations illusoires

| | oui | non | $\chi(1)$ |
|--|-----|-----|-----------|
| Corrélation Illusoire Schizophrénie (CIS) | 14 | 43 | 14,75 ** |
| Corrélation Illusoire Borderline (CIB) | 17 | 42 | 10,59 * |

oui= réponse erronée

non=bonne réponse

* $p < 0.001$ ** $p < 0.0005$

Le nombre de sujet ayant refusé de répondre est ici très faible si on le compare à ce que nous obtenions à la vignette précédente (CIS, $n=5$) (CIB, $n=3$)

Nature de l'information

Pour cette tâche nous obtenons des variables continues. Chaque sujet évalue le niveau de responsabilité sur une échelle allant de 0= pas du tout responsable, à 140=tout à fait responsable. Nous obtenons les résultats suivants:

Tableau 3

Scores moyens et écarts type aux tâches se rapportant
à la nature de l'information

| Tâches | moyenne | écart-type |
|--|---------|------------|
| Compte rendu accident conséquence grave (CRAG) | 76,45 | 42,20 |
| Compte rendu accident conséquence restreinte (CRAR) | 80,3 | 40,5 |
| Vignette clinique conséquence grave (VCG) | 51,55 | 32,38 |
| Vignette clinique conséquence restreinte (VCR) | 47,20 | 36,84 |

Une observation attentive des données et de la distribution ainsi que des test de comparaison de moyennes nous permettent de conclure à une absence de différence significative entre la version restreinte et grave, à la fois pour les compte rendu d'accidents ($t=0.99$, $dl=58$, $p=.327$) et pour les vignettes cliniques ($t=0.3784$, $dl=1$, $p=.5409$)

Par ailleurs, des t-test pairés nous ont permis d'obtenir des différences significatives entre les versions cliniques et de compte rendu d'accidents et ce tant pour les conséquences graves ($t=2.16$, $dl=28$, $p=.04$) que pour les conséquences restreintes ($t= 3.02$, $dl=28$, $p=.005$).

Ancrage

Pour la vignette de Mme N (ANC) visant à évaluer l'occurrence du biais d'ancrage les sujets obtiennent des résultats qui ne semblent pas confirmer la présence de ce biais ($M=45$, $S=30,24$).

La distribution des sujets ne permet pas de penser qu'il y ait présence d'ancrage chez la majorité d'entre eux et rend inutile toute forme d'analyse statistique subséquente. Si l'hypothèse de la présence de l'ancrage s'était avérée exacte comme le mentionne bon nombre de recherches, les sujets auraient dû majoritairement conclure à une absence de contrôle de soi de la part de Mme N. ce qui n'est manifestement pas le cas ici.

Complexité cognitive (CC)

Les résultats à la tâche d'analogie se distribuent selon une courbe normale.

moyenne= 23,9 écart-type=5,36

Ces résultats sont comparable en tous points à ceux généralement obtenus en général auprès d'une population détenant un diplôme universitaire (Geisinger 1985).

Analyses corrélationnelles

Nous avons, par la suite, procédé à une analyse corrélacionnelle non paramétrique (Spearman) entre les variables liées aux biais cognitifs

(corrélation illusoire, sous-estimation de taux de base, ancrage) et la complexité cognitive ainsi qu'à l'orientation théorique des sujets.

Les résultats de ces analyses nous démontrent:

1- des coefficients de corrélation situés entre -0.13 et 0.26 entre l'orientation théorique et les différents biais cognitifs sans qu'aucun de ces coefficients ne soit significatif. Il apparaît donc que l'orientation théorique ne soit pas reliée à la présence de biais inférentiel dans le jugement des sujets, et ce, peu importe la nature de la tâche ou du biais.

2- des coefficients de corrélation allant de -0.30 à 0.29 entre les résultats obtenus à la tâche d'analogie (complexité cognitive) et les différentes mesures de biais cognitifs et des coefficients se situant entre -0.24 et 0.21 en ce qui concerne les mesures de biais entre elles.

Tableau 4

Matrice de corrélations entre les différents biais cognitifs et la complexité cognitive

| | CIS | CIB | ANC | TB | CC |
|-----|-----|------|-------|-------|--------|
| CIS | | 0.21 | 0.08 | -0.24 | 0.29* |
| CIB | | | -0.14 | 0.06 | -0.17 |
| ANC | | | | 0.18 | 0.13 |
| TB | | | | | -0.30* |

* $p < .05$

Nous pouvons observer que les seuls coefficients de corrélation significatifs sont obtenus pour la complexité cognitive en lien avec la corrélation illusoire traitant de la schizophrénie d'une part et de la sous-estimation du taux de base d'autre part. Dans le cas de la corrélation illusoire, nous remarquons qu'il semble y avoir un lien entre le fait d'avoir un haut niveau de complexité cognitive et le fait de répondre correctement à cette question. Nous obtenons des résultats opposés en ce qui concerne la sous-évaluation du taux de base. Nous devons noter toutefois que malgré le fait qu'elles soient significatives, ces corrélations ne sont pas très élevées.

Discussion

L'interprétation des résultats que nous avons obtenus nous permet de conclure que notre première hypothèse se trouve confirmée. Les sujets de notre expérimentation semblent moins enclins aux biais inférentiels que ce que nous suggère la littérature sur le jugement clinique.

Dans les tâches de corrélations illusoires la grande majorité des sujets (72%) ne tombent pas sous l'influence de ce biais. Certains d'entre eux, au moment de justifier leurs réponses, mentionnent qu'ils ont certaines préconceptions des pathologies dont on leur fait mention mais que s'ils se fient aux chiffres, ils ne peuvent en effet pas conclure à l'existence d'un lien significatif. Ces résultats vont à l'encontre de ceux obtenus par Arkes (1981). Bien que celui-ci reconnaisse ne pas avoir étudié directement l'occurrence de ce biais dans une tâche d'évaluation psychologique, il n'en conclu pas moins que ses résultats devraient pouvoir s'appliquer au travail clinique. Nos résultats tendent à démontrer le contraire.

Les résultats sont plus partagés lors de la tâche faisant ressortir le biais de sous-estimation du taux de base. En effet près de 50% des sujets posent un jugement erroné en sous-estimant le taux de base dans leur prise de décision. Toutefois, le fait de ne pas utiliser une règle statistique est une chose significative et, bien sûr, il s'agit d'un biais important mais nous devons également considérer d'autres éléments. Plusieurs sujets ont manifesté de la surprise et même de l'agacement face à cette vignette. Ils nous l'ont communiqué dans l'espace réservé à la justification de la réponse. Le fait d'être surpris et d'être agacé par la nature de la question avec des informations aussi limitées et peu significatives, est révélateur d'un malaise à devoir répondre à une question à laquelle ils hésiteraient fort probablement à répondre sans investiguer davantage dans la vie réelle. Combien de fois dans leur pratique doivent-ils poser un jugement à partir d'informations aussi sommaires sans pouvoir tenter d'obtenir de l'information supplémentaire? Pourtant plusieurs auteurs concluent que les thérapeutes sont de piètres décideurs en raison du manque de recours à des règles statistiques dans leurs prises de décisions (Meehl, 1986; Turk & Salovey, 1988, 1991). Il est loin d'être démontré que dans un contexte clinique, par exemple en pratique privée, les cliniciens n'utilisent pas à bon escient la règle du taux de base pour générer leurs hypothèses diagnostiques. Si la proportion de schizophrènes dans la population est de 1% (ref: DSM-IV) il faut s'attendre à ce que le thérapeute en bureau privé ne prévoit pas rencontrer de trouble schizophréniforme chez plus de 1% de ses patients. Il semble peu probable, dans un contexte comme celui-là, que les thérapeutes aient tendance à sur-évaluer la présence de ce syndrome en faisant fi du taux de base. Nous devons également constater que la proportion de gens souffrant de troubles graves et consultant en clinique

d'urgence, par exemple, ne correspond pas à la proportion rencontrée dans la population en général. Nous devons donc tenir compte des critères rencontrés dans la population clinique lorsque nous évaluons la présence d'un tel biais, ce qui n'est pas le cas dans les études émanant de la psychologie sociale en général (Holt, 1988).

La nature de l'information présentée dans la vignette relatant le compte rendu d'un accident n'a pas affecté de façon significative le niveau de responsabilité attribué au jeune homme de la vignette. Il en va de même dans le cas de la tâche clinique. Nous devons donc conclure que nos sujets ne semblent pas affectés par le biais lié à la nature de l'information (dans ce cas-ci, la gravité de la conséquence) lorsqu'il s'agit d'attribuer à quelqu'un un niveau de responsabilité lors d'un événement. Ces résultats diffèrent grandement de ceux qui avaient été présentés par Walster (1966). Nous nous devons donc de conclure que les résultats que nous obtenons dans une tâche clinique et dans une tâche classique vont à l'encontre de ceux obtenus par les auteurs de la psychologie sociale.

Le présence du biais d'ancrage n'a pu être démontrée à partir de la tâche que nous avons présentée aux sujets. Même si quelques sujets semblent reconnaître que Mme N manque de contrôle de soi, la répartition de ceux-ci empêche de conclure à la présence de ce biais. Les sujets ont tenu compte des informations obtenues vers la fin de la vignette faisant état du bon contrôle de soi de cette cliente dans sa vie courante.

En ce qui concerne notre deuxième hypothèse, la comparaison des résultats obtenus à la tâche d'attribution de responsabilité dans un compte-rendu d'accident et ceux obtenus dans une situation clinique démontrent une

différence significative entre ces deux types de tâches. Ce résultat semble confirmer que les tâches issues de la psychologie sociale ne nous donnent pas une bonne indication de la façon dont les cliniciens posent leur jugement dans une situation se rapprochant davantage de leur travail professionnel. Nous pouvons d'ailleurs remarquer que les sujets tendent à avoir un jugement plus modéré dans une tâche clinique que dans une tâche relatant un accident. Cette constatation nous amène à penser que les thérapeutes utilisent possiblement des schèmes de pensée différents en fonction du contexte dans lequel il est utilisé.

L'absence de corrélation entre l'orientation théorique des sujets et le niveau de responsabilité qu'ils attribuent aux acteurs des vignettes, semble réfuter la présomption d'une tendance des thérapeutes d'orientation psychodynamique à surévaluer l'importance des facteurs intrapsychiques au détriment des causes environnementales dans l'évaluation d'une situation (Newman & Kopta, 1986). Nous sommes tentés de croire que si les thérapeutes d'orientation psychodynamique se concentrent davantage sur les aspects intrapsychiques au détriment de d'autres informations, c'est parce que ces facteurs vont être la cible de leurs interventions et non en raison d'une sous-évaluation de l'importance des autres facteurs (Worthington & Atkinson, 1993). Cette distinction nous paraît cruciale dans la compréhension du jugement clinique.

Les liens hypothétiques entre la complexité cognitive et le jugement clinique n'ont pu être clairement démontrés. Il semble que dans certains cas il puisse y avoir une légère association. Les sujets les plus habiles en capacité d'abstraction pourraient être ceux qui sont le plus tentés, dans des cas d'évaluation de probabilités, à faire appel à leurs connaissances

personnelles plutôt qu'à se fier aux stratégies statistiques dans une prise de décision. Toutefois, cet impact reste à être démontré dans l'efficacité thérapeutique et psychodiagnostique.

Nous observons également que les différents biais ne semblent pas liés entre eux. Nous avons pu constater toutefois qu'il est difficile d'isoler une heuristique ou un biais. En effet, lorsque nous tentons d'évaluer la présence du biais lié à la nature de l'information, nous sommes également en présence de variables appartenant à la catégorie de l'erreur fondamentale d'attribution. Il semble également que le biais d'ancrage et celui de la tendance à la confirmation d'hypothèse puisse se manifester de façon concomitante dans plusieurs tâches. Garb (1998) mentionne que l'effet de primauté, l'heuristique d'ancrage/ajustement et le biais de confirmation d'hypothèse participent tous à la collecte de données quand un thérapeute veut poser un jugement clinique. En raison de l'aspect dynamique du travail clinique, impliquant plusieurs processus cognitifs à la fois, il nous apparaît de plus en plus clair que les conclusions tirées d'études statiques sur des biais isolés sont limitées quant à la portée de leurs conclusions sur la qualité du jugement clinique.

Au delà des résultats que nous obtenons et, qui semblent confirmer, en partie du moins, nos hypothèses et impressions de départ, il est impératif de se poser de sérieuses questions sur la validité écologique des recherches dans le domaine du jugement clinique. Nous étions conscients de la possibilité d'un manque de validité écologique des recherches sur le jugement social lorsqu'appliqué au jugement clinique sans égard à la différence de contexte qui existe entre ces deux univers. Le contexte de prise de décision est un élément ayant un impact important sur la nature

du jugement qui sera posé. Nous avons en mémoire la fameuse étude de Rosenhan (1973) où des chercheurs se sont présentés à l'urgence d'un hôpital psychiatrique en se plaignant d'entendre des voix. Ils reçurent un diagnostic de schizophrénie même si le reste de leur comportement était en tout point celui d'individus normaux. Nous pouvons certes être étonnés voire choqués des résultats obtenus dans cette étude mais il faut toutefois replacer ces données dans leur contexte. En manipulant ainsi des variables à l'insu des cliniciens, nous les privons d'une partie des informations pourtant essentielles à la bonne marche de leur travail.

La littérature semble ainsi truffée de pièges cognitifs qui ont parfois peu à voir avec le travail clinique. En caricaturant un peu, nous pourrions imaginer une étude portant sur le comportement des chasseurs de lions dans la savane africaine à qui l'on tendrait des pièges à ours afin de tester leur vigilance. Si nos chasseurs ont le malheur de tomber dans ces pièges dont ils n'auraient nulle raison de soupçonner la présence, nous pourrions conclure qu'ils sont de piètres chasseurs. Nous pouvons nous demander, sans caricaturer cette fois, quelle est la probabilité pour un clinicien de devoir rencontrer une personne feignant d'entendre des voix quand il travaille dans une urgence psychiatrique. Bien sûr nous croyons que la qualité du jugement clinique puisse être améliorée mais encore faut-il que nos mesures rendent compte du problème avec à tout le moins un minimum de validité. A cet égard Garb (1998) fait remarquer que le fait de prévenir les thérapeutes contre la possibilité d'erreurs inférentielles n'a que peu ou pas d'impact sur leurs capacités à éviter ces erreurs. Est-ce parce que les thérapeutes sont de piètres décideurs comme le concluent certaines études, ou est-ce parce que les tâches qu'on leur propose ne sont pas en lien avec les compétences nécessaires au travail clinique. Nous ne

refusons aucunement l'idée que le jugement des thérapeutes puisse être sujet à des erreurs inférentielles mais nous remettons sérieusement en doute la façon dont la qualité du jugement clinique est mesuré.

En conclusion, nous retenons les recommandations de Rock et al. (1987) sur la nécessité d'améliorer la validité écologique des recherches portant sur le jugement clinique. En s'inspirant d'un modèle issu de la recherche en sciences cognitives (Jenkins, 1979), ils identifient 4 facteurs qui devraient être au coeur de toute situation expérimentale. 1- les caractéristiques des sujets (habiletés, intérêts, connaissances) 2- Les caractéristiques des tâches demandées aux sujets (rappel, reconnaissance, résolution de problème) 3- Les caractéristiques du matériel présenté (vignettes, enregistrements vidéo) 4- La nature du traitement de l'information que devront effectuer les sujets (pourront-ils poser des questions, devront-ils retenir de l'information). Un des aspects les plus important de ce modèle est qu'il met l'accent sur les interactions inévitables et essentielles entre ces quatre facteurs. Par exemple, les tâches présentées aux sujets se doivent d'être en lien avec les habiletés, toutes particulières, des sujets dont nous mesurons la qualité du jugement clinique. La nature du matériel utilisé doit bien rendre compte du traitement de l'information que nous demandons à nos sujets. Il nous apparaît évident, lorsque nous utilisons ce modèle comme point de référence, de devoir constater le manque de validité écologique flagrant dont souffrent un très grand nombre d'études dans le domaine du jugement clinique. Il est ardu, nous en convenons aisément, de pouvoir construire un contexte expérimental tenant compte de ces quatre facteurs ainsi que de leurs interactions, mais nous croyons fermement que ce n'est qu'à ce prix que les études sur le

jugement clinique trouveront écho auprès des thérapeutes de façon constructive.

Références

- Alain, M. (1992). L'effet de la complexité cognitive et de stratégie de formation aux processus inférentiels sur la qualité des jugements cliniques des thérapeutes. Thèse de doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.
- Arkes, H. R. (1981). Impediments to accurate clinical judgment and possible ways to minimize their impact. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 323-330.
- Arkes, H. R., & Harkness, A. R. (1980). Effect of making a diagnosis on subsequent recognition of symptoms. Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory, 6, 568-575.
- Bernstein, B. L., & Lecomte, C. (1981). Licensure in psychology : Alternative directions. Professional Psychology : Research and Practice, 12, 200-208.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P. & Neufeld, S. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp. 229-269). New York : Wiley.
- Bieri, J., Atkins, A. L., Briar, S., Leaman, R. L., Miller, H., & Tripodi, T. (1966). Clinical and social judgment: The discrimination of behavioral information. New York: Wiley.

- Brodsky, S. L. (1989) Advocacy in the guise of scientific objectivity: An examination of Faust and Ziskin. Computers in Human Behavior, 5, 261-264.
- Cattel, R. B., Eber, H. W., & Tatsuoka, M. M. (1970). Handbook for the sixteen personality factor questionnaire. Champaign : Institute for Personality and Ability Testing.
- Chapman, L. J., & Chapman J. P. (1969). Illusory correlation as an obstacle to the use of valid psychodiagnostic signs. Journal of Abnormal Psychology, 74, 271-280.
- Dawes, R. M. (1986). Representative thinking in clinical judgment. Clinical Psychology Review, 6, 425-441.
- Dawes, R. M. (1994). House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth. New York : Free Press.
- Drouin, M-S., Lecours, S., Lecomte, C., & Bouchard, M-A. (1995). Clinical judgment, inferential bias and the problem of ecological validity. Communication presented at the 26th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Vancouver, B.C.
- Drouin, M-S., Lecomte, C., & Ledoux, S. (1993). The influence of affective reaction on the confirmatory biases. Communication presented at the Annual Conference of the Society for Psychotherapy Research, Pittsburg, PA.

- Dumont, F., & Lecomte, C. (1987). Inferential processes in clinical work: Inquiry into logical errors that affects diagnostic judgments. Professional Psychology, 18, 433-438.
- Edwards, W. (1961). Behavioral decision theory. Annual Review of Psychology, 12, 473-498.
- Elstein, A. S., & Bordage, G. (1979). Psychology of clinical reasoning. In G. C. Stone, F. Cohen, & N. E. Adler (Eds.), Health psychology- A handbook (pp. 333-368). San Fransisco : Jossey-Bass.
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1991). Social cognition. New York : McGraw Hill.
- Friedlander, M. L., & Phillips, S. D. (1984). Preventing anchoring errors in clinical judgment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 366-371.
- Friedlander, M. L., & Stockman, S. J. (1983). Anchoring and publicity effects in clinical judgment. Journal of Clinical Psychology, 39, 637-643.
- Garb, H. N. (1996). The representativeness and past-behavior heuristics in clinical judgment. Professional Psychology : Research and Practice, 27, 272-277.
- Garb, H. N. (1998). Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment. Washington : APA.

- Geisinger, K. F. (1985). Miller Analogy Test. In D. J. Keyser & R. C. Sweetland (Eds.), Test critiques (vol. 4, pp. 414-424). Kansas City, Mo: Test Corporation of America.
- Gilbert, D. T., & Malone, P. S. (1995). The correspondence bias. Psychological Bulletin, 117, 21-38.
- Gough, H. G. (1963). Clinical versus statistical prediction in psychology. In L. Postman (Ed.), Psychology in the making. New York : Knopf.
- Haverkamp, B. E. (1993). Confirmatory bias in hypothesis testing for client-identified and counselor self-generated hypotheses. Journal of Counseling Psychology, 40, 303-315.
- Hollon, S. D., & Kriss, M. R. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. Clinical Psychology Review, 4, 35-76.
- Holt, R. R. (1988). Judgment, inference, and reasoning in clinical perspective. In D. C. Turk, & P. Salovey (Eds.), Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology (pp.233-250). New York : The Free Press.
- Holt, R. R. (1986). Clinical and statistical prediction: A retrospective and would-be integrative perspective. Journal of Personality assessment, 50, 376-386.

- Holt, R. R. (1970). Yet another look at clinical and statistical prediction: Or is clinical psychology worthwhile? American Psychologist, 25, 337-349.
- Houts, A. C. (1984). Effects of clinician theoretical orientation and patient explanatory bias on initial clinical judgment. Professional Psychology: Research and Practice, 15, 284-293.
- Howard, K. I., & Orlinsky, P. E. (1986). Process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (3rd ed., pp. 311-381). New York : Wiley.
- Jenkins, J. J. (1979). Four points to remember. A tetrahedron model of memory experiments. In L. S. Cermak, & I. M. Craik (Eds.), Levels of processing in human memory (pp. 429-446). New York : Erlbaum.
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. Journal of Counseling Psychology, 46, 3-11.
- Kachele, H. (1993). Comment évoluent les psychothérapies. Psychothérapies, 13, 225-232.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. Psychological Review, 80, 237-251.

- Kahneman, D., Slovic, P., Tversky, A. (1982). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge : Cambridge University Press.
- Kayne, N. T., & Alloy, L. B. (1988). Clinician and patient as aberrant actuaries: Expectation-based distortions in assesment of covariation. In L. Y. Abramson (Ed.), Social cognition and clinical psychology: A synthesis (pp. 295-365). New York : Guilford Press.
- Kleinmuntz, B. (1984). The scientific study of clinical judgment in psychology and medecine. Clinical Psychology Review, 4, 111-126.
- Kopta, S. M., Newman, F. L., McGovern, M. P., & Sandrock, D. (1986). Psychotherapeutic orientations : A comparison of conceptualizations, interventions, and treatment plan costs. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 369-374.
- Kurtz, R. M., & Garfield, S. L. (1978). Illusory correlation: A further exploration of Chapman's paradigm. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1109-1015.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp. 143-149). New York : Wiley.

- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (3rd ed., pp. 157-211). New York : Wiley.
- Langer, E. J., & Abelson, R. P. (1974). A patient by any other name... : Clinician group difference in labeling bias. Journal of Consulting and Clinical psychology, 42, 4-9.
- Lecomte, C., & Castonguay, L. G. (1987) Rapprochement et intégration en psychothérapie. Montréal : Gaëtan Morin.
- Lee, D. Y., Barak, A., Uhlemann, M. R., & Patsula, P. (1995). Effects of preinterview suggestion on counselor memory, clinical impression, and confidence in judgments. Journal of Clinical Psychology, 51, 666-675.
- Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatment. New York : Basic Books.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). Understanding transference, the core conflictual relationship theme method. Washington : American Psychological Association.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). Who will benefit from psychotherapy ? Predicting therapeutic outcomes. New York : Basic Books.

- Luborsky, L., Diguier, L., Luborsky, E., McLellan, A. T., Woody, G., & Alexander, L. (1993). Psychological health as a predictor of the outcomes of psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology (Special section), 61, 542-548.
- Mayfield, A. M., Kardash, C. M., & Kivlighan, D. M. (1999). Differences in experienced and novice counselor's knowledge structures about clients: Implications for case conceptualization. Journal of Counseling Psychology, 46, 504-514.
- McGovern, M. P., Newman, F. L., & Kopta, S. M. (1986). Metatheoretical assumptions and psychotherapy orientation: Clinician attributions of patients' problem causality and responsibility for treatment outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 476-481.
- Meehl, P. E. (1986). Diagnostic taxa as open concepts: Metatheoretical and statistical questions about reliability and construct validity in the grand strategy of nosological revision. In T. Millon and G. Klerman (Eds.), Contemporary directions in psychopathology (pp. 215-231). New York: Guilford.
- Meehl, P. E. (1954). Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and review of the evidence. Minneapolis, MN : University of Minnesota Press.
- Nisbett, R. E., & Ross, L. (1980). Human inference: Strategy and shortcomings of social judgment. New York : Prentice Hall.

- Norcross, J.C. (Ed.) (1986). Handbook of eclectic psychotherapy. New York: Brunner/Mazel.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (1992). Handbook of psychotherapy integration. New York : Basic Books.
- Norcross, J. C., Gerrity, D. M., & Hogan, E. M. (1993). Some outcomes and lessons from a cross-sectional evaluation of psychology undergraduates. Teaching of Psychology, 20, 93-96.
- Oskamp, S. (1965). Overconfidence in case-study judgments. Journal of Consulting Psychology, 29, 261-265.
- Perry, S., Cooper, A. M., & Michels, R. (1987). The psychodynamic formulation : Its purpose, structure, and clinical application. American Journal of Psychiatry, 144, 543-550.
- Plous, S., & Zimbardo, P. G. (1986). Attributional biases among clinicians : A comparison of psychoanalysts and behavior therapists. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 568-570.
- Rock, D. L., Bransford, J. D., Maisto, S. A., & Morey, L. (1987). The study of clinical judgment : An ecological approach. Clinical psychological review, 7, 645-661.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. Science, 179, 250-258.

- Salovey, P., & Turk, D. C. (1991). Clinical judgment and decision-making. In C. R. Snyder, & D. R. Forsyth (Eds.), Handbook of social and clinical psychology: The health perspective (pp. 416-437). New York : Pergamon Press.
- Sawyer, J. (1966). Measurement and prediction, clinical and statistical. Psychological Bulletin, 66, 178-200.
- Seligman, L. (1990). Selecting effective treatment. San Francisco : Jossey - Bass.
- Singer, J. L., & Kolligian, J. (1987). Personality : Developments in the study of private experience. Annual Review of Psychology, 2, 533-574.
- Snyder, M. (1981). Seek, and ye shall find : Testing hypotheses about other people. In E. T. Higgins, C. P. Herman, & M. P. Zanna (Eds.), Social cognition : The Ontario Symposium (Vol. 1, pp. 277-303). Hillsdale : Erlbaum.
- Spengler, P. M., & Strohmer, D. C. (1994). Clinical judgmental biases: The moderating roles of counselor cognitive complexity and counselor client preferences. Journal of Counseling Psychology, 41, 8-17.
- Strohmer, D. C., Shivy, V. A., & Chiodo, A. L. (1990). Information processing strategies in counselor hypothesis testing: The role of selective memory and expectancy. Journal of Counseling Psychology, 37, 465-472.

- Strupp, H., & Binder, J. (1984). Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York : Basic Books.
- Turk, D. C., & Salovey, P. (Eds.). (1988). Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology. New York : Free Press.
- Turk, D. C., & Salovey, P. (1986). Clinical information processing: Bias inoculation. In R. E. Ingram (Ed.), Information processing approaches to clinical psychology (pp. 305-322). Orlando : Academic Press.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). Judgments of and by representativeness. In D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky (Eds.), Judgment under uncertainty : Heuristics and biases (pp. 84-100). New York : Cambridge University Press.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty : Heuristics and biases. Science, 185, 1124-1131.
- Waller, R. W., & Kelley, S. M. (1978). Effects of explanation and information feedback on the illusory correlation phenomenon. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 342-343.
- Walster, E. (1966). Assignment of responsibility for an accident. Journal of Personality and Social Psychology, 3, 73-79.
- Watts, F. N. (1980). Clinical judgment and clinical training. British Journal of Medical Psychology, 53, 95-108.

Wiggins, J. S. (1981). Clinical and statistical prediction: Where are we and where do we go from here? Clinical Psychology Review, 1, 3-18.

Worthington, R. L., & Atkinson, D. R. (1993). Counselor' responsibility and etiology attributions, theoretical orientations, and counseling strategies. Journal of Counseling Psychology, 40, 295-302.

Ziskin, J., & Faust, D. (1988) Coping with psychiatric and psychological testimony (Vols. 1-3, 4th ed.). Venice, CA : Law and Psychology Press.

Article deux

Expérience, orientation théorique et validité du jugement clinique.
La méthode du CCRT

Auteurs: Marc-Simon Drouin, Serge Lecours, Conrad Lecomte, Marc-André Bouchard.

Expérience, orientation théorique et validité du jugement clinique.
La méthode du CCRT

Introduction

La recherche sur l'efficacité de la psychothérapie met en lumière un certain nombre de variables associées à la personne du thérapeute (Beutler, Crago & Arizmendi, 1986; Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Crits-Christoph & Mintz, 1991; Crits-Christoph & al., 1991; Lambert & Bergin, 1994). Ces variables ont un impact important sur la réussite du traitement. La qualité du jugement clinique semble être au coeur des variables responsables de l'amélioration des clients en psychothérapie (Garb, 1998; Rock & al., 1987). Manifestement, la qualité du jugement clinique d'un thérapeute a un impact important sur l'évolution d'un processus thérapeutique (Garfield, 1992; Houts, 1984; Wiggins, 1981). Il est toutefois frappant de remarquer la pauvreté relative de la recherche dans ce domaine. S'il est un domaine où le fossé entre la recherche et la pratique est important, c'est bien celui-ci. En effet, même si la majorité des auteurs s'entendent pour reconnaître l'importance du jugement clinique dans la pratique de la psychothérapie (Dumont & Lecomte, 1987; Holt, 1988; Spengler & Strohmer, 1994; Turk & Salovey, 1988), rares sont les études qui tentent de faire ressortir l'impact direct de la qualité du jugement sur le processus et l'efficacité thérapeutique. Martin (1984) reconnaît que l'influence des processus cognitifs du thérapeute constitue une dimension importante et relativement ignorée de l'intervention thérapeutique.

Orlinsky et Howard (1994) dans leur modèle générique de la psychothérapie identifient six (6) catégories de variables pouvant rendre compte d'un aspect important du processus thérapeutique. Il s'agit d'aspects interdépendants du processus thérapeutique devant faire l'objet de recherche. Une de ces variables concerne l'aspect technique de la psychothérapie, c'est-à-dire l'application de l'expertise du thérapeute à la problématique de son client. Cette expertise se situe à quatre niveaux. Dans un premier temps, les thérapeutes doivent évaluer la nature de la problématique du client ainsi que ses modes caractéristiques de pensées, émotions et actions. Ils doivent, par la suite, élaborer une formulation clinique et diagnostique de la problématique du client. Ils sélectionnent les stratégies, techniques et interventions appropriées pour finalement susciter la participation du client nécessaire à la bonne conduite de la psychothérapie.

Cette classification des variables de processus permet de confirmer l'importance de la qualité du jugement clinique à l'intérieur de la recherche sur l'efficacité thérapeutique. Orlinsky et Howard insistent sur la nécessité de poursuivre la recherche sur des aspects spécifiques du processus thérapeutique (process-outcome research). Ce point de vue est partagé par plusieurs auteurs et plusieurs chercheurs font des efforts importants en ce sens (Crits-Christoph & al., 1998; Gaston & al., 1998; Greenberg, Rice & Elliot, 1993; Greenberg & Watson, 1998; Pinsof, 1995; Watson & Greenberg, 1996).

Lecomte (1987) mentionne que l'analyse des résultats de recherches invite le psychothérapeute à considérer le changement thérapeutique selon les processus suivants: l'influence interpersonnelle réciproque, la relation

thérapeutique, les processus inférentiels et la résistance. Considérant le caractère hautement inférentiel de la psychothérapie (Garb, 1998, Turk & Salovey, 1988; Strupp, 1994), il paraît fort pertinent de s'interroger sur la qualité et la validité du jugement clinique. La capacité de formuler des inférences et des hypothèses valables permet au thérapeute d'intervenir de façon intentionnelle (Alain, 1992). L'intentionnalité, en psychothérapie, est l'habileté à s'engager dans le traitement de l'information et le processus de prise de décision en générant une pluralité d'hypothèses et d'interventions pertinentes en fonction du contexte et de l'impact obtenus (Ivey, 1980).

Malgré ces recommandations de la part de la communauté de chercheurs sur l'efficacité et les processus thérapeutiques, il n'existe que très peu d'études portant spécifiquement sur le lien entre la précision et la validité du jugement clinique et l'efficacité thérapeutique. Par ailleurs, la qualité des processus inférentiels fait figure de parent pauvre dans la recherche sur les habiletés thérapeutiques. Les processus inférentiels sont presque toujours étudiés à l'extérieur du cadre thérapeutique et le lien avec l'efficacité thérapeutique demeure donc hautement inféré.

Les difficultés associées à l'étude de ces variables dans un contexte clinique pourraient expliquer en grande partie le retard que semble accuser ce domaine pourtant primordial dans la compréhension du processus thérapeutique. Les résultats obtenus sur des aspects spécifiques du jugement clinique semblent difficiles à articuler en un tout cohérent. Malgré la confusion observée dans ce champ de recherche, Garb (1998) fait ressortir deux grandes tendances dans l'étude du jugement clinique. Les études portant sur le diagnostic et l'évaluation du niveau de

psychopathologie et les études portant sur les formulations de cas (case formulation). Chacune de ces tendances est confrontée à des difficultés importantes que nous tenterons de faire ressortir ici. Nous présenterons également une solution qui nous paraît satisfaisante afin de pallier à une des difficultés majeures rencontrée dans ce domaine.

Jugement clinique et diagnostic

La qualité du jugement et les biais inférentiels ont en général été étudiés par la psychologie sociale (Fiske & Taylor, 1991; Nisbett & Ross, 1980; Tversky & Kaneman, 1974, 1982). Certains chercheurs ont tenté d'appliquer les résultats de ces études au domaine clinique (Abramson, 1988; Salovey & Turk, 1988; Spengler & Strohmer, 1994; Strohmer, Shivy & Chiodo, 1990; Turk & Salovey, 1988). Malgré l'intérêt qu'elles soulèvent, ces études, toutefois, ne rendent pas compte de la nature spécifique de l'activité mentale du thérapeute lors de situations d'entretien. La majorité de ces études, tout comme celles recensées par Garb (1989, 1998), ne font appel qu'aux capacités psychodiagnostiques des thérapeutes. Toutefois, nous devons noter qu'à ce jour il n'existe pas de diagnostic transthéorique permettant de rendre compte de la qualité du jugement clinique. Le DSM-IV tente de créer un consensus parmi la communauté de thérapeutes avec un succès assez mitigé. En effet, dans une étude récente (Drouin & al., 1995b), plus de 50 % des thérapeutes affirmaient ne pas avoir une connaissance suffisante de la taxonomie du DSM-IV pour leur permettre de poser un diagnostic valide. Ces résultats allaient dans le même sens que ceux de Davis et al. (1993) et de Blashfield et Herkov (1996) qui notent que la majorité des thérapeutes n'utilisent pas les critères du DSM-IV lorsqu'ils

tendent de formuler un diagnostic. Par ailleurs, la recherche sur les processus inférentiels issue de la psychologie sociale ne tient pas compte de l'allégeance théorique des thérapeutes participant à la majorité de leurs études ainsi que de leurs positions divergeantes face au diagnostic psychologique. Il semble donc y avoir un biais lié à l'aplanissement des différences entre les thérapeutes participant à ces études.

Loin de nous l'idée de minimiser l'importance de la capacité à poser un diagnostic valide, mais, nous devons toutefois reconnaître qu'il ne s'agit que d'un aspect du travail réflexif des thérapeutes. Par ailleurs, nous devons constater que la majorité des études portant sur la qualité du jugement clinique proposent des tâches statiques aux sujets de leurs expérimentations. En plus d'être statiques, ces tâches font appel à des situations exceptionnelles, rarement rencontrées dans la pratique courante de la majorité des sujets. On ne mesure que des situations d'évaluation, dans un cadre précis, qui semblent faire peu de cas du processus thérapeutique. Ce sont en général des situations exigeant une prise de décision rapide. En dehors du milieu hospitalier, nous côtoyons rarement ce genre de situations. Ces biais ne sont donc pas des indicateurs de la validité du jugement clinique. Ils mesurent des types d'erreurs n'ayant pas grand chose à voir avec la validité des hypothèses cliniques générées par les thérapeutes en situation de processus thérapeutique. Qui plus est, dans la majorité des cas, il y a manipulation du matériel qui est présenté aux sujets. Le lien avec l'efficacité thérapeutique s'en trouve considérablement réduit. Leur validité écologique peut donc être très fortement questionnée. (Drouin & al., 1995b; Rock, Brandford, Maisto & Morey, 1987). L'intérêt que les sujets portent aux tâches qu'on leur présente pourrait avoir un impact sur la validité de leur jugement. Nous

sommes tentés de nous demander si les thérapeutes pourraient avoir un jugement plus valide lorsque les informations présentées sont vraiment au coeur de leurs préoccupations clinique, ce qui pourrait, en quelque sorte, rejoindre les concepts d'attention flottante et d'écoute selective définis par les thérapeutes d'orientation psychodynamique(Freud, 1912; Luborsky,1984; Strupp, 1984). Les thérapeutes pourraient donc être plus précis sur les enjeux vraiment importants.

Jugement clinique et formulation de cas

Garb (1998) relève l'existence d'un courant de recherche s'appuyant davantage sur la formulation de cas (case formulation) que sur les simples habiletés psychodiagnostiques. Ces recherches sont toutefois assez clairsemées et leurs conclusions semblent difficilement généralisables à l'ensemble de la communauté thérapeutique. Une des limites les plus importante est qu'il existe très peu de recherches pouvant comparer la qualité du jugement clinique de thérapeutes d'allégeance théorique différentes.

Certains auteurs (Jordan, Harvey & Weary, 1988; Salovey & Turk, 1991; Snyder, 1981; Turk, Salovey & Prentice, 1988) mentionnent que l'orientation théorique du thérapeute impose à celui-ci une préconception en ce qui concerne la nature des informations pertinentes à recueillir. Cette préconception est génératrice de biais importants et, du même coup, il devient difficile de comparer la justesse du jugement clinique de deux thérapeutes d'orientations théoriques différentes .

Goldfried, Castonguay et Safran (1992) sans abonder dans ce sens, signalent tout de même qu'une des limites importantes au rapprochement et à l'intégration en psychothérapie réside justement dans les barrières de langage et de conceptualisation entre les différentes orientations théoriques. Malgré le fait que différentes approches ont par moments des préoccupations tout à fait semblables en terme de focus d'attention et d'intervention, elles se retrouvent emprisonnées à l'intérieur d'un vocabulaire qui devient une limite à la communication entre les tenants des diverses orientations théoriques.

Par ailleurs, Kachèle (1993) apporte une objection importante à ces affirmations. Selon lui, la théorie est une loupe qui nous permet de voir les liens, de façon possiblement inexacte, mais sans laquelle nous ne les verrions pas du tout. Si nous devons tenir compte du fait que les thérapeutes n'utilisent vraisemblablement pas les critères diagnostiques du DSM-IV pour se faire une représentation du client, nous devons donc nous intéresser à leur conception théorique lorsque nous voulons mesurer la justesse de leurs inférences. Watson et Greenberg (1996) mentionnent que les approches intrapsychiques conceptualisent les problématiques des clients à l'intérieur d'un cadre théorique qui leur permettent d'identifier les déterminismes sous-jacents du comportement et ultimement de la psychopathologie. Ces déterminismes deviennent alors la cible du traitement bien plus que les symptômes de surface. Ceci renforce notre position voulant que la taxonomie du DSM-IV ne puisse rendre compte de la qualité du jugement clinique de thérapeutes utilisant des approches intrapsychiques. Il importe donc de trouver un angle permettant de mesurer la qualité et la validité du jugement clinique tout en s'assurant de ne pas évacuer l'orientation théorique privilégiée par les thérapeutes.

Wiggins (1973) mentionnait l'importance ainsi que la difficulté d'identifier un critère de validité du jugement clinique.

Nous devons noter que les chercheurs d'orientation psychodynamique se sont intéressés depuis longtemps au rôle primordial du jugement clinique à travers la notion d'interprétation dans la cure analytique. En effet, l'interprétation est depuis longtemps considérée comme la technique centrale de l'intervention psychodynamique (Bibring, 1954).

L'interprétation est la condition sine qua non de l'insight et, par extension, du changement psychologique. Pour Buie (1981) la seule façon d'avoir accès à l'expérience subjective d'un individu passe par les inférences que nous nous formulons à son sujet. La justesse de ces inférences communiquées au client vont lui permettre de poursuivre et d'approfondir son introspection (Crits-Christoph, Cooper & Luborsky, 1988). Leibovich De Duarte (1996), relève avec justesse que peu d'études systématiques arrivent à cerner la façon dont les thérapeutes en viennent à formuler leurs hypothèses ainsi que la façon dont l'expertise peut être atteinte dans ce domaine. Par ailleurs, jusqu'à tout récemment, les recherches portant sur l'interprétation avaient tendance à assumer que toutes les interprétations étaient valables (Caston, Goldman & McClure, 1986). Nous devons noter toutefois que des efforts importants ont été réalisés par des chercheurs d'orientation psychodynamique afin de déterminer le lien entre la précision du jugement clinique et l'efficacité thérapeutique (Crits-Christoph, Barber & Kurcias, 1993; Crits-Christoph, Cooper & Luborsky, 1998; Norville Sampson & Weiss, 1996; Piper, Joyce, McCallum & Azim, 1993). Ces recherches se penchent principalement sur la justesse des interprétations et leurs impacts sur l'amélioration des patients. La multiplicité des approches à l'intérieur même du courant

psychodynamique limite la portée des conclusions de ces études (Collins & Messer, 1991).

De leur côté, les thérapeutes d'orientation existentielle humaniste réagissaient fortement à la notion d'interprétation tout en préférant la perspective empathique. La notion d'empathie a bien évolué depuis les premiers écrits de Rogers sur la question (Rogers, 1952). Différentes tendances sont ressorties de façon significative. Au départ, Rogers considérait que l'empathie était un des ingrédients suffisants et nécessaires au changement thérapeutique au même titre que la congruence et l'acceptation inconditionnelle. Dès 1959, il définit l'empathie en tant qu'habileté à percevoir le schème de référence interne d'une autre personne avec justesse et d'en saisir les composantes émotives et cognitives. Il tente donc de comprendre le schème de référence du client en évitant de porter des jugements, et communique cette compréhension au client. Rogers tentait de vérifier sa compréhension du client à travers une communication empathique. Par la suite, certains auteurs ont considéré l'empathie en tant que technique de communication thérapeutique (Carkhuff, 1971; Egan, 1987; Goodman, 1984; Truax & Carkhuff, 1967). Pour ces auteurs, le reflet empathique est l'outil principal pour manifester de l'empathie au client. Ils ont donc développé des mesures du niveau d'empathie dont le thérapeute est capable de faire preuve dans sa communication avec le client. Nous nous retrouvons ici avec un phénomène à peu près semblable à celui que nous retrouvons précédemment dans la perspective psychodynamique. Des instruments de mesure ont été élaborés pour vérifier le niveau d'empathie mais très peu de ces instruments tentent de saisir la qualité du jugement clinique à la base de cette communication empathique. Ford (1997), par exemple,

s'intéresse au style personnel de compréhension des thérapeutes mais omet de vérifier la justesse des hypothèses formulées par les thérapeutes à l'intérieur de leur style personnel.

Dans une perspective contemporaine, l'empathie est considérée en tant que construit multidimensionnel qui implique les dimensions suivantes : la compréhension, la dimension affective, la communication et l'action ainsi qu'une façon d'être ensemble (way of being together).

La dimension de compréhension est mise de l'avant par la majorité des auteurs contemporains peu importe leur approche théorique (Bozarth, 1997; Bozart & Tallman, 1997; Barrett-Lennard, 1997; Greenberg & Elliot, 1997; Vanaershot, 1997; Warner, 1997). On reconnaît donc à l'empathie une dimension cognitive importante. Bohart et Greenberg (1997) proposent une définition de l'empathie qui tient compte de la validité du jugement clinique. Pour eux, le thérapeute observe l'expérience du client, observe ensuite ses propres réactions face à ce client, s'imagine être à sa place pendant un moment puis échafaude des inférences au sujet du client. Les thérapeutes d'orientation humaniste utilisent donc des inférences afin de saisir l'organisation subtile et complexe de l'expérience immédiate du client. Bien que la notion d'inférence paraisse importante peu de recherches portent sur la validité des hypothèses cliniques. Nous devons toutefois noter les efforts importants de certains auteurs en ce sens (Greenberg, Rice & Elliot, 1993; Watson & Greenberg, 1996). Par exemple Greenberg et ses collaborateurs sont attentifs à la présence de points de repères (markers) dans le discours du client leur permettant d'utiliser un certain nombre d'interventions de façon spécifique. L'identification de ces points de repères suppose, de la part du thérapeute, une interprétation valide du discours du client.

Malgré ces efforts louables, la recherche sur l'empathie fut assez sporadique au cours des dernières années (Greenberg, Elliot & Lietaer, 1994; Orlinsky & al., 1994). Duan et Hill (1996) notent que très peu de recherches vont au delà de la question très générale du lien entre l'empathie et l'efficacité thérapeutique. Ils mentionnent également que la recherche dans ce domaine est caractérisée par une confusion issue du manque de définition opérationnelle et de mesures adéquates. Nous sommes donc loin d'une mesure adéquate de la qualité du jugement clinique bien que ce jugement soit considéré à travers la composante cognitive de l'empathie.

La recherche sur la validité des processus inférentiels des thérapeutes comporte donc un nombre important de difficultés qui semblent en décourager plus d'un. Par exemple, les recherches mentionnées ci-haut ne permettent qu'une comparaison partielle de la qualité du jugement clinique. En effet, des thérapeutes différents doivent se prononcer sur la problématique de clients tout aussi différents. Ceci limite de façon importante la validité et la fidélité des conclusions issues de telles recherches (Shaw & Dobson, 1988). Nous nous retrouvons donc devant un ensemble d'informations éparses dont il paraît difficile de tirer des enseignements profitables pour l'amélioration de l'efficacité thérapeutique. A cet égard, Kernberg et Clarkin (1994) mentionnent d'ailleurs que les revues débordent de résultats de recherches futiles, qui, bien que significatifs, demeurent inutilisables cliniquement ou encore, dépourvus de fondements théoriques. Ces critiques sont partagées par les cliniciens qui remettent en cause les conclusions issues des recherches en psychologie

sociale dans lesquelles on empêche le thérapeute d'utiliser ses procédures habituelles lors d'une prise de décision (Drouin & al., 1996; Holt, 1986).

Une des difficultés majeure dans l'étude du jugement clinique demeure donc l'orientation théorique des thérapeutes participant à ces études. Il apparaît que la qualité du jugement clinique soit au coeur des préoccupations des thérapeutes d'orientation psychodynamique, sous le couvert de la notion d'interprétation, et des thérapeutes d'orientation humaniste à travers la notion d'empathie. Cette dernière notion est d'ailleurs partagée par bon nombre de psychodynamiciens des approches intersubjectives (Orange, 1995; Trop & Stolorow, 1997) et de la psychologie du soi (Rowe, 1997; MacIsaac, 1997). Nous nous retrouvons donc devant des préoccupations semblables en l'absence d'un langage commun.

Il devient donc important de choisir une unité fondamentale d'observation (observational units) afin de comparer la qualité du jugement clinique. Edelson (1994) juge que ce choix est crucial afin de minimiser l'impact des préférences théoriques des sujets. Selon lui, le discours du client devrait être l'unité d'observation fondamentale car des thérapeutes de diverses écoles peuvent s'entendre sur la nature des observations sans faire appel aux concepts les plus abstraits de leur théorie respective.

Havens (1994) de son côté, remarque qu'une grande partie du travail thérapeutique consiste à reconnaître et résoudre les impasses relationnelles du client. Cette perspective relationnelle est partagée par les tenants des approches humanistes et psychodynamiques. Sans vouloir minimiser les différences de conceptualisation des écoles face à la compréhension des phénomènes relationnels, nous nous retrouvons tout de

même face à un consensus quant à l'intérêt que nous devons porter aux composantes relationnelles. Les approches analytiques contemporaines (Kernberg, 1995; Kohut, 1984; Masterson, 1989; Strupp, 1994; etc) font une place primordiale aux relations dans leur compréhension de la psychopathologie. Il en va de même pour les approches humanistes (Bouchard, 1987; Delisle, 1998; Ginger, 1992; Lecomte, 1987; Warner, 1997; Yalom, 1980; etc). Dans une perspective de recherche sur l'efficacité thérapeutique, Horowitz et Vitkus (1986), Benjamin (1994), et plusieurs autres auteurs font tous ressortir l'importance primordiale des composantes relationnelles dans la formation de symptômes.

La méthode du CCRT

Notre unité fondamentale d'observation devient donc le discours du client et plus particulièrement dans ses composantes relationnelles. Luborsky et al. (1990, 1998) a développé un instrument permettant de rendre compte des difficultés relationnelles d'un client à partir du discours de celui-ci. La méthode du Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) consiste en une analyse standardisée du discours du client qui permet de mettre en relief des patterns relationnels récurrents. Soldz (1993) reconnaît qu'il s'agit d'une méthode permettant de rendre compte des désirs et des réactions d'un individu dans ses relations avec les autres. En ce sens, la méthode du CCRT peut rendre compte des difficultés relationnelles d'un individu de la même façon qu'une évaluation psychologique standard. Luborsky ajoute que cette méthode d'analyse est comparable au processus inférentiel habituel qu'utilisent les thérapeutes d'orientation psychodynamique. Elle permet toutefois de formaliser le processus de génération d'hypothèses.

La méthode du CCRT étant basée sur l'analyse du discours du client dans une perspective relationnelle, il nous apparaît plus que probable que cette méthode puisse rendre compte des processus inférentiels des thérapeutes aussi bien d'orientation humaniste que psychodynamique. Cette prétention s'appuie sur le fait que la méthode du CCRT tient compte de la perspective subjective du client. En ce sens, il s'agit d'une méthode respectant les principes de la phénoménologie. Nous rejoignons ainsi les préoccupations des thérapeutes humanistes en respectant la perspective empathique dans sa composante cognitive.

Cette méthode est utilisée, en général, pour coter des verbatims d'entretiens thérapeutiques afin d'identifier des patterns relationnels. Elle a également été utilisée afin de coter la précision des interprétations communiquées par le thérapeute à son client (Crits-Christoph, Cooper & Luborsky, 1998; Crits-Christoph, Barber & Kurcia, 1993). Elle n'a, par ailleurs, jamais été utilisée afin d'évaluer la validité des hypothèses que formule le thérapeute au sujet d'un client.

Nous croyons donc que la méthode du CCRT puisse être utilisée afin de rendre compte de la qualité du jugement clinique de thérapeutes dans une situation expérimentale se rapprochant intimement du travail clinique. Cette méthode devrait permettre aux thérapeutes de formuler des hypothèses cliniques à l'intérieur de leurs schèmes de référence respectifs pour être ensuite cotés par des évaluateurs externes maîtrisant cet instrument.

Nous devons également souligner que la recherche sur les processus inférentiels fait fréquemment appel aux notions de script et de schéma

(Abelson, 1981; Taylor & Croker, 1981; Turk & Salovey, 1988). Les thérapeutes construisent une représentation schématique de leur client. Ces recherches ne permettent toutefois pas aux thérapeutes d'utiliser leur théorie respective dans l'élaboration schématique du client. La méthode du CCRT permet au thérapeute d'identifier un pattern relationnel d'une façon similaire à ce que l'on retrouve dans la recherche en psychologie sociale sous le couvert des notions de script et de schéma tout en lui permettant d'utiliser son cadre de référence.

À notre avis, la méthode du CCRT comporte un autre avantage majeur en regard de la recherche sur la qualité du jugement clinique et des processus inférentiels. Selon Pinsof (1981), la mesure des habiletés thérapeutiques dépend largement de théories spécifiques de la psychothérapie. Les recherches émanant de courants de pensée différents vont développer des instruments de mesure en lien avec leur théorie spécifique ce qui contribue à creuser le fossé entre les thérapeutes d'approches différentes. L'utilisation de ces instruments ayant pour but de mesurer la qualité du jugement clinique issu de théories spécifiques, exige en général un niveau d'inférence élevé. À l'aide de cet instrument, des juges indépendants ont à se prononcer sur la qualité des inférences formulées par les thérapeutes. Shaw et Dobson (1988) nous rappellent avec justesse que l'utilisation de ces instruments comporte une limite importante. En effet, plus les juges doivent se prononcer sur des opérations thérapeutiques nécessitant un niveau d'inférence élevé, plus grande sera la menace sur le niveau d'accord interjuge des évaluateurs chargés d'analyser le matériel. La méthode du CCRT réduit considérablement les impacts de cet écueil en adoptant une perspective phénoménologique collée sur le discours du client. Nous

pourrions donc être en présence d'un critère adéquat afin de mesurer la validité du jugement clinique.

Expérience et jugement clinique

Un des résultats les plus troublant et à la fois récurrent de la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie est celui démontrant qu'il y ait très peu d'évidence que l'expérience et la formation professionnelle soient reliées positivement à l'efficacité thérapeutique (Berman & Norton, 1985; Durlak, 1979; Parloff, Waskow & Wolfe, 1978). Garb (1989, 1998) observe que le niveau de formation et l'expérience ne semblent pas être positivement corrélés avec la validité du jugement clinique.

De leur côté, Stein et Lambert (1995) font ressortir que cinquante années de recherche dans le domaine de l'efficacité thérapeutique ont clairement démontrés que plusieurs formes de thérapies avaient des effets significatifs et ce, sur une grande variété de problématiques psychologiques. Les résultats de leur méta-analyse font ressortir que les thérapeutes plus expérimentés obtiennent des résultats supérieurs aux thérapeutes moins expérimentés dans la mesure où on tient compte de la nature du changement observé et de la sévérité de la pathologie du client. Ils soutiennent que certains comportements des thérapeutes en entrevue (in-session therapist behavior) ont un impact sur l'amélioration observée chez les clients. Ils soutiennent également que l'entraînement aux habiletés thérapeutiques semble avoir un impact sur le niveau de compétence des thérapeutes. Les habiletés identifiées par Stein et Lambert ne font pas appel directement aux capacités réflexives ou inférentielles des thérapeutes. Les auteurs parlent d'habiletés de façon très globale. Beutler,

Machado et Neufeld (1994) se surprennent qu'aussi peu d'efforts aient été déployés afin de définir et de déterminer l'importance des habiletés dans l'efficacité thérapeutique.

Pour plusieurs, les concepts d'expérience, de niveau de formation et d'habiletés thérapeutiques demeurent assez problématiques. Lambert et Bergin (1994) dénoncent le manque de clarté du concept d'expérience. Selon eux, ce manque de clarté constitue un frein important à l'avancement de la recherche sur l'efficacité thérapeutique en relation avec l'expérience. Malgré tout, il n'est pas rare de rencontrer des études concluant à l'absence de lien entre l'expérience, la formation et la validité du jugement clinique. Certaines de ces études vont même jusqu'à conclure que des thérapeutes d'expérience n'ont pas un jugement clinique plus valide que des individus provenant de d'autres domaines professionnels (Garb, 1989; Watts, 1980). Ces résultats suscitent une controverse importante dans ce domaine de recherche. Pour plusieurs chercheurs (Holt, 1986; Rock & al., 1987) l'absence de différence observée entre des thérapeutes experts et novices s'expliquent par l'absence de validité écologique des études portant sur cet aspect de la question. À ce jour aucun consensus n'a pu être obtenu quant à la nature du lien entre l'expérience et la validité du jugement clinique.

Objectifs de la recherche et hypothèses

Nous avons développé une tâche vidéo (extraits d'entrevue de psychothérapie) afin de recueillir les hypothèses cliniques de thérapeutes d'orientations théoriques différentes. Nous utiliserons la méthode du CCRT afin de coter le matériel recueilli auprès de nos sujets. Cette recherche vise deux objectifs bien précis. D'abord, vérifier si le CCRT s'avère une mesure

efficace de la validité du jugement clinique indépendamment de l'approche théorique utilisée. Par la suite, nous souhaitons bâtir une tâche d'évaluation de la validité du jugement clinique permettant aux thérapeutes d'utiliser leur schème de référence. Nous voulons donc construire une tâche mesurant la validité du jugement clinique qui fait preuve d'une bonne validité écologique.

Nous nous proposons de vérifier les hypothèses suivantes:

- 1- La méthode du CCRT va permettre de mesurer la validité du jugement clinique (précision des hypothèses) des thérapeutes indépendamment de leur orientation théorique.
- 2- Les thérapeutes seront significativement plus précis quand le matériel présenté sera central, quant à la dynamique du client, que lorsque le matériel présenté sera périphérique.
- 3- Le jugement des thérapeutes les plus expérimentés sera plus valide que le jugement de ceux qui possèdent moins d'expérience.

Méthodologie

Sujets

Soixante-deux (62) thérapeutes, membres de l'Ordre des Psychologues du Québec ont été retenus pour cette étude. Les thérapeutes devaient

posséder un minimum de cinq (5) années d'expérience de pratique de la psychothérapie ($m = 13,5$ années) à raison d'un minimum de dix (10) heures/semaine. Les sujets recevaient un montant de \$125 canadiens pour leur participation à l'étude. L'échantillon est composé de trente-deux (32) thérapeutes féminins et de trente (30) thérapeutes masculins. L'adhésion des thérapeutes à une orientation théorique a été recueillie à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté (forced choice method, Norcross & Wogan, 1983). Nous retrouvons trente-sept (37) thérapeutes d'orientation psychodynamique et vingt-cinq (25) thérapeutes d'orientation humaniste. La distribution des thérapeutes selon le sexe et l'orientation théorique est la suivante:

Tableau 1

Fréquences des thérapeutes par sexe et orientation théorique

| | | orientation théorique | |
|------|----------|-----------------------|-----------|
| | | psychodynamique | humaniste |
| sexe | féminin | n=20 | n=12 |
| | masculin | n=17 | n=13 |

Matériel et Procédure

Chaque sujet fut rencontré individuellement par des assistants de recherche. Lors de cette rencontre, les sujets devaient compléter un

formulaire de consentement, un formulaire de renseignements généraux quant à leur identité professionnelle et personnelle et, consulter un document leur expliquant les grandes lignes de notre recherche.

Nous avons présenté à chaque thérapeute trois extraits vidéo d'une entrevue de psychothérapie. Il s'agit d'une véritable entrevue d'évaluation ayant eu lieu au Service de Psychologie de l'Université de Montréal. Un client raconte à sa thérapeute ses difficultés conjugales, familiales et professionnelles. Nous avons sélectionné des extraits dans lesquels le client présentait des contenus différents. Chacun des extraits est d'une durée approximative de trois minutes. La caméra est fixe et nous pouvons voir à la fois le client et la thérapeute de profil.

À la fin de chaque extrait, trois questions sont posées au thérapeute. Ce dernier doit répondre par écrit sur un formulaire prévu à cette fin.

- 1- Qu'est-ce que vous observez et que se passe-t-il ici et maintenant pour le client dans cet extrait?
- 2- Veuillez partager vos réactions internes et subjectives face à ce client dans cet extrait?
- 3- Dans cet extrait, quelle est votre hypothèse principale à propos de ce client, et sur quels éléments précis du matériel vous appuyez-vous pour soutenir cette hypothèse?

Ces diverses consignes étaient répétées à chaque occasion, à voix haute sur l'enregistrement vidéo et par écrit sur le formulaire. Les sujets n'avaient

donc pas à mémoriser les consignes. Les thérapeutes disposaient de trois minutes pour répondre à chacune des questions. Suite au troisième extrait, une question supplémentaire était adressée aux sujets.

4- En tenant compte de l'ensemble de vos réponses précédentes et de vos réactions subjectives, faites-nous part de votre compréhension clinique du client.

Les sujets disposaient de tout le temps nécessaire pour répondre à cette dernière consigne.

Mesures:

Le CCRT adapté

Le verbatim de l'entrevue d'évaluation fut coté à l'aide de la méthode du CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1990) par trois juges experts, qualifiés pour la cotation d'entrevues à l'aide de cet instrument. Les juges experts ont suivis les consignes de Diguer et Luborsky (1995) pour la cotation des extraits d'entrevue. Le matériel fut d'abord divisé en unités significatives suivant les recommandations de Lorna Benjamin (1974). Par la suite les juges ont identifié, de façon indépendante, les unités en tant que "Désir" (wish), "Réponse de l'objet" (response of the object) et "Réponse du sujet" (response of the subject) selon la troisième classification suggérée par Luborsky et al. (1990). Cette classification comprend huit catégories possibles, pour chacune des composantes relationnelles (8 Désirs, 8 Réponses de l'objet et 8 Réponses du sujet. Voir instrument en annexe).

Afin de tracer un pattern relationnel du client dans chacun des extraits, nous mettons en commun les cotes des trois juges pour chacun des extraits. Nous allons obtenir ce qu'il est convenu d'appeler un consensus mathématique (i.e. dans chaque extrait nous allons identifier le désir qui revient le plus souvent dans les cotes des juges et, il en va de même pour les deux autres composantes relationnelles). Nous obtenons donc un pattern relationnel par extrait. Ce pattern est composé d'une catégorie principale pour chacune des trois composantes relationnelles et d'une ou deux catégories secondaires. Il arrive toutefois que nous retrouvions deux catégories principales sans catégories secondaires et dans un cas nous ne retrouvons qu'une catégorie principale sans catégorie secondaire. Cette méthode respecte en tous points les indications prévues par Luborsky et al. (1990).

Voici, pour chacun des extraits, les patterns relationnels que les juges experts ont identifiés:

Tableau 2

Patterns relationnels identifiés par les juges experts
pour les trois extraits

Extrait 1

Désir:

- 8- Réussir, être indépendant (principal)
- 1- S'affirmer et être indépendant (secondaire)

Réponse de l'Objet:

- 4- Mauvais (principal)
- 7- M'aiment (secondaire)

Réponses du Sujet:

- 7- Désappointé et déprimé (principal)
 - 6- Sans ressource (secondaire)
-

Extrait 2

Désir:

- 5- Être près des autres, accepter les autres (principal)
- 2- S'opposer, blesser et contrôler
les autres (secondaire)

Réponse de l'Objet:

- 1- Forts (principal)
- 5- Rejetants et opposés (principal)

Réponses du Sujet:

- 7- Désappointé et déprimé (principal)
 - 2- Non réceptif (secondaire)
 - 6- Sans ressource (secondaire)
-

Extrait 3

Désir:

- 4- Être distant, éviter les conflits et
ne pas être responsable (principal)
- 5- Être près des autres, accepter les autres (principal)

Réponse de l'Objet:

- 5- Rejetants et opposés (principal et unique)

Réponses du Sujet:

- 1- Aidant (principal)
 - 5- Contrôle de soi, confiance en soi (secondaire)
-

Compréhension clinique globale (CC)

Un consensus mathématique (obtenu à partir des fréquences d'occurrence les plus élevées pour les trois composantes relationnelles) a également été obtenu par les trois juges pour l'ensemble des extraits afin d'en arriver à une compréhension clinique globale du client qui tienne compte du contenu des trois extraits.

Tableau 3

Patterns relationnels identifiés par les juges experts
pour la compréhension clinique globale

Désir:

- 5- Être près des autres, accepter les autres
(principal)
- 4- Être distant, éviter les conflits et
ne pas être responsable (secondaire)
- 8- Réussir, être indépendant (secondaire)

Réponse de l'Objet:

- 5- Rejetants et opposés (principal)
- 1- Forts (secondaire)
- 4- Mauvais (secondaire)

Réponses du Sujet:

- 7- Désappointé et déprimé (principal)
 - 6- Sans ressource (secondaire)
-

Ces élaborations de pattern relationnel serviront de point de comparaison avec les formulations énoncées par les sujets.

Cotation des protocoles des sujets

Les réponses des sujets recueillies lors du visionnement de la bande vidéo ont fait l'objet d'une cotation à l'aide de la méthode du CCRT. Les procédures suggérées par Diguier et Luborsky (1995) ont une fois de plus été suivies. Les juges procédant à la cotation du matériel ont reçu une formation de 4 heures pour se familiariser avec l'utilisation de cet instrument. Cette formation a été suivie d'un entraînement à la cotation qui s'est poursuivi jusqu'à ce qu'un taux d'accord de 80% soit obtenu selon les recommandations de Diguier (1995). Un juge indépendant a d'abord identifié les unités de cotation. Par la suite, deux juges ont coté le matériel de façon indépendante. Selon la procédure standard, ils devaient dans un premier temps identifier la nature de la composante relationnelle (désir, réponse de l'objet, réponse du sujet) et, par la suite, choisir une catégorie principale et, au besoin, une catégorie secondaire pour chacune des unités identifiées.

Nous pouvons donc identifier pour chaque sujet un pattern relationnel pour chacun des extraits, en plus d'un pattern pour la compréhension clinique

qu'il avait élaboré à la fin du visionnement. Nous pouvions également obtenir un pattern relationnel qui tenait compte de tous les éléments relevés par les sujets dans les trois extraits (compréhension clinique globale) comme nous l'avions fait pour les cotes des juges experts.

Scores de similarité:

Afin de quantifier les résultats des sujets en termes de précision clinique, la stratégie des scores de similarité fut retenue (Diguier, 1995).

Cette stratégie permet de comparer les composantes relationnelles rapportées par les sujets à celles des juges experts pour chacune des trois composantes (Désir, Réponse de l'Objet, Réponse du Sujet) et de les quantifier. Les sujets reçoivent un score allant de 0 à 100 pour chacune des composante relationnelle et un score sur 300 pour l'ensemble de l'extrait. Il en va de même pour la compréhension clinique (CC) et la compréhension clinique globale (CG). (Voir annexe pour calcul de score de similarité)

Précision clinique

Chaque sujet reçoit donc un ensemble de scores de précision permettant d'évaluer la qualité de son jugement clinique. Les scores disponibles pour les analyses sont les suivants:

Tableau 4

Liste des scores disponibles pour les analyses

| | | | |
|--|------|--------|------|
| Extrait 1 | | | |
| Désir= | /100 | R.O.= | /100 |
| | | R.S.= | /100 |
| | | total= | /300 |
| Extrait 2 | | | |
| Désir= | /100 | R.O.= | /100 |
| | | R.S.= | /100 |
| | | total= | /300 |
| Extrait 3 | | | |
| Désir= | /100 | R.O.= | /100 |
| | | R.S.= | /100 |
| | | total= | /300 |
| Compréhension clinique | | | |
| Désir= | /100 | R.O.= | /100 |
| | | R.S.= | /100 |
| | | total= | /300 |
| Compréhension clinique globale (ensemble des trois extraits) | | | |
| Désir= | /100 | R.O.= | /100 |
| | | R.S.= | /100 |
| | | total= | /300 |

Chaque sujet se voit donc attribuer un total de 20 scores de précision en fonction de leur degré de similitude avec les cotes des juges experts.

Indépendance des extraits

La méthode des scores de similarité sera également utilisée afin de s'assurer de la relative indépendance des extraits entre eux. Bien que nous ayons pris soin de sélectionner des extraits où le client présentait des contenus différents, la méthode des scores de similarité nous permettra de quantifier l'ampleur de cette différence. Nous pourrions également

identifier l'extrait qui contribue le plus à la compréhension clinique globale du client (l'extrait ou nous retrouvons le plus d'éléments centraux de la dynamique de ce client).

Résultats

La présente recherche visait, dans un premier temps, à vérifier la pertinence d'utiliser le CCRT en tant qu'instrument de précision clinique. La méthode du CCRT a été largement utilisée afin de comprendre la dynamique relationnelle d'un client mais elle n'a jamais été utilisée afin de vérifier la précision clinique du thérapeute. Il s'agit donc d'une utilisation tout à fait novatrice (Drouin & al., 1995a).

Fidélité

La méthode des Kappas de Cohen (1960,1968) fut retenue afin de calculer le niveau d'accord inter-juges tant au niveau des juges experts que des juges ayant coté le matériel des sujets. Cette méthode est recommandée dans les recherches utilisant le CCRT (Diguer & Luborsky, 1995; Diguer, 1995; Luborsky & Diguer, 1995) car elle comporte un facteur de correction permettant de tenir compte des accords obtenus par l'effet du hasard (Langenbacher, Labouvie & Morgenstern, 1996). Diguer et Luborsky (1995) recommandent par ailleurs l'utilisation de Kappas pondérés. Ils soutiennent que certains désaccords sont moins importants que d'autres et devraient donc obtenir une cote se situant entre les extrêmes 1 (accord

parfait) et 0 (désaccord total). (La pondération des Kappas est décrite en annexe). Les Kappas sont calculés séparément pour chacune des composantes relationnelles.

Tableau 5

Kappas obtenus pour les juges experts
pour les trois extraits

Juges experts (cotation des unités significatives de la vignette)

Désir

| | Juge 1 | Juge 2 | Juge 3 |
|--------|--------|--------|--------|
| Juge 1 | | .57 | .75 |
| Juge 2 | | | .80 |

Réponse de l'Objet

| | Juge 1 | Juge 2 | Juge 3 |
|--------|--------|--------|--------|
| Juge 1 | | 1.0 | .90 |
| Juge 2 | | | .90 |

Réponse du Sujet

| | Juge 1 | Juge 2 | Juge 3 |
|--------|--------|--------|--------|
| Juge 1 | | .86 | .92 |
| Juge 2 | | | .85 |

Tableau 6

Kappas obtenus par les juges ayant cotés
les réponses des sujets

Cotation des réponses des sujets

Désir

Juge 1

Juge 2 .89

Réponse de l'Objet

Juge 1

Juge 2 .80

Réponse du sujet

Juge 1

Juge 2 .95

Landis et Koch (1977) suggèrent qu'un coefficient en deçà de .39 démontre un faible accord inter-juge. Un coefficient se situant entre .40 à .70 reflète un accord allant de moyen à bon et, un coefficient au delà de .75 est considéré excellent. Les accords inter-juges obtenus tant par les juges experts que par les coteurs des réponses des sujets s'avèrent excellents. Si nous comparons ces résultats avec ceux recensés par Luborsky et Diger

(1995) nous devons constater que nos résultats s'avèrent supérieurs aux résultats attendus. Le niveau élevé de Kappa que nous obtenons peut s'expliquer, entre autres, par le fait qu'une partie importante des catégories potentiellement utilisables du CCRT ne se retrouvent pas dans le discours du client de notre étude. En effet, en ce qui concerne la cote Désir, les catégories 2 et 3 sont très rarement évoquées par les thérapeutes. Ceci restreint donc les possibilités d'écart important d'un juge à l'autre ou encore d'un sujet à l'autre. La brièveté des extraits permet également d'exclure certaines cotes et donc de rehausser le niveau d'accord inter-juges. La méthode des Kappas pondérés permet également de tenir compte des cotes secondaires ce qui contribue dans ce cas-ci à rehausser le niveau d'accord inter-juges.

Nous pouvons donc conclure que les accords sont suffisamment élevés pour assurer une validité importante aux résultats qui suivent.

Validité

La méthode du CCRT peut-elle vraiment rendre compte de la qualité de la précision clinique des thérapeutes peu importe leur orientation théorique? Pour répondre à cette question nous avons d'abord dû vérifier la possibilité de coter les réponses des sujets à partir des catégories du CCRT. Une analyse des fréquences obtenues nous permet de constater que tous les thérapeutes, dans chacun des extraits, ont identifié des éléments de la dynamique du client pouvant être cotés à l'aide du CCRT. La majorité du contenu des réponses a pu être découpé en unités significatives pouvant faire l'objet d'une cotation. Au-delà de 75% du matériel recueilli suite aux questions posées pouvait être coté. Cette proportion s'avère amplement

suffisante pour que nous puissions utiliser le matériel de façon valable (Drouin, 1995a; Luborsky, communication personnelle, 1995).

Les thérapeutes ont donc identifiés des Désirs (D), des Réponses de l'Objet (RO) et des Réponse du Sujet (RS) pour chacun des extraits. Les fréquences moyennes obtenues pour chacun des extraits en fonction des trois composantes furent les suivantes:

tableau 7

Fréquences d'occurrence de chacune des composantes relationnelles pour chacun des extraits

| | Désir | Réponse de l'objet | Réponse du sujet |
|---------------------------|-------------|--------------------|---------------------|
| Extrait 1 | 1,95 (2) | 1,13 (2) | 8,32 (3) |
| Extrait 2 | 2,80 (2) | 1,74 (2) | 10,37 (6) |
| Extrait 3 | 6,21 (6) | 0,65 (1) | 7,56 (3) |
| Compréhension Clinique | 1,39 | 0,34 | 3,66 |

Entre parenthèses: le nombre de composantes identifiées par les juges experts par extrait.

Précision clinique

Chaque sujet se voyait attribuer 20 scores de précision selon la modalité décrite plus haut (score de similarité). Pour chacun des extraits, nous obtenons un score pour chacune des composantes relationnelles ainsi qu'un score global de précision pour l'ensemble de l'extrait. Nous obtenons également des scores pour la compréhension clinique ainsi que pour la compréhension clinique globale. Nous avons regroupés les résultats des sujets à chacun des extraits selon leur sexe et leur orientation théorique. Les moyennes obtenues pour chacun des groupes par extrait furent les suivantes:

Tableau 8
Scores moyens et écarts-types obtenus pour l'ensemble
des sujets pour les trois extraits et
les deux compréhensions cliniques

| Extrait 1 | Moyenne | Ecart Type | N |
|------------------|---------|------------|----|
| sexe féminin | | | |
| orith psychod | 93,75 | 42,82 | 20 |
| human | 72,91 | 55,85 | 12 |
| sexe masculin | | | |
| orith psychod | 97,05 | 54,40 | 17 |
| human | 80,76 | 55,10 | 13 |
| Échantillon | 87,90 | 50,96 | 62 |
| ----- | | | |
| Extrait 2 | Moyenne | Écart Type | N |
| sexe féminin | | | |
| orith psychod | 137,50 | 54,10 | 20 |
| human | 127,08 | 43,24 | 12 |
| sexe masculin | | | |
| orith psychod | 144,12 | 49,63 | 17 |
| human | 140,38 | 45,11 | 13 |
| Echantillon | 137,90 | 48,27 | 62 |
| ----- | | | |
| Extrait 3 | Moyenne | Ecart Type | N |
| sexe féminin | | | |
| orith psychod | 83,75 | 46,08 | 20 |
| human | 54,16 | 48,65 | 12 |
| sexe masculin | | | |
| orith psychod | 61,76 | 52,37 | 17 |
| human | 121,15 | 74,89 | 13 |
| Echantillon | 79,83 | 48,27 | 62 |

| Compréhension Clinique | Moyenne | Ecart Type | N |
|-----------------------------------|---------|------------|----|
| sexe féminin | | | |
| orith psychod | 106,25 | 55,53 | 20 |
| human | 95,83 | 61,08 | 12 |
| sexe masculin | | | |
| orith psychod | 104,41 | 54,65 | 17 |
| human | 100,00 | 47,87 | 13 |
| Echantillon | 102,41 | 53,69 | 62 |

| Compréhension Clinique Globale | Moyenne | Ecart Type | N |
|---|---------|------------|----|
| sexe féminin | | | |
| orith psychod | 158,75 | 38,28 | 20 |
| human | 172,91 | 44,54 | 12 |
| sexe masculin | | | |
| orith psychod | 188,23 | 29,47 | 17 |
| human | 182,69 | 52,42 | 13 |
| Echantillon | 174,59 | 41,61 | 62 |

orith= orientation théorique; psychod= psychodynamique; human= humaniste

À première vue, les résultats que nous obtenons nous permettent de penser que la méthode du CCRT peut être utilisée pour mesurer la validité des hypothèses cliniques des thérapeutes des deux orientations théoriques. Nous n'observons pas de décalage manifeste ou systématique entre les résultats des thérapeutes d'orientation psychodynamique et humaniste.

Indépendance des extraits

La méthode des scores de similarité fut utilisée afin de s'assurer que les extraits comportaient des contenus différents. Les juges experts ont en effet reconnu des enjeux différents dans chacun des extraits avec toutefois un certain niveau inévitable de similitude. Il s'agit du même patient dans chacun des extraits. Il serait donc impensable que les enjeux soient totalement différents d'un extrait à l'autre. Si tel était le cas la notion même de Thème Relationnel Conflictuel Central (CCRT) serait remise en question. Toutefois, afin de répondre à notre besoin d'évaluer judicieusement la validité du jugement clinique, nous avons retenu des extraits comportant des enjeux relativement différents tout en ne pouvant éviter certaines similitudes qui rendent compte de la réalité relationnelle. Un score de similarité est obtenu pour chacune des composantes relationnelles ainsi qu'un score global pour chacun des extraits comparés.

Tableau 9

Scores de similarité inter extraits

| Juges experts | | | |
|---------------------|------------|------------|-----------|
| Score de similarité | | | |
| extrait 1 vs 2 | w= 0 | R.O.= 0 | R.S.= 1,0 |
| | total= 1.0 | | |
| extrait 1 vs 3 | w= 0 | R.O.= 0 | R.S.= 0 |
| | total= 0 | | |
| extrait 2 vs 3 | w= 0,75 | R.O.= 0,75 | R.S.= 0 |
| | total= 1.5 | | |

Ces résultats nous permettent de voir que les extraits 1 et 3 sont tout à fait différents et que le degré de similitude entre les extraits 1 et 2 ainsi que les extraits 2 et 3, permet de reconnaître un pattern relationnel différent même s'ils partagent un certain degré de similitude.

Chacun des extraits était également comparé à la compréhension clinique globale (CC) selon les mêmes modalités.

Tableau 10

Score de similarité de chacun des extraits avec
la compréhension clinique globale

| | | | |
|--|---------------------|-----------|-----------|
| Score de similarité extrait 1 vs CC | w= 50 total= 200 | R.O.= 50 | R.S.= 100 |
| extrait 2 vs CC | w= 75 total= 275 | R.O.= 100 | R.S.= 100 |
| extrait 3 vs CC | w= 50 total= 175 | R.O.= 50 | R.S.= 100 |

Nous pouvons remarquer que l'extrait deux est celui qui présente le plus grand niveau de similarité avec le contenu de la compréhension clinique globale. C'est donc cet extrait qui renferme le plus d'éléments représentatifs de la dynamique relationnelle du client. Nous pourrions subséquemment vérifier si les hypothèses de nos sujets à l'extrait deux semblent également plus représentatifs des hypothèses qu'ils formulent

lors de leur compréhension clinique globale. Nous obtiendrons ainsi un indice de précision supplémentaire.

Analyses

Une première analyse de variance (Manova) a donc été utilisée, selon les recommandations de O'Brien et Kaiser (1985) afin de comparer les scores de précision des sujets pour chacun des extraits et pour les compréhension clinique et compréhension clinique globale. Cette analyse de variance considère les scores de précision en tant que mesures répétées. Dans cette analyse nous ne considérons que leur score de précision globaux pour chacun des extraits en relation avec le sexe et l'orientation théorique des sujets à l'intérieur d'un schème 2 x 2 x (5).

Tableau 11

Manova score de précision pour chacun des extraits en fonction du sexe et de l'orientation théorique

| Source de Variation | SC | dl | CM | F | ETA |
|-------------------------|----------|----|----------|--------|------|
| Extraits | 379994,2 | 4 | 94998,53 | 8,99** | .402 |
| Sexe | 10291,8 | 1 | 10291,8 | 3,38 | .055 |
| Orith | 569,2 | 1 | 569,1 | 0,19 | .003 |
| Sexe/Orith | 5560,7 | 1 | 5560,7 | 1,82 | .030 |
| Sexe/Extraits | 4920,6 | 4 | 1230,2 | 0,50 | .008 |
| Orith/Extraits | 9691,6 | 4 | 2242,9 | 0,99 | .016 |
| Sexe/Orith /Extraits | 25678,9 | 4 | 6419,7 | 2,63* | .043 |

* $p=.05$ ** $p=.000$ Orith=orientation théorique. Les degrés de liberté furent corrigés à l'aide de la formule de Greenhouse Geisser.

Cette analyse démontre un effet principal intra mesure significatif et une interaction multiple du sexe et de l'orientation théorique sur la précision clinique. Nous avons décomposé l'interaction multiple à l'aide de test de comparaison de moyennes à posteriori (Tukey) (voir Hayes, 1994). Pour les extraits 1 et 2 ainsi que pour les deux scores de compréhension clinique, les comparaisons de moyennes n'ont pas donné de résultats significatifs: extrait 1 ($F [1, 58]= 0.03, p=.865$); extrait 2 ($F [1, 58]= 0.07, p=.794$) ; compréhension clinique ($F [1, 58]= 0.04, p=.834$); compréhension clinique mathématique ($F [1, 58]= 0.87, p=.356$)

L'interaction identifiée par l'analyse de variance initiale a pu être localisée à l'extrait 3 ($F [1, 58]=9,61, p=.003$). Les comparaisons subséquentes de moyennes nous ont donné les résultats suivants:

Tableau 12

Moyennes et écart-types obtenus par les sujets à l'extrait trois en fonction du sexe et de l'orientation théorique

| Extrait 3 | Moyenne | Ecart Type | N |
|---------------|---------|------------|----|
| sexe féminin | | | |
| orith psychod | 83,75 | 46,08 | 20 |
| human | 54,16 | 48,65 | 12 |
| sexe masculin | | | |
| orith psychod | 61,76 | 52,37 | 17 |
| human | 121,15 | 74,89 | 13 |

Ces comparaisons subséquentes de moyennes nous permettent d'observer que les thérapeutes masculins d'orientation humaniste obtiennent un score de précision significativement plus élevé à l'extrait 3 que les thérapeutes masculins d'orientation psychodynamique ($F[1, 29]=5,98, p=.01, \eta^2=.045$). Aucune différence significative n'est observée chez les thérapeutes féminins en fonction de l'orientation théorique pour cet extrait ($F[1, 31]=2,77, p=.303, \eta^2=.093$).

Étant donné le niveau de signification relativement faible de l'envergure de l'effet (effect size), et de nos hypothèses de départ, nous nous trouvons

donc justifiés d'explorer l'effet principal de la variable extrait (Levine, 1991; Frigon, 1997).

Des comparaisons de moyennes orthogonales (Tukey A) nous ont permis d'identifier des différences significatives entre le niveau de précision des thérapeutes aux différents extraits. Les différences significatives se retrouvent entre l'extrait 1 et l'extrait 2 ($F[1, 58]=25,02, p=.000$); ainsi qu'entre l'extrait 2 et l'extrait 3 ($F[1, 58]=7,58, p=.008$). Les thérapeutes sont donc significativement plus précis à l'extrait deux qu'aux deux autres extraits. Nous retrouvons également une différence significative entre le score de compréhension clinique et le score de compréhension clinique global ($F[1, 58]=137,8, p=.000$). Les thérapeutes reconnaissent donc davantage le matériel important au moment de la présentation mais semblent éprouver des difficultés à intégrer ces éléments à une compréhension clinique à la fin du visionnement.

Des analyses complémentaires furent effectuées afin de vérifier nos hypothèses de départ.

Les juges experts ont confirmé que l'extrait deux est celui qui renferme le plus d'éléments centraux du pattern relationnel du client. Nous voulons donc savoir si nos sujets ont également été capables de reconnaître que les éléments de l'extrait deux sont les plus importants. Nous pouvons vérifier cette hypothèse en utilisant les scores de similarité. Nous calculons un score de similarité entre les patterns identifiés à l'extrait un et le pattern de la compréhension clinique globale. Nous faisons de même pour les

extraits deux et trois. Voici les scores de similarité que nous avons obtenus.

Tableau 13

Moyennes et écarts type des scores de similarité extraits 1 2 3
vs score global de compréhension clinique global.

| | Moyenne | Écart-type |
|-----------|---------|------------|
| Extrait 1 | 157,26 | 70,04 |
| Extrait 2 | 202,41 | 62,19 |
| Extrait 3 | 165,72 | 57,30 |

Nous pouvons d'emblée constater que l'extrait deux semble avoir un niveau de similarité plus grand avec la compréhension clinique globale pour l'ensemble de nos sujets. Si nos sujets ont un score de similarité significativement plus élevé entre l'extrait deux et la compréhension clinique globale que pour les deux autres extraits, nous pouvons penser que les sujets sont donc capable de reconnaître le matériel le plus significatif au moment où il leur est présenté. Une analyse de variance nous permet de vérifier le niveau de signification des différences observées.

Tableau 14

Comparaison des moyennes obtenues entre les scores de similarité des trois extraits avec la compréhension clinique globale

| Source de Variation | SC | dl | CM | F | ETA |
|---------------------|---------|----|----------|---------|------|
| Inter-extrait | 71458,3 | 2 | 35729,03 | 7,10** | .104 |
| 1 vs 2 | 29719,4 | 1 | 29719,4 | 5,98* | .072 |
| 2 vs 3 | 41738,9 | 1 | 41738,9 | 10,96** | .152 |

* p<.05 ** p<.001

Cette analyse nous permet de confirmer qu'il y a une similarité significativement plus grande entre l'extrait deux et la compréhension clinique globale que pour les deux autres extraits. Les thérapeutes semblent donc capable d'identifier les éléments les plus importants au moment où ils leur sont présentés.

Une de nos hypothèses de départ concernait le lien entre la précision clinique et le niveau d'expérience des psychothérapeutes.

Les graphiques suivants nous indiquent le niveau de précision des thérapeutes, répartis en trois groupes selon leur niveau d'expérience (5 à 10 ans, 10 à 15 ans, 15 ans et plus) en fonction des trois composantes relationnelles.

Figure 1
Niveau de précision à la composante Désir (Wish)

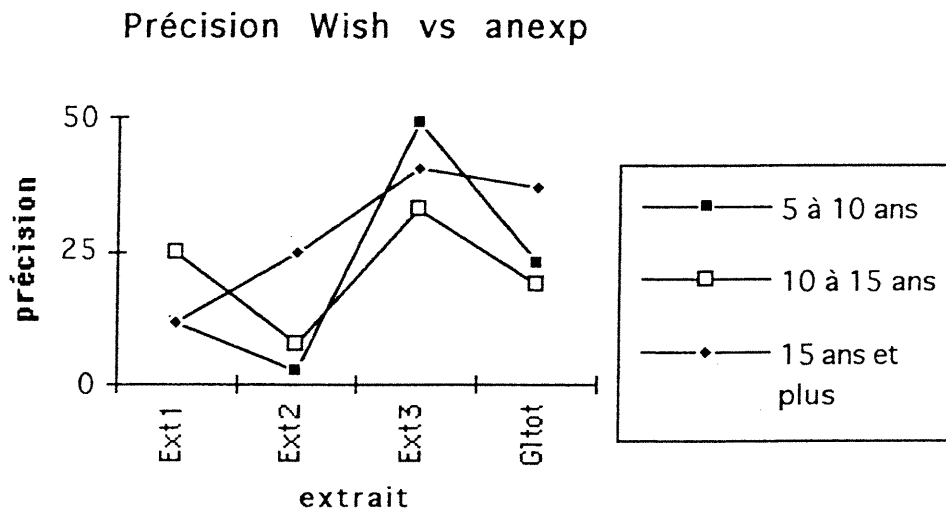


Figure 2
Niveau de précision à la composante R.O.

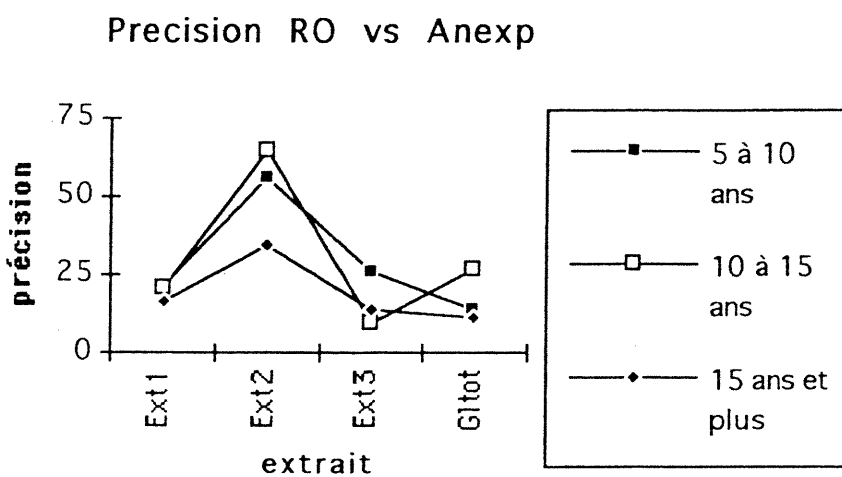
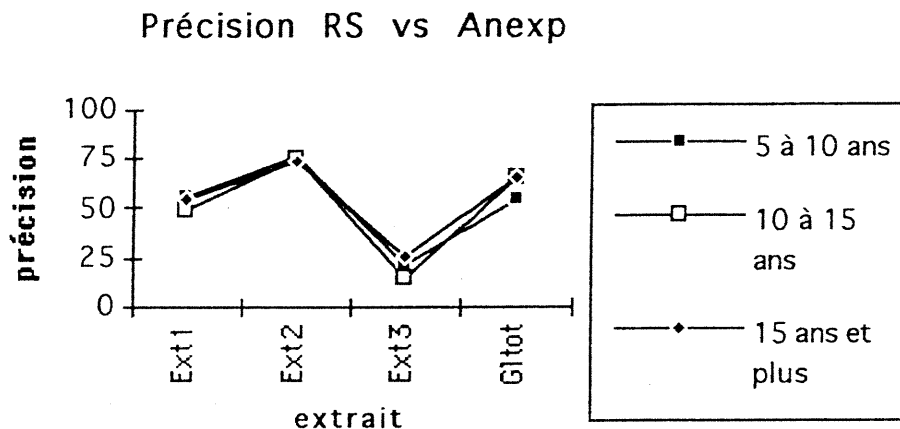


Figure 3

Niveau de précision à la composante R.S.



Nous pouvons observer une progression constante des thérapeutes expérimentés en ce qui regarde la précision clinique sur la composante Désir. Les deux autres composantes ne semblent rien révéler de particulier. La littérature sur l'utilisation du CCRT nous indique que la composante désir (wish) est celle qui implique le plus haut niveau d'inférence. Nous nous sommes donc attardés au niveau de précision des thérapeutes sur cette composante particulière et plus particulièrement à l'extrait deux qui, comme nous le mentionnions précédemment, est l'extrait qui renferme le plus d'éléments significatifs de la dynamique relationnelle du client.

Nous pouvons observer une progression constante des thérapeutes expérimentés en ce qui regarde la précision clinique sur la composante Désir. Les deux autres composantes ne semblent rien révéler de particulier. La littérature sur l'utilisation du CCRT nous indique que la composante désir (wish) est celle qui implique le plus haut niveau d'inférence. Nous nous sommes donc attardés au niveau de précision des thérapeutes sur cette composante particulière et plus particulièrement à l'extrait deux qui, comme nous le mentionnions précédemment, est l'extrait qui renferme le plus d'éléments significatifs de la dynamique relationnelle du client.

Tableau 15

Comparaison de moyennes des scores obtenus à la
composante désir pour l'extrait deux
en fonction du niveau d'expérience

| Source de Variation | SC | dl | CM | F |
|------------------------|---------|----|---------|-------|
| Inter-groupe | 5598,64 | 2 | 2799,32 | 5,18* |

* p= .008

Les thérapeutes les plus expérimentés présentent donc un jugement et une précision clinique significativement supérieurs à la composante Désir. Des comparaisons de moyennes à priori orthogonales (Frigon, 1997) nous confirment que les thérapeutes de 15 ans et plus d'expérience sont

significativement plus précis que ceux possédant de 5 à 10 ans d'expérience ($F[1, 58]=3,15$, $p=.003$), et, dans une moindre mesure, mais de façon également significative, des thérapeutes ayant entre 10 et 15 ans d'expérience ($F[1, 58]=2,18$, $p=.03$).

Discussion

Les résultats que nous avons obtenus nous permettent de croire que la méthode du CCRT s'avère efficace pour évaluer la validité du jugement clinique de thérapeutes d'orientations théoriques différentes . Il s'agit d'une avancée importante dans le domaine de la recherche sur le jugement clinique. L'utilisation innovatrice de cette méthode comporte plusieurs avantages non négligeables. Elle permet aux thérapeutes d'utiliser leur propre schème de référence au moment de formuler leurs hypothèses cliniques. Les thérapeutes reconnaissent, globalement, les mêmes enjeux chez le client de la vignette même si ils les formulent dans un langage qui leur est propre. Nous obtenons également un niveau d'accord inter-juge extrêmement satisfaisant lors de la cotation du matériel. Les quelques études ayant tenté de comparer des thérapeutes d'orientations théoriques différentes , ont rencontré des difficultés importantes au niveau de la fidélité ou de la validité de leurs résultats (Collins & Messer, 1991; De Witt & al., 1983). Lorsque les thérapeutes étaient invités à utiliser leur schème de référence, la fidélité des formulations cliniques s'est avérée déficiente. Par ailleurs, dans certaines autres études (Crits-Christoph & al., 1998; Rosenberg & al., 1986), la tâche présentée aux sujets a été structurée afin de maintenir le niveau d'inférences cliniques à un degré minimal. Ils ont obtenu un niveau de fidélité plus satisfaisant en restreignant le niveau des inférences que devait formuler les thérapeutes. Les sujets pouvaient , par

exemple, choisir des énoncés parmi des catégories de formulations déjà élaborées. Toutefois, comme le notait Garb (1998), dans la pratique clinique courante le niveau des inférences des thérapeutes n'est pas restreint et les thérapeutes n'ont pas à choisir parmi des énoncés déjà construits ceux qui semblent le mieux s'appliquer au cas qui leur est soumis. La validité des conclusions de ces études semble menacée par les manipulations expérimentales.

L'utilisation de la méthode du CCRT permet donc au thérapeute de formuler ses hypothèses cliniques à partir de son schème de référence sans, pour autant, entacher les niveaux de fidélité et de validité des résultats que nous obtenons.

Une de nos préoccupations importante était de vérifier si l'utilisation d'un instrument de mesure issu de l'univers psychodynamique pouvait être utilisé afin de juger de la précision clinique des thérapeutes d'orientation humaniste. Les résultats que nous avons obtenus nous permettent de penser que c'est effectivement le cas. Dans les deux premiers extraits, ainsi que dans la compréhension clinique et la compréhension clinique globale, nous n'avons observé aucune différence significative quant à la précision des hypothèses des thérapeutes des deux orientations théoriques. À l'extrait trois, les thérapeutes d'orientation humaniste masculin font preuve d'une précision clinique supérieure à celle des thérapeutes d'orientation psychodynamique masculin. Ce résultat semble confirmer qu'effectivement, la méthode du CCRT s'avère valable pour mesurer la précision des hypothèses cliniques des thérapeutes d'orientation humaniste.

Il est, par ailleurs, difficile d'expliquer la différence que nous observons à l'extrait trois chez les thérapeutes masculins en fonction de l'orientation théorique. Nous pourrions avancer l'hypothèse que les thérapeutes d'orientation humaniste sont plus attentif au discours du client tout au long des extraits alors que les thérapeutes d'orientation psychodynamique, quant à eux, s'attardent davantage à leurs inférences dès qu'ils pensent avoir saisi la nature du conflit du client. Ils se placent, en quelque sorte, dans une position d'attention flottante. Si tel était le cas, par contre, il est difficile d'expliquer l'absence de cette différence chez les thérapeutes de sexe féminin. L'absence de différence significative entre les scores de précision obtenus à la compréhension clinique ainsi qu'à la compréhension clinique globale en fonction de l'orientation théorique nous amène à conclure que la différence observée à l'extrait trois n'a pas d'impact sur le niveau de précision globale des thérapeutes. Dès lors, il nous apparaît que ce résultat, bien que significatif statistiquement, ait peu de valeur explicative quant à la précision clinique de nos thérapeutes.

Notre deuxième hypothèse, voulant que les thérapeutes soient significativement plus précis quand le matériel présenté était central a aussi été confirmée. Les juges experts ayant cotés le matériel, avaient identifié l'extrait deux comme étant celui qui contenait le plus d'éléments en lien avec la compréhension clinique globale du client. Nos sujets ont obtenu un score plus élevé en terme de précision à cet extrait que pour les deux autres extraits. Nous obtenons également une différence significative en terme de précision lorsque nous comparons les scores de compréhension clinique (obtenus à la question quatre de notre tâche) et le score de compréhension clinique globale (obtenu grâce à l'ensemble des éléments rapportés par les sujets lors des trois extraits). Nous pouvons conclure que

les sujets relèvent les éléments centraux de la dynamique du client lorsqu'ils leur sont présentés mais ils éprouvent une certaine difficulté à intégrer ces éléments dans leur compréhension clinique à la fin du visionnement.

Ces résultats corroborent ceux obtenus par Alain (1992). Cette étude tentait de vérifier la capacité des sujets à percevoir et différencier les indices cliniques reliés au contenu spécifique de cas présentés ainsi que l'habileté à intégrer et organiser ces indices en une compréhension clinique cohérente. Cette recherche faisait ressortir les difficultés des cliniciens à intégrer de façon efficace, les données présentées par un client. D'autres études avaient obtenu des résultats similaires (Faust, 1986; Dawes, 1982). Ces auteurs recommandent l'utilisation de stratégies normatives afin de compenser les lacunes observées lorsque les cliniciens doivent intégrer de grandes quantités de données cliniques. Bien que nous souscrivions à une telle recommandation, il nous apparaît important de nous interroger sur des aspects de validité écologique ayant pu contribuer à l'obtention de ces résultats.

Dans plusieurs de ces études, y compris la nôtre, le matériel présenté aux sujets est très succinct. De plus, les thérapeutes disposent d'un temps relativement court pour pouvoir intégrer des informations complexes. Lorsqu'on considère que bien des thérapeutes échelonnent leur processus d'évaluation sur plusieurs rencontres, comme le recommandent d'ailleurs un grand nombre d'auteurs (Egan, 1982; Luborsky, 1984; Beutler, 1998), il nous est permis de croire que la tâche à laquelle nous les soumettons diffère de leur procédure évaluative habituelle.

D'autre part, l'interaction du sujet avec le client n'est pas possible. Dans certaines études, le sujet doit tenter de comprendre le client à partir du travail d'un collègue (thérapeute de la vignette) (De Witt & al., 1983) ou encore en l'absence d'un thérapeute identifié (Alain, 1992). Il est bon de noter que dans une perspective empathique, le thérapeute élabore une compréhension clinique de son client à partir d'une rencontre de sa subjectivité avec celle de son client à l'intérieur d'un dialogue continu (Renik, 1996). Bien que la composante cognitive de l'empathie puisse être mise à profit dans certaines études, la composante relationnelle est partiellement évacuée dans l'élaboration du jugement clinique.

Nous croyons donc qu'il soit possible que les sujets manifestent une difficulté à intégrer les informations pertinentes recueillies à propos du client, mais, nous croyons également qu'une étude permettant une interaction entre le thérapeute et le client nous renseignerait davantage sur la teneur réelle de cette difficulté.

Un des résultats les plus frappants de notre étude concerne le lien entre l'expérience du thérapeute et la précision des hypothèses cliniques. Nous observons une différence significative entre les thérapeutes possédant le plus d'expérience clinique et ceux possédant un niveau d'expérience moins élevé. Cette différence s'observe au moment le plus significatif du matériel présenté (extrait deux) et spécifiquement au niveau de la composante Désir du CCRT.

Il est important de constater que la composante Désir du CCRT est celle qui demande le plus haut niveau d'inférence (Luborsky et al., 1998). Il s'agit

donc de l'aspect le plus complexe à reconnaître pour les thérapeutes. Elle fait donc appel aux habiletés les plus avancées. Il devient moins étonnant de constater que ce sont les thérapeutes possédant le plus d'expérience qui se démarquent favorablement sur cette dimension au niveau de la précision clinique.

Ces résultats sont particulièrement intéressants lorsque nous les comparons aux résultats obtenus dans la littérature sur le jugement clinique.

Plusieurs études concluent à l'absence de différence significative au niveau de la validité du jugement clinique entre des thérapeutes experts et des thérapeutes débutants (Watts, 1980; Werner & al., 1983, 1984). Comment pouvons nous comprendre l'écart entre ces résultats et ceux que nous obtenons?

Nous croyons qu'une des principales raisons de l'absence de différence observée entre les thérapeutes d'expérience et les thérapeutes novices, dans ces études, réside dans la nature de la tâche présentée aux sujets. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la majorité des études font appel à des tâches qui sont structurées afin de minimiser le niveau d'inférence requis pour pouvoir y répondre. Nous pouvons donc penser que le niveau de difficulté de ces tâches est nivelé par le bas. Il n'est donc pas étonnant de constater l'absence de différence entre les thérapeutes experts et novices si les qualités spécifiques au travail clinique sont évacuées du schème expérimental. Donc, si l'expérience ne semble pas jouer un rôle important dans la validité du jugement clinique, c'est possiblement parce qu'on empêche les thérapeutes de faire appel à leurs qualités cliniques toutes particulières, en manipulant artificiellement la procédure expérimentale.

Nous croyons donc que plusieurs études portant sur le lien entre l'expérience et la validité du jugement clinique manquent de validité écologique. Nous retrouvons d'ailleurs le même genre de phénomène dans le monde médical. Shortcliffe, Buchanan et Feigenbaum (1979) avaient sélectionné des étudiants de niveau secondaire et avaient constaté qu'ils étaient capables de prodiguer des soins médicaux appropriés pour un éventail restreint de problèmes de santé après seulement huit semaines d'entraînement. Devrait-on conclure que les médecins ne possèdent pas un jugement médical supérieur à la moyenne des gens? À notre avis, l'élément central ici réside dans la notion d'éventail restreint. C'est lorsque les problèmes deviennent graves et complexes que l'expérience et l'expertise toute particulière des médecins est mise à profit. Il en va de même pour les habiletés avancées des psychothérapeutes.

Nous devons rajouter qu'un des résultats particulièrement frappant d'une recherche de Crits-Christoph et al. (1998) est que la précision sur les dimensions Désir et de Réponse de l'Objet sont deux des meilleurs prédicteurs de bons résultats thérapeutiques. Ce faisant, les thérapeutes ayant la meilleure capacité à reconnaître cet aspect des problématiques relationnelles pourraient avoir de meilleurs résultats thérapeutiques. Nous retrouvons donc une application importante de ces résultats dans l'efficacité du travail thérapeutique.

Nos trois hypothèses de départ se trouvent donc confirmées. La méthode du CCRT s'avère adéquate pour mesurer la validité (précision) du jugement clinique de thérapeutes d'orientations théoriques différentes. Les thérapeutes semblent capables de repérer les éléments les plus importants

de la dynamique du client au moment où ils sont présentés. Les thérapeutes les plus expérimentés font preuve d'un meilleur jugement clinique, surtout lorsque la tâche devient plus complexe.

Nous croyons qu'une des raisons qui fait en sorte que nos hypothèses se voient confirmées réside dans le niveau de validité écologique de cette recherche. En suivant les recommandations de Rock, Brandsford, Maisto et Morey (1987), nous nous sommes assurés de construire une tâche se rapprochant davantage du travail clinique que ce que nous observons dans la littérature en général. Ils proposent un modèle inspiré des sciences cognitives afin de s'assurer qu'une recherche respecte bien des critères fondamentaux de validité écologique. Ils identifient quatre types de variables en interaction dont nous avons tenu compte.

1- les caractéristiques des sujets: nos sujets étaient tous des thérapeutes cliniciens possédant au moins cinq années d'expérience clinique et devant pratiquer un minimum de dix heures par semaine.

2- Les caractéristiques des tâches demandées aux sujets: Nous demandions aux sujets de formuler des hypothèses cliniques en leur permettant d'utiliser leur langage spécifique.

3- Les caractéristiques du matériel présenté: en utilisant un enregistrement vidéo d'une réelle entrevue d'évaluation, nous nous rapprochions avantageusement d'une authentique situation de travail.

4- La nature du traitement de l'information que devront effectuer les sujets: nous permettions aux sujets de pouvoir traiter l'information à partir de leur schème de référence.

Nous croyons donc fermement que notre étude tenait compte de ces variables et de la possibilité de leurs interactions.

Nous reconnaissons volontiers que cette recherche est limitée en raison du fait que les thérapeutes avaient tous à formuler des hypothèses sur un seul client. La portée de nos conclusions s'en trouve en partie réduite. Par contre, nous croyons qu'il s'agit d'une étude importante pouvant paver la voie à d'autres études portant sur la validité du jugement clinique mettant en présence différents thérapeutes ainsi que différents clients. L'utilisation de la méthode du CCRT nous apparaît particulièrement prometteuse à cet égard.

Références

- Abelson, R. P. (1981). Psychological status of the script concept. American Psychologist, 36, 715-729.
- Abramson, L. Y. (1988). Social cognition and clinical psychology : A synthesis. New York : The Guilford Press.
- Alain, M. (1992). L'effet de la complexité cognitive et de stratégie de formation aux processus inférentiels sur la qualité des jugements cliniques des thérapeutes. Thèse de doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.
- Barret-Lennard, G. T. (1997). The recovery of empathy- Toward others and self. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), Empathy reconsidered : New directions in psychotherapy (pp. 103-124). Washington, DC : American Psychological Association.
- Benjamin, L. S. (1994). SASB : A bridge between personality theory and clinical psychology. Psychological Inquiry, 5, 273-316.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. Psychological Review, 81, 392-425.
- Berman, J. S., & Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective ? Psychological Bulletin, 98, 401-406.

- Beutler, L. E., & Howard, K. I. (1998). Clinical utility research : An introduction. Journal of Clinical Psychology, 54, 297-301.
- Beutler, L. E., Crago, M., & Arizmendi, T. G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (3rd ed. pp. 257-310). New York : Wiley.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Newfeldt, S. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin and S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed, pp. 229-269). New York : Wiley.
- Bibring, E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. Journal of the American Psychoanalytic Association, 2, 745-770.
- Blashfield, R. K., & Herkov, M. J. (1996). Investigating clinician adherence to diagnosis by criteria : A replication of Morey and Ochoa (1989). Journal of Personality Disorders, 2, 272-280.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1997). Empathy and the active client : An integrative, cognitive-experiential approach. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), Empathy reconsidered : New directions in psychotherapy (pp. 393-418). Washington, DC : American Psychological Association.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). Empathy Reconsider. New directions in psychotherapy. Washington, DC : American Psychological Association.

Bouchard, M-A., (1987). De la phénoménologie à la psychanalyse. Bruxelles : Margada.

Bozarth, J. D. (1997). Empathy from the framework of client-centered theory and the rogerian hypothesis. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), Empathy reconsidered : New directions in psychotherapy (pp. 81-102). Washington, DC : American Psychological Association.

Buie, D. (1981). Discussion. In J. Lichtenberg, M. Bornstein, & D. Silver (Eds.), Empathy (Vol. 1, pp. 129-136). Hillsdale, NJ : Analytic Press.

Carkhuff, R. R. (1971). The development of human resources. New York : Holt, Rinehart & Winston.

Caston, J. (1986). The reliability of the diagnosis of the patient's unconscious plan. In J. Weiss, H. Sampson, & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), The psychoanalytic process : Theory, clinical observations, and empirical research (pp. 241-255). New York : The Guilford Press.

Cohen, J. (1968). Weighted kappa : Nominal scale agreement with provision for scale disagreement on partial credit. Psychological Bulletin, 70, 213-220.

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scale. Educational and Psychological Measurement, 20, 37-46.

- Collins, W. D., & Messer, S. B. (1991). Extending the plan formulation method to an object relation perspective: Reliability, stability, and adaptability. Psychological Assessment, 3, 75-81.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 490-495
- Crits-Christoph, P., et al. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. Psychotherapy research, 1, 81-91.
- Crits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 20-26.
- Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Kurcias, J. S. (1993). The accuracy of therapist' interpretations and the development of the therapeutic alliance. Psychotherapy Research, 3, 25-35.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1998). The measurement of accuracy of interpretation. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), Understanding transference: The core conflictual relationship theme method (pp. 197-212). Washington, DC: American Psychological Association.

- Davis, R. T., Blashfield, R. K., & McElroy, R. A. (1993). Weighting criteria in the diagnosis of a personality disorder: A demonstration. Journal of Abnormal Psychology, 102, 319-322.
- Delisle, G. (1998). La relation d'objet en Gestalt thérapie. Montréal : Les Éditions du Reflet.
- DeWitt, K. N., Kaltreider, N., Weiss, D. S., & Horowitz, M. J. (1983). Judging change in psychotherapy : Reliability of clinical formulations. Archives of General Psychiatry, 40, 1121-1128.
- Diguer, L. (1995). Statistical and methodological issues about the CCRT method. Paper presented at the International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method, University of Ulm.
- Diguer, L., Luborsky, L. (1995). The Nuts and bolts for designing CCRT studies. Paper presented at the International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method, University of Ulm.
- Drouin, M-S., Diguer, L., Lecours, S., Lecomte, C., & Bouchard, M-A. (1995a). New directions in the utilisation of the CCRT method. Paper presented at the 26th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Vancouver, B.C.
- Drouin, M-S., Lecours, S., Lecomte, C., & Bouchard, M-A. (1995b). Clinical judgment, inferential bias and the problem of ecological validity. Communication presented at the 26th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Vancouver, B.C.

- Drouin, M-S., Lecours, S., Lecomte, C., & Bouchard, M-A. (1996). Relationship between affective and cognitive processes of psychotherapists. Communication presented at the 27th annual meeting of the Society of for Psychotherapy research, Amelia Island , Florida.
- Duan, C., & Hill, C. E. (1996). A critical review of empathy research. Journal of Counseling Psychology, 43, 261-274.
- Durlak, J. A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. Psychological Bulletin, 86, 80-92.
- Dumont, F., & Lecomte, C. (1987). Inferential processes in clinical work: Inquiry into logical errors that affects diagnostic judgments. Professional Psychology, 18, 433-438.
- Edelson, M. (1994). Can psychotherapy research answer this psychotherapist's question ? In P. F. Talley & H. H. Strupp (Eds.), Psychotherapy research and practice : Bridging the gap (pp. 60-87). New York : Basic Books.
- Egan, D. E., & Grimes-Farrow, D. D. (1982). Differences in mental representations spontaneously adopted for reasoning. Memory and Cognition, 10, 297-307.
- Egan, G. (1987). Communication dans la relation d'aide. Montréal : Les Éditions HRW Ltée.

- Elliott, R., & Greenberg, L. S. (1997). Multiple voices in process-experiential therapy : Dialogues between aspects of the self. Journal of Psychotherapy Integration, 7, 225-239.
- Faust, D. (1986). Research on human judgment and its application to clinical practice. Professional Psychology : Research and Practice, 17, 420-430.
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1991). Social Cognition, 2nd ed. New York : Mc Graw Hill.
- Ford, C. L. (1997). Styles of understanding. Paper presented at the annual SEPI conference, Toronto.
- Freud, S. (1912). The dynamics of tranference. Standard Edition, 12, 99-108.
- Frigon, J-Y. (1997). Techniques d'analyse en psychologie II. Notes de cours, PSY-1008. Département de Psychologie, Université de Montréal.
- Garb, H. G., (1998). Studying the clinician: judgment research and psychological assessment. Washington : APA.
- Garb, H. N. (1989). Clinical judgment, clinical training, and professional experience. Psychological Bulletin, 105, 387-396.

- Garfield, S. L. (1992). Eclectic psychotherapy: A common factors approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration (169-201). New York : Basic Books.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L. G., & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and brief dynamic therapy. Psychotherapy Research, 8, 190-209.
- Ginger, S. (1992). La gestalt. Une thérapie du contact (2^e ed.). Paris : Hommes et Groupes.
- Goldfried, M. R., & Castonguay, L. G. (1992). The future of psychotherapy integration. Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training, 29, 4-10.
- Goodman, G. (1984). SASHA tapes : Expanding options for help-intended communication. In D. Larson (ed.), Teaching psychological skills (pp. 271-286). Monterey, CA : Brooks/Cole.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression : Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. Psychotherapy Research, 8, 210-224.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., & Liater, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp. 509-539). New York : Wiley.

- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). Facilitating emotional change: The moment-by-moment process. New York: Guilford.
- Havens, L. (1994). Some suggestions for making research more applicable to clinical practice. In P. F. Talley & H. H. Strupp (Eds.), Psychotherapy research and practice: Bridging the gap (pp. 88-98). New York: Basic Books.
- Hays, W. L. (1994). Statistics, fifth edition. New York: Harcourt Brace College Publishers.
- Holt, R. R. (1988). Judgment, inference, and reasoning in clinical perspective. In D. C. Turk, & P. Salovey (Eds.), Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology (pp. 233-250). New York: The Free Press.
- Holt, R. R. (1986). Clinical and statistical prediction: A retrospective and would-be integrative perspective. Journal of Personality assessment, 50, 376-386.
- Horowitz, L. M., & Vitkus, J. (1986). The interpersonal basis of psychiatric symptoms. Clinical Psychology Review, 6, 443-469.
- Houts, A. C. (1984). Effects of clinician theoretical orientation and patient explanatory bias on initial clinical judgment. Professional Psychology: Research and Practice, 15, 284-293.

- Ivey, A. E. (1980). Counselling 2000 : Time to take charge. Counseling Psychologist, 8, 12-16.
- Jordan, J. S., Harvey, J. H., & Weary, G. (1988). Attributional biases in clinical decision making. In D. C. Turk & P. Salovey (Eds.), Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology (pp. 90-106). New York : Free Press.
- Kachele, H. (1993). Comment évoluent les psychothérapies. Psychothérapies, 13, 225-232.
- Kernberg, O. F. (1995). Discussion : Empirical research in psychoanalysis. In T. Shapiro & R. N. Emde (Eds.), Research in psychoanalysis : Process, development, outcome. (pp. 369-380). Madison : International Universities Press Inc.
- Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (1994). Training and the interaction of research and clinical practice. In P. Forrest, H. H. Talley, S. Struppand, & F. Butler (Eds.), Psychotherapy research and practice: bridging the gap. New York : Basic Books.
- Kohut, H. (1984). How does analysis cure?. Chicago : The University of Chicago press.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed, pp. 143-149), New York : Wiley.

- Landis, J., & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics, 33, 159-174.
- Landman, J. T., & Dawes, R. M. (1982). Psychotherapy outcome : Smith and Glass' conclusions stand up under scrutiny. American Psychologist, 37, 504-516.
- Langenbucher, J. W., Labouvie, E., & Morgenstern, J. (1996). Measuring diagnostic agreement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1285-1289.
- Lecomte, C. (1987). Et maintenant, que faire ? Les psychothérapeutes face à l'eclectisme. In C. Lecomte & L. G. Castonguay (Eds.), Rapprochement et intégration en psychothérapie : Psychanalyse, behaviorisme et humanisme (pp. 207-222). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Leibovich de Duarte, A. (1996). Clinical inference in psychoanalysis. Paper presented at the Annual SPR Meeting, Amelia Island, Florida.
- Levine, G. (1991). A guide to SPSS for analysis of variance. Hillsdale, N. J. : Lawrence Erlbaum Associate.
- Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatment. New York : Basic Books.
- Luborsky, L., & Crits-Cristoph, P. (1998). Understanding transference, the core conflictual relationship theme method. Washington, APA.

- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). Understanding transference, the core conflictual relationship theme method. New York : Basic Books.
- Luborsky, L., & Diguier, L. (1995). A novel CCRT reliability study : Reply to Zander et al.. Psychotherapy Research, 5, 237-241.
- MacIsaac, D. S. (1997). Empathy : Heinz Kohut' s contribution. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), Empathy reconsidered : New directions in psychotherapy (pp. 245-264). Washington, DC : American Psychological Association.
- Martin, J. (1984). The cognitive mediational paradigm for research in counseling. Journal of Counseling Psychology, 31, 558-571.
- Masterson, J. F. (1989). Application to the personality disorders (DSM-III-R). In J. F. Masterson & R. Klein (Eds.), Psychotherapy of the disorders of the self : The Masterson approach (pp. 5-8). Philadelphia : Bruner/Mazel Inc.
- Nisbett, R. E., & Ross, L. (1980). Human inference: Strategy and shortcomings of social judgment. New York : Prentice Hall.
- Norcross, J. C., & Wogan, M. (1983). American psychotherapists of diverse persuasions : Characteristics, theories, practices, and clients. Professional Psychology : Research and practice, 14, 529-539.
- Norville, R., Samson, H., & Weiss, J. (1996). Accurate interpretations and brief psychotherapy outcome. Psychotherapy research. 6, 16-29.

- O'Brien, R. G., & Kaiser, M. K. (1985). MANOVA method for analysing repeated measures designs: An extensive primer. Psychological Bulletin, 97, 316-333.
- Orange, D. M. (1995). Emotional understanding: Studies in psychoanalytic epistemology. New York: The Guilford Press.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1994). Unity and diversity among psychotherapies: A comparative perspective. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), Foundations of psychotherapy: theory research and practice. New York: Oxford University Press.
- Parloff, M. B., Waskow, I. E., & Wolfe, B. E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 233-282). New York: Wiley.
- Pinsof, W. M. (1995). Integrative problem-centered therapy: A synthesis of family, individual, and biological therapies. New York: Basic Books.
- Pinsof, W. M. (1981). Family therapy process research. In E. Gurmen & D. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy (pp. 699-741). New York: Brunner/Mazel.

- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. (1993). Concentration and correspondence of transference interpretations in short-term psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 586-595.
- Renick, O. (1996). The analyst's self discovery. Psychoanalytic Inquiry, 16, 390-400.
- Rock, D. L., Bransford, J. D., Maisto, S. A., & Morey, L. (1987). The study of clinical judgment : An ecological approach. Clinical psychological review, 7, 645-661.
- Rogers, C. R. (1952). Client-centered psychotherapy. Scientific American, 187, 66-74.
- Rosenberg, S. E., Silberschatz, G., Curtis, J. T., Sampson, H., & Weiss, J. (1986). A method for establishing reliability of statements from psychodynamic case formulations. American Journal of Psychiatry, 143, 1454-1456.
- Rowe, C. R. (1997). Expanding attunement : A contribution to the experience-near mode of observation. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), Empathy reconsidered : New directions in psychotherapy (pp. 265-278). Washington, DC : American Psychological Association.

- Salovey, P., & Turk, D. C. (1991). Clinical judgment and decision-making. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), Handbook of social and clinical psychology: The health perspective (pp.416-437). Elmsford: Pergamon Press.
- Shaw, B. F., & Dobson, K. S. (1988). Competency judgments in the training and evaluation of psychotherapists. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 666-672.
- Shortcliffe, E. H., Buchanan, B. G., & Feigenbaum, E. A. (1979). Knowledge engineering for medical decision making: A review of computer-based clinical decision aids. Proceedings of the IEEE, 67, 1207-1224.
- Soldz, S. (1993). Beyond interpretation: The elaboration of transference in personal construct therapy. In L. M. Leitner & N. G. M. Dunnett (Eds.), Critical issues in personal construct psychotherapy (pp. 173-192). Melbourne: Robert E. Krieger Publishing Co.
- Spengler, P. M., & Strohmer, D. C. (1994). Clinical judgmental biases: The moderating roles of counselor cognitive complexity and counselor client preferences. Journal of Counseling Psychology, 41, 8-17.
- Snyder, M. (1981). Seek, and ye shall find: Testing hypotheses about other people. In E. T. Higgins, C. P. Herman, & M. P. Zanna (Eds.), Social cognition: The Ontario Symposium (Vol. 1, pp. 277-303). Hillsdale: Erlbaum.

- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy : Are therapy outcome enhanced ? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 182-196.
- Strohmer, D. C., Shivy, V. A., & Chiodo, A. L. (1990). Information processing strategies in counselor hypothesis testing: The role of selective memory and expectancy. Journal of Counseling Psychology, 37, 465-472.
- Strupp, H., & Binder, J. (1984). Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York : Basic Books.
- Talley, P. F., & Strupp, H. H. (1994). Psychotherapy research and practice : Bridging the gap. New York : Basic Books.
- Taylor, S. E., & Crocker, J. (1981). Schematic bases of social information processing. In E. T. Higgins, C. P. Herman, & M. P. Zanna (Eds.), Social cognition : The ontario symposium (Vol. 1, pp. 89-134). Hillsdale : Erlbaum.
- Trop, J. L., & Stolorow, R. D. (1997). Therapeutic empathy : An intersubjective perspective. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), Empathy reconsidered : New directions in psychotherapy (pp. 279-291). Washington, DC : American Psychological Association.
- Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). Toward effective counseling and psychotherapy. Chicago : Aldine.

- Turk, D. C., & Salovey, P. (Eds.). (1988). Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology. New York : Free Press.
- Turk, D. C., Salovey, P., & Prentice, D. A. (1988). Psychotherapy : An information-processing perspective. In D. C. Turk & P. Salovey (Eds.), Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology (pp. 1-14). New York : The Free Press.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1982). Judgment under uncertainty : Heuristics and biases. In D. Kahneman & A. Tversky (Eds.), Judgment under uncertainty : Heuristics and biases (pp. 3-22). Cambridge : Cambridge University Press.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty : Heuristics and biases. Science, 185, 1124-1131.
- Vanaerschot, G. (1997). Empathic resonance as a source of experience-enhancing interventions. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), Empathy reconsidered : New directions in psychotherapy (pp. 141-166). Washington, DC : American Psychological Association.
- Warner, M. S. (1997). Does empathy cure ? A theoretical consideration of empathy, processing, and personal narrative. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), Empathy reconsidered : New directions in psychotherapy (pp. 125-140). Washington, DC : American Psychological Association.

- Watson, J. C., Greenberg, L. S. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression: relating process to session change and outcome. Psychotherapy, 33, 262-274.
- Watts, F. N. (1980). Clinical judgment and clinical training. British Journal of Medical Psychology, 53, 95-108.
- Werner, P. D., Rose, T. L., & Yesavage, J. A. (1983). Reliability, accuracy, and decision-making strategy in clinical predictions of imminent dangerousness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 815-825.
- Werner, P. D., Rose, T. L., Yesavage, J. A., & Seeman, K. (1984). Psychiatrists' judgments of dangerousness in patients on an acute care unit. American Journal of Psychiatry, 141, 263-266.
- Wiggins, J. S. (1973). Personality and prediction: Principles of personality assessment. Reading, MA: Addison Wesley.
- Wiggins, J. S. (1981). Clinical and statistical prediction: Where are we and where do we go from here? Clinical Psychology Review, 1, 3-18.
- Yalom, I. (1980). Existential psychotherapy. New York: Basic Books.

Article 3

Étude de la relation entre les variables affectives et cognitives des
thérapeutes

Auteurs: Marc-Simon Drouin, Serge Lecours, Marc-André Bouchard Conrad
Lecomte

Étude de la relation entre les variables affectives et cognitives des thérapeutes

Introduction

Au cours des dernières années, de nombreux efforts de recherche ont permis de souligner l'intérêt d'étudier le jugement clinique en psychothérapie à l'aide de concepts issus des psychologies sociales et cognitives (Andersen & Cole, 1990; Singer & Kolligan, 1987; Turk & Salovey, 1988). Plusieurs auteurs ont souligné la pertinence de décrire le jugement clinique en tant que processus inférentiel où le thérapeute procède au traitement de l'information présentée par un client, pour en arriver à formuler des hypothèses au sujet des difficultés qu'il rencontre et, éventuellement, à une prise de décision. Ces études ont permis de constater que le thérapeute n'est pas à l'abri d'erreurs inférentielles identifiées dans l'étude du jugement social et cognitif (Dumont & Lecomte, 1987; Faust, 1986; Salovey & Turk, 1991).

Nous devons noter, toutefois, que ces études ont permis une compréhension partielle et limitée de ce phénomène parce que leurs conclusions semblent difficilement généralisables aux situations cliniques réelles. En effet, trop souvent, les recherches effectuées ont tenté d'aseptiser le jugement clinique en le limitant à de strictes opérations logiques de traitement de l'information et en évacuant l'influence de l'expérience affective du thérapeute (Sorrentino & Higgins, 1986). Très peu de travaux ont porté sur l'étude simultanée des aspects cognitifs et affectifs en situation thérapeutique (Garfield & Bergin, 1986). Pourtant, plusieurs recherches

suggèrent que l'expérience subjective du thérapeute peut être largement déterminante d'effets positifs ou négatifs en psychothérapie (Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977). Nous nous retrouvons donc devant deux catégories de variables contribuant à l'efficacité thérapeutique mais qui ont, règle générale, été étudiées séparément. Considérant les liens étroits régissant les systèmes affectif et cognitif dans la pratique clinique (Basch, 1997; Singer, Sinkoff & Kolligan, 1989), il paraît des plus pertinent d'étudier les processus cognitifs en incluant le rôle actif des réactions affectives du thérapeute.

Un tel projet n'est toutefois pas une mince tâche. Il implique que nous puissions obtenir des mesures à la fois fidèles et valides des processus affectifs et cognitifs des thérapeutes. Il importe également de pouvoir saisir l'impact du fonctionnement de ces deux systèmes sur la validité du jugement clinique. De plus il semble pertinent de comprendre la relation existant entre ces systèmes et les erreurs inférentielles les plus susceptibles de se produire en situation thérapeutique.

Variables cognitives

Les variables cognitives associées à la validité du jugement clinique ont en général été étudiées sous l'angle du traitement de l'information. Les travaux de Kahneman, Slovic et Tversky (1982) ont permis l'identification d'heuristiques contribuant à la formulation de jugements cliniques. Les heuristiques sont des stratégies cognitives utilisées dans l'interprétation de la réalité. Elles visent à réduire des tâches inférentielles complexes en opérations cognitives plus simples. Ces stratégies sont innées, automatiques et se produisent sans que le sujet en prenne conscience. Il

s'agit, ni plus ni moins, de raccourcis actifs dans le traitement de l'information. L'avantage principal du recours aux heuristiques est d'augmenter la vitesse avec laquelle les jugements sont posés. Toutefois cet avantage n'est pas sans risque. En effet, le recours aux heuristiques peut se faire au détriment de la fidélité et de la validité du jugement. Plusieurs biais cognitifs ayant été identifiés par Nisbett et Ross (1980) sont en rapport direct avec l'utilisation erronée ou abusive de certaines heuristiques ainsi qu'avec l'utilisation des structures cognitives.

Toutefois, certains auteurs (Drouin & al., 1995, 1996; Garb, 1998; Holt, 1988; Rock, Bransford, Maisto & Morey, 1989) ont remis en question la validité écologique dont faisait preuve plusieurs recherches portant sur la qualité du jugement clinique en lien avec l'utilisation d'heuristiques et les biais cognitifs qui leur sont associés. D'une part Drouin et al. (1996) faisaient ressortir qu'il est difficile d'isoler l'impact de l'utilisation d'une heuristique en respectant le caractère singulier du travail clinique. L'étude des biais inférentiels liés aux différentes heuristiques se fonde en général sur des tâches statiques peu représentatives du travail des cliniciens (Garb, 1998). Rock et al. (1989) en s'inspirant d'un modèle issu de la recherche en sciences cognitives (Jenkins, 1979), identifient quatre facteurs qui devraient être au coeur de toute situation expérimentale. 1- les caractéristiques des sujets (habiletés, intérêts, connaissances) 2- Les caractéristiques des tâches demandées aux sujets (rappel, reconnaissance, résolution de problème) 3- Les caractéristiques du matériel présenté (vignettes, enregistrements vidéo) 4- La nature du traitement de l'information que devront effectuer les sujets (pourront-ils poser des questions, devront-ils retenir de l'information). Lorsque nous tentons de respecter ces critères de validité écologique, il nous semble pertinent

d'étudier la validité du jugement clinique en évaluant la précision des hypothèses ou inférences qu'un clinicien formule au sujet d'un client (Crits-Christoph, Barber & Kurcias, 1993; Crits-Christoph, Cooper & Luborsky, 1988; Norville, Sampson & Weiss, 1996; Piper, Joyce, McCallum & Azim, 1993).

Variables affectives

L'affectivité est une dimension du fonctionnement humain qui a été largement étudiée en psychologie (Greenberg, Rice & Elliot, 1993; Greenberg & Paivio, 1997; Izard, 1991; Plutchick, 1980). Toutefois, peu d'études portent directement sur l'expérience affective du thérapeute. Quelques études ont tenté de faire ressortir un lien entre les processus cognitifs des thérapeutes et certaines variables affectives. Par exemple, Drouin, Lecomte et Ledoux (1993) ont tenté de faire ressortir l'impact de la prise de conscience de l'état affectif dans une tâche de rappel. D'autres auteurs ont étudié l'impact de l'humeur sur la qualité d'attention des thérapeutes (Turk & Salovey, 1986) ou encore sur les processus de mémorisation (Natale & Hantas, 1982). Peu d'études toutefois se sont attardées directement à l'impact de l'expérience affective du thérapeute sur la validité du jugement clinique.

L'expérience affective du thérapeute a surtout été étudiée sous l'angle du contre-transfert. D'abord perçu comme une entrave au progrès thérapeutique (Freud, 1910, 1915), le contre-transfert, dans sa conception totaliste (Kernberg, 1965), tient compte de l'ensemble des réactions affectives du thérapeute, et, est considéré en tant qu'outil indispensable à la compréhension de la personnalité d'un client. La littérature sur le

contre-transfert est extrêmement abondante (Kahn, 1991; Tansey & Burke, 1989). Par contre, cette littérature est essentiellement théorique. Nous retrouvons très peu d'étude empirique portant sur ce phénomène. Marshall et Marshall (1989) tentent d'opérationnaliser le concept de contre-transfert sans pour autant proposer d'étude empirique. Singer, Sincoff et Kolligan (1989) soulignent l'importance de mettre en lien les notions de contre-transfert et de traitement de l'information sans pour autant proposer de méthodologie précise permettant d'étudier ces phénomènes de façon concomitante.

Normandin et Bouchard (1993) ont construit une grille d'analyse du contre-transfert (GAC) permettant de repérer trois types principaux d'activités mentales contre-transférentielles:

L'attitude réactive: le thérapeute est ici un sujet, mais inconscient de sa participation au processus. Le thérapeute éprouve une expérience sans manifester qu'il prend conscience que ce vécu est à relier à son propre monde intérieur partiellement dissocié de ce qu'éprouve le client. Il se défend en réagissant impulsivement et le contenu de son activité mentale est déformée.

L'attitude objective rationnelle: le thérapeute préserve une distance émotionnelle, sur un mode d'observation, plutôt que de participation. Il s'appuie sur son expérience clinique, son savoir théorique et ses observations afin de comprendre le client.

L'attitude réflexive: le thérapeute est ici au moins partiellement sinon complètement conscient de son expérience immédiate comme sujet

participant. Ce que le thérapeute éprouve est reconnu en tant que tel et utilisé dans ses rapports avec la pathologie du client.

Cet instrument permet donc de saisir l'ensemble de l'expérience affective d'un thérapeute en lien avec le travail clinique, plutôt que de se centrer sur une seule dimension de cette expérience. Il s'agit, à notre avis, d'un outil reflétant la nature particulière d'un aspect du travail thérapeutique dans toute sa complexité.

Biais inférentiels

Un des biais fréquemment rapporté dans la littérature est le biais de confirmation d'hypothèse (Arkes & Harkness, 1980; Drouin & al., 1993; Haverkamp, 1993; Lee & al., 1995; Strohmer, Shivy & Chiodo, 1990). Il s'agit d'une tendance singulière à rechercher et utiliser les informations qui peuvent confirmer une hypothèse de départ tout en ignorant les informations pouvant aller à l'encontre de cette hypothèse.

Comme nous le mentionnions auparavant, il est difficile dans une tâche reflétant la réalité du travail thérapeutique, d'isoler complètement un biais en particulier. Le biais de confirmation d'hypothèse est étroitement lié à l'heuristique d'ancrage/ajustement et plus particulièrement au biais d'ancrage proprement dit.

L'heuristique d'ancrage/ajustement fait référence à la tendance à formuler un jugement prématuré en s'appuyant presque exclusivement sur les premières données disponibles d'un problème. L'évaluation ou la prédiction ainsi formulée à partir des premières impressions teinte par la

suite tout jugement porté sur le problème en cause. Le jugement peut donc varier selon l'ordre de présentation des informations. Le jugement souffrirait alors d'un biais important en raison de l'utilisation abusive de cette heuristique. Les travaux de Friedlander et Phillips (1984) ont fait ressortir la présence de ce biais dans le travail clinique.

Objectifs de cette recherche

Cette étude se veut essentiellement exploratoire. Nous souhaitons observer la nature du lien entre les variables affectives et la précision du jugement clinique des thérapeutes à partir d'instruments n'ayant jamais été utilisés conjointement. Nous voulons également explorer la nature du lien entre ces variables et le biais d'ancrage et la tendance à la confirmation d'hypothèse. La présence de ce biais sera également évaluée de façon tout à fait innovatrice. Il nous apparaît donc difficile de formuler des hypothèses précises quant à la nature des liens que nous prévoyons retrouver en raison du manque de données empiriques dans l'étude concomitante de ces phénomènes. Nous sommes tentés de penser que les thérapeutes ayant le niveau d'activité mentale contre-transférentielle la plus élaborée seront également ceux qui feront preuve de la plus grande précision clinique mais nous ne nous aventurerons pas au-delà de cette présomption.

Méthodologie

Sujets

Soixante-deux (62) thérapeutes, membres de l'Ordre des Psychologues du Québec ont été retenus pour cette étude. Les thérapeutes devaient posséder un minimum de cinq (5) années d'expérience de pratique de la psychothérapie ($m = 13,5$ années) à raison d'un minimum de dix (10) heures/semaine. L'échantillon est composé de trente-deux (32) thérapeutes féminins et de trente (30) thérapeutes masculins. L'adhésion des thérapeutes à une orientation théorique a été recueillie à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté (forced choice method, Norcross & Wogan, 1983). Nous retrouvons trente-sept (37) thérapeutes d'orientation psychodynamique et vingt-cinq (25) thérapeutes d'orientation humaniste.

Matériel et Procédure

Chaque sujet fut rencontré individuellement par des assistants de recherche. Lors de cette rencontre, les sujets devaient compléter un formulaire de consentement, un formulaire de renseignements généraux quant à leur identité professionnelle et personnelle et, consulter un document leur expliquant les grandes lignes de notre recherche.

Nous avons présenté à chaque thérapeute trois extraits vidéo d'une entrevue de psychothérapie. Il s'agit d'une véritable entrevue d'évaluation ayant eu lieu au Service de Psychologie de l'Université de Montréal. Un client raconte à sa thérapeute ses difficultés conjugales, familiales et professionnelles. Nous avons sélectionné des extraits dans lesquels le client

présentait des contenus différents. Chacun des extraits est d'une durée approximative de trois minutes. La caméra est fixe et nous pouvons voir à la fois le client et la thérapeute de profil.

À la fin de chaque extrait, trois questions sont posées au thérapeute. Ce dernier doit répondre par écrit sur un formulaire prévu à cette fin.

1- Qu'est-ce que vous observez et que se passe-t-il ici et maintenant pour le client dans cet extrait?

2- Veuillez partager vos réactions internes et subjectives face à ce client dans cet extrait?

3- Dans cet extrait, quelle est votre hypothèse principale à propos de ce client, et sur quels éléments précis du matériel vous appuyez-vous pour soutenir cette hypothèse?

Ces diverses consignes étaient répétées à chaque occasion, à voix haute sur l'enregistrement vidéo et par écrit sur le formulaire. Les sujets n'avaient donc pas à mémoriser les consignes. Les thérapeutes disposaient de trois minutes pour répondre à chacune des questions. Suite au troisième extrait, une question supplémentaire était adressée aux sujets.

4- En tenant compte de l'ensemble de vos réponses précédentes et de vos réactions subjectives, faites-nous part de votre compréhension clinique du client.

Les sujets disposaient de tout le temps nécessaire pour répondre à cette dernière consigne.

Mesures

Le CCRT adapté

Le verbatim de l'entrevue d'évaluation fut coté à l'aide de la méthode du CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1990) par trois juges experts, qualifiés pour la cotation d'entrevues à l'aide de cet instrument. Les juges experts ont suivis les consignes de Diguier et Luborsky (1995) pour la cotation des extraits d'entrevue. Le matériel fut d'abord divisé en unités significatives suivant les recommandations de Lorna Benjamin (1974). Par la suite les juges ont identifié, de façon indépendante, les unités en tant que "Désir" (wish), "Réponse de l'objet" (response of the object) et "Réponse du sujet" (response of the subject) selon la troisième classification suggérée par Luborsky et al. (1990). Cette classification comprend huit catégories possibles, pour chacune des composantes relationnelles (8 Désirs, 8 Réponses de l'objet et 8 Réponses du sujet. Voir instrument en annexe). Les juges ont identifié un pattern relationnel pour chacun des extraits ainsi qu'une compréhension clinique globale tenant compte de l'ensemble des extraits de la vignette.

Cotation des protocoles des sujets

Les réponses des sujets recueillies lors du visionnement de la bande vidéo ont fait l'objet d'une cotation à l'aide de la méthode du CCRT. Les procédures suggérées par Diguier et Luborsky (1995) ont une fois de plus

été suivies. Les juges procédant à la cotation du matériel ont reçu une formation de 4 heures pour se familiariser avec l'utilisation de cet instrument. Cette formation a été suivie d'un entraînement à la cotation qui s'est poursuivi jusqu'à ce qu'un taux d'accord de 80% soit obtenu selon les recommandations de Diger (1995). Un juge indépendant a d'abord identifié les unités de cotation. Par la suite, deux juges ont coté le matériel de façon indépendante. Selon la procédure standard, ils devaient dans un premier temps identifier la nature de la composante relationnelle (désir, réponse de l'objet, réponse du sujet) et, par la suite, choisir une catégorie principale et, au besoin, une catégorie secondaire pour chacune des unités identifiées.

Nous pouvons donc identifier pour chaque sujet un pattern relationnel pour chacun des extraits, en plus d'un pattern pour la compréhension clinique qu'il avait élaboré à la fin du visionnement. Nous obtenons également un pattern relationnel qui tenait compte de tous les éléments relevés par les sujets dans les trois extraits (compréhension clinique globale) comme nous l'avions fait pour les cotes des juges experts.

Scores de similarité

Afin de quantifier les résultats des sujets en termes de précision clinique, la stratégie des scores de similarité fut retenue (Diger, 1995).

Cette stratégie permet de comparer les composantes relationnelles rapportées par les sujets à celles des juges experts pour chacune des trois composantes (Désir, Réponse de l'Objet, Réponse du Sujet) et de les quantifier. Les sujets reçoivent un score allant de 0 à 100 pour chacune des composante relationnelle et un score sur 300 pour l'ensemble de

l'extrait. Il en va de même pour la compréhension clinique (CC) et la compréhension clinique globale (CG). (Voir annexe pour calcul de score de similarité). Nous obtenons donc cinq (5) scores de précision clinique pour chacun des sujets (un score par extrait et deux scores de compréhension clinique)

La GAC

Les réponses des sujets furent également cotées à l'aide de la GAC par trois juges indépendants. Pour chacun des extraits, les sujets se voyaient attribuer un score de 1 à 3 représentant leur niveau d'activité contre-transférentielle à cet extrait (1= réactif, 2= rationnel, 3= réflexif). Les sujets recevaient également un score pour la compréhension clinique de la question 4 et un score d'activité contre-transférentielle globale pour l'ensemble des trois extraits.

Biais d'ancrage et confirmation d'hypothèse

La méthode du CCRT adapté fut également utilisée afin de repérer la présence possible des biais d'ancrage et de confirmation d'hypothèses. La méthode des scores de similarité fut, une fois de plus, employée afin de quantifier le niveau d'ancrage des sujets. Les juges experts ont été en mesure de quantifier le niveau de similarité entre les extraits 1 et 2, ainsi qu'entre les extraits 2 et 3. Il nous est possible, pour chacun des sujets, de quantifier le niveau de similarité entre ses réponses aux extraits 1 et 2 ainsi que 2 et 3 en utilisant la même méthode. Nous comparons par la

suite le niveau de similarité obtenu par les sujets aux niveaux de similarité obtenus par les juges experts. Si le niveau de similarité obtenu par un sujet dépasse significativement celui obtenu par les juges experts, nous pouvons faire l'hypothèse que ce sujet est victime du biais d'ancrage et qu'il tente de confirmer son hypothèse de départ au détriment des informations qui lui sont présentées subséquemment.

Résultats

Fidélité

Le CCRT adapté

La méthode des Kappas de Cohen (1960, 1968) fut retenue afin de calculer le niveau d'accord inter-juges tant au niveau des juges experts que des juges ayant coté le matériel des sujets conformément aux indications de Diguier et Luborsky (1995). Nous obtenons des Kappas allant de .57 à 1.0 pour les juges experts et de .89 à .95 pour les juges ayant cotés le matériel des sujets. Le niveau d'accord inter-juges s'avère donc très satisfaisant dans les deux cas.

La GAC

La méthode des Kappas de Cohen fut également retenue pour calculer le niveau d'accord inter-juges en ce qui concerne la cotation de la GAC. Nous

avons obtenu un Kappa de .75 ce qui nous indique un excellent niveau d'accord inter-juges.

Fréquences

Précision clinique

Les juges experts ont démontré, à l'aide des scores de similarité, que l'extrait deux est celui dans lequel se retrouvent les éléments les plus importants de la dynamique du client. Nous pourrions donc utiliser cette information pour déterminer si les sujets semblent en mesure d'identifier les éléments les plus pertinents au moment où ils leur sont présentés.

Les fréquences moyennes obtenues pour l'ensemble des sujets à la précision clinique furent les suivantes:

Tableau 1

Scores de précision moyens pour l'ensemble des sujets à chaque extrait, pour la compréhension clinique et la compréhension clinique globale

| extrait 1 | extrait 2 | extrait 3 | CC | CCG |
|-----------|-----------|-----------|-------|-------|
| 87,9 | 137,9 | 79,8 | 102,4 | 174,5 |

CC= compréhension clinique, CCG= compréhension clinique globale.

Une analyse de variance (Anova) à mesures répétées, nous a permis d'identifier des différences significatives entre le niveau de précision des thérapeutes aux différents extraits. Les différences significatives se

retrouvent entre l'extrait 1 et l'extrait 2, ($F[1, 58]=25,02, p=.000$); ainsi qu'entre l'extrait 2 et l'extrait 3, ($F[1, 58]=7,58, p=.008$). Les thérapeutes sont donc significativement plus précis à l'extrait deux qu'aux deux autres extraits.

GAC

Les fréquences obtenues pour chacun des extraits par les sujets furent les suivantes:

Tableau 2

Fréquences obtenues pour la GAC à chacun des extraits

| Extrait 1 | Extrait 2 | Extrait 3 |
|---------------|---------------|---------------|
| réactif= 1 | réactif= 1 | réactif= 3 |
| rationnel= 36 | rationnel= 26 | rationnel= 20 |
| réflexif= 25 | réflexif= 35 | réflexif= 39 |
| CC | Global | |
| réactif= 2 | réactif= 1 | |
| rationnel= 19 | rationnel= 51 | |
| réflexif= 41 | réflexif= 10 | |

CC= compréhension clinique

Nous avons procédé à une première analyse corrélationnelle non paramétrique (Spearman) afin d'explorer le rapport entre les réactions

contre-transférentielles des sujets aux divers extraits. Nous obtenons les résultats suivants:

Tableau 3

Matrice de corrélations inter-extrait pour la GAC

| | Ext 1 | Ext2 | Ext3 | CC | Global |
|------|-------|-------|------|------|--------|
| Ext1 | | .29** | .25* | .21* | .47*** |
| Ext2 | | | .12 | .08 | .63*** |
| Ext3 | | | | .14 | .49*** |
| CC | | | | | .26** |

Ext1= extrait 1, Ext2= extrait2, Ext3= extrait3, CC=compréhension clinique, Global=compréhension clinique globale

* p< .05 ** p<.01 *** p<.001

Nous pouvons remarquer que le niveau de contre-transfert à l'extrait deux est celui qui est le plus corrélé avec le niveau de contre-transfert global. Nous devons rappeler que les juges experts avaient d'ailleurs identifié que l'extrait deux était celui renfermant le plus d'éléments significatifs de la dynamique du client. Il est à noter également que nos sujets sont plus précis à l'extrait deux. Le niveau d'activité contre-transférentielle de l'extrait deux semble donc celui qui est le plus représentatif du niveau d'activité contre-transférentielle globale des sujets lors du visionnement de cette vignette. Il semble donc que ce soit au moment où les informations

sont les plus importantes que nos sujets se retrouvent dans une attitude caractéristique de leur attitude générale face à ce client.

Il semble se produire une mobilisation à la fois au niveau des caractéristiques cognitives et affectives des sujets au moment où l'information présentée est significative en ce qui a trait à la dynamique du client.

Il est bon de noter également que lors de la question 4 portant sur la compréhension clinique, nous retrouvons une diminution de la précision clinique par rapport au score obtenu à la question 2. Nous remarquons, du même coup, que la grande majorité des sujets adoptent une attitude contre-transférentielle différente. En effet, au moment de formuler leur compréhension clinique 82% des sujets adoptent une position rationnelle comparativement à 41% lors du deuxième extrait. Nous pouvons donc observer un changement à la fois au niveau de la précision clinique et de l'attitude contre-transférentielle.

Nous avons donc procédé à une deuxième analyse corrélationnelle non paramétrique (Spearman) afin d'observer la possibilité d'un lien entre la précision clinique et le niveau d'activité contre-transférentielle.

Tableau 4

Matrice de corrélations entre précision clinique à chaque extrait et activité contre-transférentielle à chaque extrait

| | GAC | Ext 1 | Ext2 | Ext3 | CC | Glob |
|----------|-----|-------|-------|-------|------|------|
| CCRT | | | | | | |
| Ext 1 | | -0.07 | | | | |
| Ext 2 | | | -0.11 | | | |
| Ext 3 | | | | -0.17 | | |
| CC | | | | | -.03 | |
| Ccglobal | | | | | | .07 |

Nous pouvons remarquer l'absence complète de corrélation entre la précision clinique et le niveau d'activité contre-transférentielle pour chacun des extraits ainsi que pour les compréhension clinique et compréhension clinique globale. Il semble donc que nous puissions observer des mouvements similaires au niveau de la précision clinique ainsi que de l'activité contre-transférentielle sans que nous puissions pour autant établir de liens entre ces variables.

Biais d'ancrage et confirmation d'hypothèse

Les résultats que nous avons obtenus à l'aide des scores de similarité ne nous ont pas permis de remarquer la présence d'ancrage ou de biais de confirmation d'hypothèse chez nos sujets. Ils n'ont pas semblé s'arrêter à leurs premières impressions au moment de formuler leurs hypothèses subséquentes face au client de la vignette.

Discussion

À première vue, les résultats de cette étude peuvent sembler décevants. En effet, l'absence de corrélation entre le niveau d'activité contre-transférentielle et la précision clinique va à l'encontre de ce que nous avons pensé retrouver comme résultats. Toutefois, nous nous devons de considérer un certain nombre d'éléments qui nous paraissent importants dans la compréhension de ces résultats.

Il ne s'agit que de trois extraits de trois minutes d'une entrevue d'évaluation. Nous comparions également les réactions et hypothèses de thérapeutes possédant une certaine expérience clinique (minimum de cinq années). Il aurait été tout de même étonnant de remarquer un lien très important au niveau de la précision et de l'activité contre-transférentielle à partir d'un matériel clinique somme toute assez restreint.

Nous croyons, par ailleurs, que cette recherche est un pas dans la bonne direction en ce qui a trait à l'étude simultanée des processus cognitifs et affectifs des thérapeutes tout en respectant le plus possible, les exigences concernant la validité écologique de telles recherches. En soumettant nos sujets à une tâche vidéo et en leur permettant d'utiliser leur propre langage pour rendre compte de leurs hypothèses cliniques, nous respectons les recommandations de plusieurs auteurs qui ont étudié la question (Garb, 1998; Rock & al., 1989). À notre connaissance il s'agissait de la première tentative d'utilisation de la GAC à partir de vignette vidéo.

Nous devons également noter que nous nous retrouvons en présence de deux instruments de mesure ayant un niveau de fidélité plus que satisfaisant. Il est donc permis de croire que nous pourrions utiliser ces instruments dans des études subséquentes. Nous croyons qu'une étude portant sur la précision clinique et le niveau d'activité contre-transférentielle avec plusieurs vignettes représentant des clients différents devient tout à fait possible et souhaitable. Nous pourrions même imaginer un schème expérimental où nous pourrions permettre au thérapeute une interaction réelle avec le client.

Biais d'ancrage et confirmation d'hypothèse

Malgré le fait que nous n'ayons pas pu démontrer la présence du biais d'ancrage ni de tendance à la confirmation d'hypothèse chez nos sujets, nous croyons que la méthode du CCRT est très prometteuse quant aux études à venir sur cette dimension du jugement clinique. La méthode du CCRT permet, grâce aux scores de similarité obtenus par les juges experts, d'identifier le niveau d'ancrage souhaitable afin d'avoir la meilleure

précision clinique possible. En général, l'ancrage est présenté dans la littérature sur le jugement clinique comme quelque chose à éviter à tout prix (Kahneman & Tversky, 1982; Turk & Salovey, 1988). Cette conception de l'ancrage néglige toutefois la notion de reproduction ou de patterns répétitifs que nous retrouvons au coeur de bien des conceptions de la psychopathologie (Delisle, 1998; Luborsky 1984; Luborsky & Crits-Christoph, 1990; Strupp & Binder, 1984). La notion même de transfert est bâtie autour de cette conception d'un phénomène de reproduction. Les cliniciens doivent être capables de reconnaître les éléments récurrents dans le discours du client afin de pouvoir saisir la nature des conflits dont il souffre. La méthode du CCRT, telle que nous l'avons utilisée, pourrait permettre de rendre compte du niveau d'ancrage souhaitable chez les thérapeutes et d'identifier les thérapeutes faisant preuve d'un niveau d'ancrage au delà de ce qui est nécessaire et pertinent à la compréhension du client. Il deviendrait alors plus aisé de reconnaître les thérapeutes ayant tendance à vouloir confirmer leurs hypothèses de départ au détriment d'informations allant à l'encontre de ces hypothèses. Une analyse de l'activité contre-transférentielle du thérapeute pourrait permettre d'éclairer davantage la nature du processus menant à une utilisation abusive de l'ancrage et de la tendance à la confirmation d'hypothèse.

Nous pouvons donc conclure que malgré le peu de résultats significatifs que nous obtenons, nous pensons posséder des instruments de mesure nous permettant de poursuivre adéquatement la recherche sur l'étude simultanée des processus cognitifs et affectifs des thérapeutes.

Références

- Andersen, S. M., & Cole, S. W. (1990). "Do I know you?": The role of significant others in general social perception. Journal of Personality and Social Psychology, 59, 384-399.
- Arkes, H. R., & Harkness, A. R. (1980). Effect of making a diagnosis on subsequent recognition of symptoms. Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory, 6, 568-575.
- Benjamin, L. S., (1974). Structural analysis of social behavior. Psychological review, 81, 392-425.
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scale disagreement on partial credit. Psychological Bulletin, 70, 213-220.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scale. Educational and Psychological Measurement, 20, 37-46.
- Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Kurcias, J. S. (1993). The accuracy of therapist' interpretations and the development of the therapeutic alliance. Psychotherapy Research, 3, 25-35.
- Crits-Christoph, P., Cooper, P., & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapist's interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 56, 490-495.

Delisle, G. (1998). La relation d'objet en Gestalt thérapie. Montréal : Les Éditions du Reflet.

Diguer, L. (1995). Statistical and methodological issues about the CCRT method. Paper presented at the International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method, University of Ulm.

Diguer, L., Luborsky, L. (1995). The Nuts and bolts for designing CCRT studies. Paper presented at the International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method, University of Ulm.

Drouin, M-S., Lecours, S., Lecomte, C., & Bouchard, M-A. (1996). Relationship between affective and cognitive processes of psychotherapists. Communication presented at the 27th annual meeting of the Society of for Psychotherapy research, Amelia Island , Florida.

Drouin, M-S., Lecours, S., Lecomte, C., & Bouchard, M-A. (1995). Clinical judgment, inferential bias and the problem of ecological validity. Communication presented at the 26th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Vancouver, B.C.

Drouin, M-S, Lecomte, C., & Ledoux, S. (1993) The influence of affective reaction on the confirmatory biais. Communication presented at the annual conference of the Society for Psychotherapy Research, Pittsburg, PA.

- Dumont, F., & Lecomte, C. (1987). Inferential processes in clinical work: Inquiry into logical errors that affects diagnostic judgments. Professional Psychology, 18, 433-438.
- Faust, D. (1986). Research on human judgment and its application to clinical practice. Professional Psychology: Research and Practice, 17, 420-430.
- Freud, S. (1915). Observation on transference-love. Standard Edition, 12, 157-171.
- Freud, S. (1910). The origin and development of psychoanalysis. American Journal of Psychology, 21, 181-218.
- Friedlander, M. L., & Phillips, S. D. (1984). Preventing anchoring errors in clinical judgment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 366-371.
- Garb, H. G. (1998). Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment. Washington. APA.
- Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (1986). Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley and Son.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). Working with emotions in psychotherapy. New York: The Guilford Press.

Greenberg, L. S, Rice, L., & Elliott, R. (1993). Facilitating emotional change. The moment by moment process. New York : The Guilford Press.

Haverkamp, B. E. (1993). Confirmatory bias in hypothesis testing for client-identified and counselor self-generated hypotheses. Journal of Counseling Psychology, 40, 303-315.

Holt, R. R. (1988). Judgment, inference, and reasoning in clinical perspective. In D. C. Turk, & P. Salovey (Eds.), Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology (pp. 233-250). New York : The Free Press.

Jenkins, J. J. (1979). Four points to remember. A tetrahedron model of memory experiments. In L. S. Cermak, I. M. Craik (Eds.), Levels of processing in human memory (pp. 429-446). New York : Erlbaum.

Izard, C. E. (1991). Perspectives on emotions in psychotherapy. In J. D. Safran & L. S. Greenberg (Eds.), Emotion, psychotherapy, and change (pp. 280-289). New York : The Guilford Press.

Kahn, M. (1991). Between therapist and client. New York, Freeman.

Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (Eds.). (1982). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. New York : Cambridge University Press.

Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. Journal of the American Psychoanalytic Association, 13, 38-56.

- Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 76-80.
- Lee, D. Y., Barak, A., Uhlemann, M. R., & Patsula, P. (1995). Effects of preinterview suggestion on counselor memory, clinical impression, and confidence in judgments. Journal of Clinical Psychology, 51, 666-675.
- Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatment. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). Understanding transference: the core conflictual relationship theme method. New York: Basic Books.
- Luborsky, L. & Diguier, L. (1995). A novel CCRT reliability study: Reply to Zander et al.. Psychotherapy Research, 5, 237-241.
- Marshall, R. J., & Marshall, S. V. (1989). The transference-countertransference matrix: The emotional-cognitive dialogue in psychotherapy, psychoanalysis, and supervision. New York: Columbia University Press.
- Natale, M., & Hantas, M. (1982). Effect of temporary mood states on selective memory about self. Journal of Personality and Social Psychology, 42, 927-934.

- Nisbett, R. E., & Ross, L. (1980). Human inference : Strategy and shortcomings of social judgment. New York : Prentice Hall.
- Norcross, J. C., & Wogan, M. (1983). American psychotherapists of diverse persuasions : Characteristics, theories, practices, and clients. Professional Psychology : Research and practice, 14, 529-539.
- Normandin, L., & Bouchard, M-A., (1993). The effect of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflexive countertransference. Psychotherapy research, 3, 77-94.
- Norville, R., Samson, H., & Weiss, J. (1996). Accurate interpretations and brief psychotherapy outcome. Psychotherapy research, 6, 16-29.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. (1993). Concentration and correspondence of transference interpretations in short-term psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 586-595.
- Rock, D. L., Bransford, J. D., Maisto, S. A., & Morey, L. (1987). The study of clinical judgment : An ecological approach. Clinical psychological review, 7, 645-661.
- Salovey, P., & Turk, D. C. (1991). Clinical judgment and decision making. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), Handbook of social and clinical psychology, the health perspectives (pp. 416-437). New York : Pergamon Press.

- Singer, J. L., Sinkoff, J. B., & Kolligan, J. (1989). Countertransference and cognition: Studying the psychotherapist's distortion as consequences of normal information processing. Psychotherapy, 26, 344-355.
- Sorrentino, R. M., & Higgins, E. T. (1986). Handbook of motivation and cognition : Foundation of social behavior. New York : The Guilford Press.
- Strohmer, D. C., Shivy, V. A., & Chiodo, A. L. (1990). Information processing strategies in counselor hypothesis testing: The role of selective memory and expectancy. Journal of Counseling Psychology, 37, 465-472.
- Strupp, H. H., Hadley, S., Gomes-Schwartz, B. (1977). Psychotherapy for better or worst. New York: Aronson.
- Strupp, H. H., & Binder, J. (1984). Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York : Basic Books.
- Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). Understanding countertransference : From projective identification to empathy. Hillsdale : Analytic Press.
- Turk, D. C., & Salovey, P. (Eds.). (1988). Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology. New York : Free Press.

Turk, D. C., & Salovey, P. (1986). Clinical information processing : Bias inoculation. In R. E. Ingram (Ed.), Information processing approaches to clinical psychology. Personality, psychopathology, and psychotherapy series (pp. 305-323). San Diego : Academic Press.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1982). Judgment under uncertainty : Heuristics and biases. In D. Kahneman & A. Tversky (Eds.), Judgment under uncertainty : Heuristics and biases (pp. 3-22). Cambridge : Cambridge University Press.

Conclusion

La présente recherche en trois volets nous a permis d'observer un certain nombre de phénomènes importants dans l'étude du jugement clinique.

Nous devons tout d'abord remettre en question les conclusions des recherches en psychologie sociale et cognitive lorsque leurs auteurs tentent de les appliquer de façon directe à la validité du jugement clinique. Le manque de validité écologique de ces recherches en regard de la nature particulière du travail clinique fut relevé tout au long de notre étude. Ce manque de validité prend plusieurs formes.

Nous remarquons que les études issues de la psychologie sociale proposent des tâches statiques à leurs sujets. Ces tâches sont peu représentatives du contexte décisionnel dans lequel oeuvrent la majorité des thérapeutes. Les sujets doivent également se prononcer sur des informations partielles sans possibilité de pouvoir obtenir des informations supplémentaires. Les études portent sur des aspects isolés du travail hypothético-déductif des thérapeutes, sans égard à l'aspect interactif des variables en cause dans le jugement clinique. Enfin, plusieurs de ces études ont comme sujets des étudiants sous-gradués ce qui limite davantage la possibilité de généralisation de leurs conclusions.

L'absence de différence observée, dans la littérature, entre des thérapeutes d'expérience et des thérapeutes débutants ou en formation, fut également remise en cause. Nous avons pu constater que les thérapeutes d'expérience se démarquent des autres lorsque la tâche qui leur est soumise leur demande de faire appel à leurs capacités toutes particulières en regard du travail clinique. La majorité des tâches proposées aux thérapeutes dans

les études sur la qualité du jugement clinique ont été conçues afin de permettre à des gens ne possédant pas de connaissances ou de formation particulières, de pouvoir se prononcer de la même façon que des thérapeutes expérimentés. Il ne faut donc pas se surprendre de l'absence de différence rapportée dans ces études. Si nous demandons aux coureurs les plus rapides lors d'une course de cent mètres de ne pas utiliser toutes leurs capacités, il ne faudrait pas s'étonner de voir que tous les participants franchissent la ligne d'arrivée en même temps.

Notre étude a également fait ressortir que la méthode du CCRT s'avérait efficace, dans l'utilisation innovatrice que nous en avons fait, afin de mesurer la validité des hypothèses cliniques de thérapeutes d'orientations théoriques différentes. Il s'agit d'une avancée importante car la notion de critère de comparaison valable entre cliniciens d'approches différentes a maintes fois été soulevée dans ce domaine de recherche. Cette méthode s'avère également valable afin d'évaluer la présence de biais intimement liés au travail clinique. Les biais d'ancrage et de tendance à la confirmation d'hypothèses peuvent être mesurés en respectant une fois de plus des critères importants de validité écologique.

Nous n'avons pu faire ressortir de façon précise la nature du lien entre les variables affectives et cognitives des thérapeutes même si nous avons été à même d'observer des mouvements similaires de ces deux systèmes psychiques qui font partie intégrante du travail thérapeutique. Cette constatation nous suggère un certain nombre de réflexions.

Nous croyons que, bien que la qualité du jugement clinique puisse être un élément important contribuant au succès thérapeutique, nous ne pouvons

nous limiter à la précision immédiate des hypothèses formulées par le thérapeute. Il s'agit d'un aspect important mais qui est loin de rendre compte de l'activité mentale complexe dont fait preuve le thérapeute dans une situation clinique. En étudiant de façon isolée la précision des hypothèses cliniques, nous évacuons tout l'espace relationnel et interactif entre le thérapeute et son client.

Les résultats des recherches sur les ingrédients actifs en psychothérapie démontrent que la qualité de l'alliance thérapeutique est un bon prédicteur de l'efficacité thérapeutique (Crits-Christoph & al., 1993; Horvath & Greenberg, 1994). Lafferty, Beutler et Crago (1989) mentionnent qu'un des éléments contribuant de façon significative à la qualité de cette alliance est le fait, pour un client de se sentir compris par un thérapeute. Cette constatation nous ramène directement à la notion d'empathie, à la fois dans ses dimensions cognitives, affectives et relationnelles.

Bohart et Greenberg (1997) soulignent que pour les thérapeutes d'orientations psychodynamique et humaniste, une compréhension empathique d'un client ne peut être réduite à la seule dimension de précision, mais fait davantage appel à la capacité, pour le thérapeute, de susciter une nouvelle expérience relationnelle pour le client, l'invitant ainsi à remettre en question certaines de ses perceptions quant à sa situation actuelle.

Les tenants des approches intersubjectives perçoivent que l'investigation analytique, au moyen du mode empathique-introspectif, est l'outil principal du thérapeute (Orange, 1995). Ce mode d'investigation permet d'éclairer les principes d'organisation de l'expérience du client (empathie), les

principes d'organisation du thérapeute (introspection) et le champs relationnel créé par l'interaction entre les deux (intersubjectivité) . Il faut se rappeler que le thérapeute arrive à une compréhension clinique à la suite de plusieurs "collisions" entre sa subjectivité et celle du client (Renik, 1993). Il est donc nécessaire pour lui de reconnaître sa participation au processus relationnel pour se rapprocher d'une position empathique (Orange, 1995).

L'important, pour le thérapeute, est de reconnaître ces ruptures, de même que la façon dont il y contribue, ce qui permet d'offrir au client une réponse optimale allant à l'encontre de ses principes d'organisation (Bacal, 1985). Par la réparation de la faille empathique, ou encore par la restauration du lien empathique, il permet au client de vivre une expérience émotionnelle correctrice.

En ce sens, tout comme le croyait Kohut (1984), pour qu'une interprétation ait un impact thérapeutique, elle doit fournir au client une nouvelle expérience relationnelle où il se sent profondément compris.

Dans une telle perspective, il paraît important que le thérapeute puisse faire preuve d'un bon jugement clinique mais il semble utopique que le thérapeute puisse y parvenir en dehors de l'espace relationnel créé par la rencontre thérapeutique. Est-il vraiment important d'avoir une hypothèse juste et précise dès le départ? Il semble que cette façon d'envisager le travail clinique ne tienne pas compte de l'importance d'une recherche à deux du sens de l'expérience du client (dialogue herméneutique). De plus, nous devons remarquer que ce qui peut contribuer le plus aux écueils thérapeutiques n'est pas tant de ne pas avoir une hypothèse valide ou de

se tromper mais de ne pas arriver à ajuster notre hypothèse en fonction de ce que nous répond le client. Ces efforts d'ajustement sont d'ailleurs de plus en plus étudiés et leurs impacts sur le succès thérapeutique commencent à être démontrés (Johnson & al., 1994; Orange, 1995). Ce que devrait viser le thérapeute ne serait donc pas de ne pas faire d'erreurs mais de rester présent et disponible pour tenter de les réparer avec le client. La recherche sur le jugement clinique et les processus inférentiels demeure pertinente mais à l'intérieur d'un cadre qui tienne compte de l'importance de l'espace relationnel.

Références

- Bacal, H. (1985). Optimal responsiveness and the therapeutic process. In A. Goldberg (Ed.), Progress in self psychology (Vol. 1, pp. 202-226). New York: Guilford Press.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). Empathy reconsidered : New directions in psychotherapy. Washington : APA.
- Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Kurcias, J. S. (1993). The accuracy of therapist interpretations and the development of therapeutic alliance. Psychotherapy Research, 3, 25-35.
- Horvath, A. O., & Greenberg L. S. (1994). The working alliance. New York : Wiley.
- Johnson, B., Geller, J. D., & Rhodes, R. (1994). Non verbal profile analysis in psychotherapy : Markers of client-identified misunderstandings. Psychotherapy Bulletin, 29, 54-59.
- Kohut, H. (1984). How does analysis cure? Chicago : The University of Chicago Press.
- Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists : A study of select therapist variables. Journal of Consulting and Clinical psychology, 57, 76-80.

Orange, D. (1995). Emotional understanding. New York : Guilford Press.

Renik, O. (1993). Analytic interaction : Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. Psychoanalytic Quaterly, 6, 213-223.

Annexes

Recherche sur les processus cliniques

Cher(e) collègue clinicien(ne),

Nous sollicitons votre participation pour une recherche portant sur les processus cliniques en psychothérapie. Le but de cette étude est de comprendre davantage ce qui se passe dans la tête du (de la) clinicien(ne) en action. Nous nous intéressons donc tout particulièrement à la façon dont vous prenez des décisions, à comment vous arrivez à vos conclusions ou vos diagnostics. Bref, nous voulons savoir comment vous observez et écoutez vos client(e)s. Bien que plusieurs études aient été menées à ce sujet, notre démarche est originale en ce qu'elle se base sur l'expérience réelle et personnelle de thérapeutes expérimenté(e)s. Nous avons besoin de votre aide pour arriver à mieux comprendre ces processus complexes et intéressants et c'est donc avec enthousiasme que nous accueillons votre généreuse participation.

Cette étude comporte trois (3) volets qui se dérouleront en trois (3) étapes distinctes:

Volet 1: Nous vous présenterons de courts extraits vidéo d'une véritable entrevue d'accueil en psychothérapie. Nous vous demanderons alors de répondre à un certain nombre de consignes en lien avec votre perception de cette vignette clinique. Cette tâche prendra une (1) heure à compléter.

Volet 2: À la suite de la première tâche, nous vous remettrons un document composé d'autres vignettes cliniques et mises en situation de forme papier-crayon. Cette tâche requiert environ quarante (40) minutes pour être menée à terme et vous disposerez d'environ une (1) semaine pour vous en acquitter.

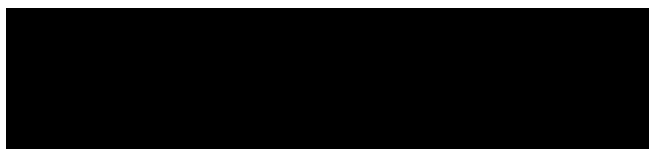
Volet 3: Au moment où nous récupérerons la tâche papier-crayon, nous vous inviterons à effectuer une courte tâche d'analogie d'une durée de quinze (15) minutes.

En tout et partout, le temps requis de votre part pour réaliser l'ensemble de l'expérimentation ne devrait pas excéder deux heures trente (2:30). Nous sommes conscients qu'il s'agit là d'une dépense de temps considérable étant donné votre horaire chargé. Aussi, nous nous engageons à réduire les inconvénients éventuels en vous rencontrant à l'endroit et à l'heure qui vous conviennent et nous vous offrons une rémunération de 125 dollars pour votre participation (\$50/heure).

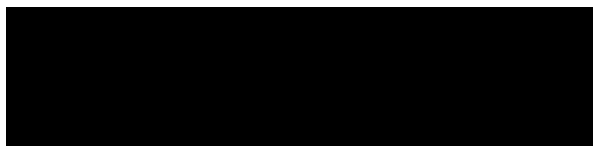
Nous insistons sur le fait que tout le matériel que vous allez nous remettre est strictement confidentiel et sera traité par l'équipe de recherche de façon anonyme, en accord avec les règles de déontologie les plus rigoureuses. Ainsi, en aucun cas il ne nous sera possible d'associer l'identité d'un sujet au matériel recueilli puisque le formulaire de consentement portant votre signature sera écarté des autres documents et remisé sous clé. De plus, dès la réception, le matériel expérimental sera identifié par un code arbitraire exclusivement, code rattaché à vos caractéristiques personnelles générales (âge, sexe, etc.). Enfin, vos réponses écrites seront retranscrites afin de rendre possible l'omission de tout détail qui pourrait permettre la révélation de votre identité (nom de personnes, de lieux, etc.).

Cette recherche est menée conjointement par les groupes de recherche de Messieurs Marc-André Bouchard et Conrad Lecomte, professeurs titulaires en psychologie à l'Université de Montréal.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.



Marc-André Bouchard, Ph.D.
Psychologue
Professeur titulaire



Conrad Lecomte, Ph.D.
Psychologue
Professeur titulaire

DISPOSITIONS RELATIVES À L'UTILISATION DU MATÉRIEL CONFIDENTIEL CONCERNANT LE THÉRAPEUTE

Je, _____, accepte que Messieurs Marc-André Bouchard et Conrad Lecomte utilisent le matériel de mes réactions spontanées écrites obtenues à partir du visionnement d'extraits d'entrevues sur vidéo, ainsi que mes réponses à certaines tâches et questionnaires de type papier-crayon, dans le cadre d'une recherche en psychothérapie.

Je suis informé(e) du fait que ce matériel, ou sa reproduction, demeurera confidentiel et ne servira pas à d'autres fins que la recherche. Notamment, Messieurs Bouchard et Lecomte ainsi que les membres de leur équipe ne connaîtront pas mon identité puisqu'un numéro de code sera attribué au matériel que je produirai et que mon nom sera changé lors de la transcription de ce matériel. De même, toutes les informations permettant de m'identifier seront omises ou changées (exemple: nom, prénom) lors de la transcription de mes réactions écrites. Cette précaution s'appliquera aussi à toutes les personnes mentionnées à l'intérieur de mes réponses à ces tâches. Je suis également informé(e) du fait que tout le matériel, autant sur papier que sur support informatique, sera tenu sous clé et que celui-ci sera détruit à la fin de l'étude.

Enfin, je suis également informé(e) que si certaines portions de mon matériel devaient être publiées, en partie ou en entier, Messieurs Bouchard et Lecomte se seront au préalable assurés de respecter mon anonymat.

Marc-André Bouchard Ph.D

Conrad Lecomte Ph.D.

Date

CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES

CODE:

. DATE DE NAISSANCE: _____ AGE: _____ Ans

. SEXE: () F () M

. PLUS HAUT NIVEAU DE SCOLARITÉ ATTEINT: _____

. DEPUIS COMBIEN D'ANNÉES PRATIQUEZ-VOUS LA PSYCHOTHÉRAPIE?

_____ Année(s)

. QUELLE ORIENTATION THÉORIQUE A SURTOUT GUIDÉ VOTRE FORMATION DE BASE À LA PRATIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE:

-Psychodynamique/psychanalytique ()
 Courant théorique principal: _____

-Humaniste-Existentielle ()
 Courant théorique principal: _____

-Behaviorale/cognitive ()
 Courant théorique principal: _____

. QUELLE EST VOTRE ORIENTATION THÉORIQUE ACTUELLE?

-Psychodynamique/psychanalytique ()
 Courant théorique principal: _____

-Humaniste-Existentielle ()
 Courant théorique principal: _____

-Behaviorale/cognitive ()
 Courant théorique principal: _____

DEPUIS TROIS ANS, COMBIEN D'HEURES EN MOYENNE PAR SEMAINE CONSACREZ-VOUS À LA PRATIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE?

_____ Heures

NOTE: SI VOUS AVEZ RENCONTRÉ PLUS D'UNE DES CATÉGORIES ÉNUMÉRÉES CI-BAS, VEUILLEZ SPÉCIFIER, À L'ENDROIT INDIQUÉ, QUELLE PROPORTION ELLES ONT OCCUPÉ RESPECTIVEMENT.

8. DANS QUEL(S) MILIEU(X) AVEZ-VOUS SURTOUT PRATIQUÉ LA PSYCHOTHÉRAPIE?

| | | | |
|-------------------------------|-----|-------|---|
| -Milieu hospitalier | () | _____ | % |
| -Milieu des Centres d'Accueil | () | _____ | % |
| -C.L.S.C | () | _____ | % |
| -Pratique privée | () | _____ | % |
| -Autre(s) | () | _____ | % |

Si autre(s), veuillez spécifier: _____

9. AUPRÈS DE QUELLE(S) POPULATION(S) AVEZ-VOUS TRAVAILLÉ LE PLUS SOUVENT DANS LE CADRE DE LA PRATIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE?

| | | | |
|------------------------|-----|-------|---|
| -Enfant | () | _____ | % |
| -Adolescent | () | _____ | % |
| -Adulte | () | _____ | % |
| -Personne du 3ieme âge | () | _____ | % |

10. QUEL(S) TYPE(S) DE PSYCHOPATHOLOGIE(S) AVEZ-VOUS RENCONTRÉ(S) CHEZ VOS PATIENTS?

| | | | |
|--|-----|-------|---|
| -Psychotique | () | _____ | % |
| -Névrotique | () | _____ | % |
| -Troubles limites (troubles de la personnalité, troubles du caractère) | () | _____ | % |

Spécifiez les formes: _____

| | | | |
|-----------|-----|-------|---|
| -Autre(s) | () | _____ | % |
|-----------|-----|-------|---|

Veillez préciser: _____

11) CONSIDÉREZ-VOUS UTILISER VOTRE VÉCU AFFECTIF SOIT POUR COMPRENDRE OU POUR INTERVENIR AUPRÈS DE VOS PATIENTS?

Oui () Non ()

Si oui, comment? _____

Si non, veuillez donner votre point de vue sur l'utilisation du vécu affectif du thérapeute en thérapie.

RE: LA RÉPONSE À CETTE DERNIÈRE QUESTION EST TOUT À FAIT FACULTATIVE.

12. AVEZ-VOUS DÉJÀ POURSUIVI (OU POURSUIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT) UNE DÉMARCHE DE PSYCHOTHÉRAPIE PERSONNELLE?

Oui () Non ()

Si oui, de quel type de psychothérapie s'agissait-il (s'agit-il)?

Si oui, cette démarche a duré (ou dure depuis) combien de temps?

_____ Année(s)

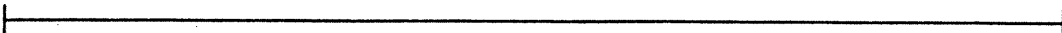
COMPTE RENDU D'UN ACCIDENT

Voici la description d'un événement impliquant Pierre C., un jeune homme dans le début de la vingtaine.

Pierre C. a décidé d'effectuer lui-même son déménagement. Il a demandé l'aide d'un ami et fait l'achat d'une remorque usagée. Pierre et son ami ont chargé les meubles dans la remorque et se sont mis en route en direction d'une voie rapide. Dans la bretelle d'accès de l'autoroute, la remorque s'est soudainement détachée et a terminé sa course contre un lampadaire situé en bordure de la route, causant ainsi de légers dommages aux meubles de Pierre. Au moment de la rédaction du rapport d'accident, l'ami de Pierre a affirmé aux policiers que Pierre C. avait bien fixé la remorque avant de partir.

Quelle est votre opinion concernant la responsabilité de Pierre C. dans cet incident.

Sur la ligne ici-bas, veuillez tracer un "X" qui correspond à votre opinion en ce qui concerne la responsabilité de Pierre C.



Pas du tout responsable
Tout à fait responsable

Veuillez justifier votre réponse:

TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE ET AUTO-MUTILATION

Une équipe de recherche tente de déterminer si le comportement d'auto-mutilation est relié au trouble de personnalité limite (borderline). Ils obtiennent les résultats suivants: dans 60 cas, le comportement d'auto-mutilation et le trouble de personnalité limite sont présents conjointement; dans 49 cas, le comportement d'auto-mutilation est présent sans être accompagné du trouble de personnalité; de plus, on remarque que 43 cas souffrent du trouble de personnalité limite sans présenter le comportement d'auto-mutilation; enfin, pour 8 cas de l'échantillon, ni le trouble de personnalité ni le comportement d'auto-mutilation ne sont présents.

D'après les résultats de cette étude, pensez-vous qu'il est possible d'affirmer que le comportement d'auto-mutilation est associé au trouble de personnalité limite (borderline)? (Encerclez votre réponse.)

Oui

Non

Veillez justifier votre réponse:

UN AMI PROFESSEUR

L'auteur de la présente recherche a un ami professeur. Ce dernier aime écrire des poèmes; il est plutôt timide et petit de taille. D'après vous, laquelle des disciplines suivantes est la sienne? (Encerclez la lettre qui correspond à votre réponse.)

- a) Études chinoises
- b) Psychologie

Veillez justifier votre réponse:

Vignette clinique (Thérapeute féminin; phase avancée de la thérapie)

D. L. est dans la quarantaine et il est très insatisfait de sa façon de vivre, de sa manière de s'acquitter de ses fonctions de cadre et des rapports qu'il entretient avec ses subalternes et ses supérieurs. D'ailleurs, à ce propos, il lui est arrivé à quelques reprises de recevoir des menaces de congédiement à la suite de conflits engendrés par ce que ses patrons ont dénommé son "attitude confrontante" et son "perfectionnisme aigu". Sa principale préoccupation cependant consiste dans une pensée obsessionnelle qui lui surgit fréquemment à l'esprit et qui se traduit par "Tu vas tuer ta femme".

Il a débuté la séance de la façon suivante:

"Ma femme et moi avons eu une violente dispute. Je m'apprêtais à l'aider à faire le lavage et au moment où nous allions commencer, elle a reçu un coup de téléphone. J'ai rempli la machine à laver, versé du détergent dedans et mis la machine en marche. Lorsqu'elle est redescendue, elle était folle de rage, disant que j'avais mis trop d'eau et trop de détergent dans la machine - que la mousse débordait du couvercle. J'ai été désarçonné par la violence de sa réaction, son émotivité et son aspect irrationnel."

Je lui ai demandé si cette réaction avait été provoquée uniquement par le fait qu'il n'avait pas fait le lavage correctement. Il a répondu ainsi:

"Elle était vraisemblablement contrariée par sa mère. Au début, je l'ai toléré, mais elle devenait de plus en plus hystérique. C'est alors qu'elle a déclaré que je voulais toujours prendre le dessus et qu'elle n'aimait pas ma façon de faire. Je lui ai rétorqué qu'elle se faisait des idées, que sa colère procédait d'une série d'événements imaginaires qui n'avaient rien à voir avec la réalité... Je commençais à m'énerver aussi. Je lui ai dit que j'avais commencé le lavage dans le seul but de l'aider et que j'étais loin de me douter que ça lui déplairait."

Il a ensuite admis que pendant tout ce temps là, ses pensées obsessionnelles ne cessaient de lui venir à l'esprit et de le déranger. Cela ne l'a pas empêché de rester calme et de garder son sang froid.

Notez ici vos réactions internes et subjectives à ce moment-ci de l'entretien. Vous pouvez changer d'avis en cours de route. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. La meilleure réponse est celle qui décrit votre expérience subjective. Utilisez le verso de la feuille si nécessaire.

Il était convaincu qu'il n'avait rien fait de mal et il était persuadé que la colère de sa femme était attribuable à autre chose, comme à sa nervosité du fait qu'elle avait mal au dos ou à une mésentente avec sa mère. Je lui ai demandé si ce genre de situation se reproduisait également dans d'autres circonstances.

Il m'a répondu:

"Je me questionne en ce qui concerne la ressemblance de la réaction de ma femme avec celles que je suscite chez d'autres personnes lorsque je crois bien faire mon travail. Je fais ou dis des choses qui suscitent du ressentiment chez autrui, généralement parce que je suis trop méticuleux ou parce que je tiens absolument à ce que tout soit parfait. Cela m'amène à me quereller avec les gens sur des choses qui auraient peut-être marché de la manière dont ils voulaient les faire plutôt que comme je le suggérais. Mais pour en revenir à l'incident avec ma femme. Il semble y avoir là quelque chose de contradictoire. Lorsque nous faisons des choses ensemble ou que je l'aide, elle trouve que je ne l'aide pas assez. Or lorsque je l'aide, elle pense que je "prends le dessus". En général, je ne suis pas d'accord avec elle. Je n'ai pas l'impression de vouloir prendre le dessus ou d'agir en ce sens."

Je me suis demandée si le problème résidait véritablement dans le fait qu'il ne faisait pas les choses comme elle voulait qu'elles soient faites. Sa femme n'avait-elle pas plutôt l'impression que, lorsqu'il faisait quelque chose, son attitude laissait entendre qu'il s'y prenait mieux? Ce comportement ne se reflétait-il pas également dans son travail? N'avait-il pas l'impression que s'il pouvait tout faire, tout serait bien?

Je lui ai fait part du fait que ce type d'attitude devait parfois donner aux autres l'impression qu'ils ne lui étaient guère utiles ou que leur présence ne se justifiait que par son incapacité à tout faire. Ils n'ont alors pas l'impression d'être très utiles.

Il a souri...

Monsieur L. a ensuite tenu à préciser que, bien qu'étant en majeure partie d'accord avec le contenu de mon intervention, il croyait plus juste de voir dans la réaction des autres à son attitude la conséquence d'une colère accumulée des suites d'une incapacité de leur part à s'affirmer devant lui.

Notez ici vos réactions internes et subjectives à ce moment-ci de l'entretien. Vous pouvez changer d'avis en cours de route. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. La meilleure réponse est celle qui décrit votre expérience subjective. Utilisez le verso de la feuille si nécessaire.

Vers la fin de l'entrevue, le sujet du paiement des séances manquées en raison des vacances de D. L. fut abordé. Bien qu'une entente ait été convenue en début de thérapie, à l'effet qu'il doive défrayer le coût des séances manquées pour de tels motifs, D. L. a remis en question le bien fondé de cette pratique:

"On sait bien, vous n'en faites qu'à votre guise. On s'est entendu sur le fait que je payais les séances manquées. Pour les séances de mes vacances, je vous ai averti plusieurs semaines à l'avance. Les vacances annoncées ne sont pas des séances manquées! Je n'ai pas à payer pour ces rencontres."

Il a continué d'argumenter jusqu'au moment où je lui ai fait remarquer que l'entrevue allait prendre fin, tout en lui suggérant d'aborder ce thème à la prochaine rencontre. D. L. a quitté le bureau dans un état de tension et de frustration très importantes.

J'ai appris plus tard que, l'après-midi suivant cette rencontre, D. L. a eu une altercation violente avec sa supérieure immédiate. Au cours de cet échange, il s'en est pris verbalement à sa supérieure en la traitant d'incompétente. Elle en a fait rapport au directeur de l'entreprise. Monsieur L. a reçu une lettre de licenciement dans les jours suivant cet incident. À l'heure actuelle, D. L. est hospitalisé suite à une surdose de tranquillisants et il se trouve dans un état dépressif réactionnel.

Vers la fin de l'entrevue, le sujet du paiement des séances manquées en raison des vacances de D. L. fut abordé. Bien qu'une entente ait été convenue en début de thérapie, à l'effet qu'il doive défrayer le coût des séances manquées pour de tels motifs, D. L. a remis en question le bien fondé de cette pratique:

"On sait bien, vous n'en faites qu'à votre guise. On s'est entendu sur le fait que je payais les séances manquées. Pour les séances de mes vacances, je vous ai averti plusieurs semaines à l'avance. Les vacances annoncées ne sont pas des séances manquées! Je n'ai pas à payer pour ces rencontres."

Il a continué d'argumenter jusqu'au moment où je lui ai fait remarquer que l'entrevue allait prendre fin, tout en lui suggérant d'aborder ce thème à la prochaine rencontre. D. L. a quitté le bureau dans un état de tension et de frustration très importantes.

J'ai appris plus tard que, l'après-midi suivant cette rencontre, D. L. a eu une altercation violente avec sa supérieure immédiate. Au cours de cet échange, il s'en est pris verbalement à sa supérieure en la traitant d'incompétente. Elle en a fait rapport au directeur de l'entreprise. Monsieur L. a été suspendu de son travail pendant une période d'une semaine, et ce, sans salaire. Ces jours-ci, D. L. se sent démoli, très déprimé et il se blâme de ses échecs.

Notez ici vos réactions internes et subjectives à ce moment-ci de l'entretien. Vous pouvez changer d'avis en cours de route. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. La meilleure réponse est celle qui décrit votre expérience subjective. Utilisez le verso de la feuille si nécessaire.

S.V.P., veuillez tourner la page et lire la suite de la consigne

Quelle est votre opinion concernant la responsabilité de la thérapeute dans cet incident?

Sur la ligne ici-bas, tracez un "X" qui correspond à votre opinion en ce qui concerne la responsabilité de la thérapeute.

Pas du tout
responsable

Tout à fait
responsable

Veillez justifier votre réponse:

L'histoire de Mme N.

Mme N., une femme dans la trentaine, consulte un thérapeute depuis plusieurs mois. Lors d'une séance récente, elle relate l'événement suivant d'une façon très animée:

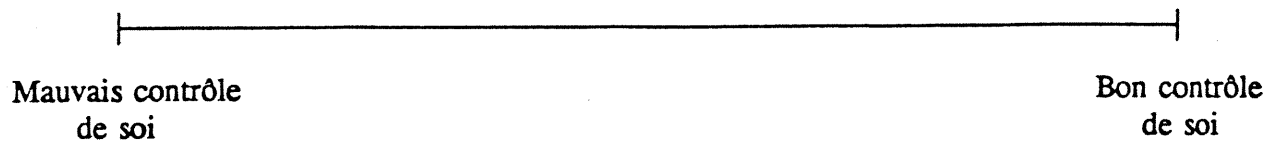
"J'étais à la maison en train de faire du rangement dans mes papiers personnels lorsque j'ai entendu un enfant crier dans la cour arrière. Je me suis précipitée pour voir ce qui se passait et j'ai alors aperçu le fils du voisin qui se battait avec ma fille de cinq ans. Lui, il a sept ans, il est pas mal plus grand qu'elle. Je suis sortie en courant de la maison et je l'ai agrippé par un bras. Je me suis mise à lui crier des bêtises, à le traiter de "p'tit criss de baveux". J'ai serré son bras de plus en plus fort et je l'ai secoué vigoureusement. J'ai serré suffisamment fort pour lui faire des marques sur le bras. Son père est arrivé et, plutôt que de me calmer, je me suis mise à l'engueuler à son tour et à lui dire que s'il n'était pas capable de contrôler son fils j'allais m'en charger. Finalement, je crois que j'ai ameuté tout le quartier. Je suis rentrée à la maison avec ma fille qui pleurait à chaudes larmes."

Madame N. est mariée depuis 8 ans et semble satisfaite de sa vie conjugale. Elle travaille dans la fonction publique depuis 10 ans. Elle est rigoureuse et réfléchie et elle ajoute qu'elle se fait une fierté de terminer les projets qu'elle entreprend. Elle est reconnue pour prendre de bonnes décisions. Elle mentionne qu'elle apprécie particulièrement le fait de travailler sur des projets à long terme. Elle défend ses opinions avec vigueur et honnêteté.

Madame N. est en excellente santé. Elle suit un programme de conditionnement physique ainsi qu'un régime alimentaire bien équilibré.

Comment évaluez-vous le niveau de contrôle de soi de Madame N?

Sur la ligne ici-bas, tracez un "X" qui correspond à votre opinion en ce qui concerne le contrôle de soi de Mme N.



Veillez justifier votre réponse:

SCHIZOPHRÉNIE ET HÉRÉDITÉ

Une équipe de recherche travaillant sur les composantes héréditaires dans le développement de la schizophrénie tente d'établir un lien entre la présence de la maladie chez un patient et la présence de cette maladie chez un des deux parents. Ils obtiennent les résultats suivants: 20 patients souffrant de schizophrénie avaient un parent souffrant de la même maladie; chez 80 patients souffrant de schizophrénie on remarquait l'absence de cette maladie chez les parents; 10 patients de l'échantillon ne souffraient pas de schizophrénie tout en ayant un parent souffrant de cette maladie; enfin, 40 patients ne souffraient pas de schizophrénie et n'avaient pas de parents souffrant de cette maladie.

D'après les résultats de cette recherche, pensez-vous qu'il est possible de conclure qu'il existe un lien entre le fait d'avoir un parent schizophrène et le fait de développer cette maladie? (Encerclez votre réponse.)

Oui

Non

Veillez justifier votre réponse:

COMPTE RENDU D'UN ACCIDENT

Voici la description d'un événement impliquant Daniel G., un jeune homme de 21 ans.

Daniel G. vient de s'acheter une voiture usagée qui a environ six ans d'usure. Lors d'une visite chez l'un de ses amis, il stationne sa voiture dans le haut d'une côte. Soudain, la voiture s'est mise à dévaler la pente à toute vitesse. Elle a défoncé la vitrine d'une épicerie située au bas de la côte tout en blessant un jeune garçon ainsi que l'épicier qui se trouvaient à l'intérieur de l'établissement. Le jeune garçon s'en est tiré avec des blessures mineures tandis que l'épicier fut grièvement blessé. Il a dû être hospitalisé durant toute la dernière année. Au moment de la rédaction du rapport d'accident, l'ami de Daniel a affirmé aux policiers que Daniel G. avait actionné le frein manuel.

Quelle est votre opinion concernant la responsabilité de Daniel G. dans cet incident.

Sur la ligne ici-bas, veuillez tracer un "X" qui correspond à votre opinion en ce qui concerne la responsabilité de Daniel G.

Pas du tout responsable Tout à fait responsable

Veuillez justifier votre réponse:

TEST D'ANALOGIES

Ce test évalue la capacité d'établir et de manier des relations de nature variée entre les idées exprimées par des termes donnés.

Consigne

Regardez l'exemple suivant:

Pied - homme

- 1) museau - chien
- 2) sabot - cheval
- 3) main - enfant
- 4) marcher - exister
- 5) soulier - chaussure

Cet exemple doit se lire comme suit: le pied est à l'homme ce que... Vous devez trouver, parmi les cinq suggestions de réponse, celle qui complète le mieux cette analogie. Dans cet exemple, c'est la suggestion 2) qui convient le mieux. En effet: le pied est à l'homme ce que le sabot est au cheval.

Le test contient 35 questions de ce genre, dont voici quelques exercices:

- | | |
|--|---|
| <p>1. Crayon - dessinateur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pinceau - peinture 2) page - livre 3) chenille - papillon 4) violon - musicien 5) bateau - mer | <p>4. Nager - voler</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) poisson - oiseau 2) reptile - ramper 3) eau - couler 4) marcher - courir 5) poisson - mammifère |
| ↓ | |
| <p>2. Clôture - champ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rue - ville 2) mur - pièce 3) fenêtre - porte 4) pierre - chemin 5) arbre - forêt | <p>5. Autorité - obéissance</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) supériorité - respect 2) mensonge - calomnier 3) ennui - joie 4) maître - apprendre 5) vieillesse - jeunesse |
| <p>3. Ramasser - jeter</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) collectionner - trier 2) avoir - perdre 3) courir - ralentir 4) conserver - ôter 5) prendre - donner | <p>6. Confus - désordre</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) clair - ordonné 2) bref - embrouillé 3) accident - prudence 4) précision - ordre 5) sale - malpropreté |

Réponses: Q1: 4 Q2: 2 Q3: 5 Q4: 1 Q5: 1 Q6: 5.

Consigne générale

Pour cette partie de la recherche, nous allons vous présenter des extraits d'une entrevue d'évaluation réalisée par une thérapeute en formation du Service de Psychologie de l'Université de Montréal. Il s'agit d'un client réel, donc, le matériel que vous allez visionner doit être traité de façon confidentielle, comme s'il s'agissait d'un de vos clients.

Pour cette entrevue, trois (3) extraits ont été pré-sélectionnés. Après le visionnement de chaque extrait, nous vous demanderons de répondre aux trois consignes suivantes:

- 1- Qu'est-ce que vous observez et que se passe-t-il ici et maintenant pour le client dans cet extrait?
- 2- Veuillez partager vos réactions internes et subjectives face à ce client dans cet extrait.
- 3- Dans cet extrait, quelle est votre hypothèse principale à propos de ce client, et, sur quels éléments précis du matériel vous appuyez-vous pour soutenir cette hypothèse?

Ces consignes seront répétées à chaque occasion, à voix haute sur l'enregistrement et par écrit sur le formulaire que vous avez en main. Vous n'avez donc pas à les mémoriser.

Vous disposerez de trois (3) minutes pour répondre à chacune des consignes. La meilleure réponse est celle qui vous vient spontanément en respectant chacune des consignes qui sont différentes.

À la fin des trois extraits, quelques consignes supplémentaires s'ajouteront.

Pour chacune des vos réponses, nous vous demandons de faire des phrases complètes.

Si vous avez quelque question que ce soit, n'hésitez pas à consulter l'expérimentateur.

PREMIER EXTRAIT

1- Qu'est-ce que vous observez et que se passe-t-il ici et maintenant pour le client dans cet extrait?

PREMIER EXTRAIT

2- Veuillez partager vos réaction internes et subjectives face à ce client dans cet extrait.

PREMIER EXTRAIT

3- Dans cet extrait, quelle est votre hypothèse principale à propos de ce client, et, sur quels éléments précis du matériel vous appuyez-vous pour soutenir cette hypothèse?

SECOND EXTRAIT

1- Qu'est-ce que vous observez et que se passe-t-il ici et maintenant pour le client dans cet extrait?

SECOND EXTRAIT

2- Veuillez partager vos réaction internes et subjectives face à ce client dans cet extrait.

SECOND EXTRAIT

3- Dans cet extrait, quelle est votre hypothèse principale à propos de ce client, et, sur quels éléments précis du matériel vous appuyez-vous pour soutenir cette hypothèse?

TROISIÈME EXTRAIT

1- Qu'est-ce que vous observez et que se passe-t-il ici et maintenant pour le client dans cet extrait?

TROISIÈME EXTRAIT

2- Veuillez partager vos réaction internes et subjectives face à ce client dans cet extrait.

TROISIÈME EXTRAIT

3- Dans cet extrait, quelle est votre hypothèse principale à propos de ce client, et, sur quels éléments précis du matériel vous appuyez-vous pour soutenir cette hypothèse?

Consignes générales (suite)

Maintenant que les trois extraits ont été visionnés, trois nouvelles consignes viennent s'ajouter. Pour y répondre, veuillez tenir compte de l'ensemble du matériel des trois extraits.

1- En tenant compte de l'ensemble de vos réponses précédentes et de vos réactions subjectives, faites-nous part de votre compréhension clinique du client. (Trois minutes pour répondre.)

2- Quel est votre diagnostic selon la taxonomie du DSM-III-R, axe I et axe II. (Une minute pour répondre.)

3- Compte tenu de votre orientation théorique, quel est votre diagnostic de la personnalité de ce client. (Une minute pour répondre.)

Encore une fois, pour chacune des vos réponses, nous vous demandons de faire des phrases complètes.

Finalement, une dernière tâche consistera en l'identification, parmi une série de descriptions proposées, celles qui correspondent le plus à votre compréhension clinique du client. La consigne vous sera communiquée à ce moment.

Si vous avez quelque question que ce soit, n'hésitez pas à consulter l'expérimentateur.

POUR L'ENSEMBLE DES TROIS EXTRAITS

4- En tenant compte de l'ensemble de vos réponses précédentes et de vos réactions subjectives, faites-nous part de votre compréhension clinique du client.

POUR L'ENSEMBLE DES TROIS EXTRAITS

5- Quel est votre diagnostic selon la taxonomie du DSM-III-R?

Axe 1:

Axe 2:

Comment évaluez-vous votre connaissance de la taxonomie du DSM-III-R?

Pour ce qui est de l'axe I, je connais:

| | | | | |
|----------|-----|-------------|------|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| très peu | peu | moyennement | bien | très bien |

Pour ce qui est de l'axe II, je connais:

| | | | | |
|----------|-----|-------------|------|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| très peu | peu | moyennement | bien | très bien |

POUR L'ENSEMBLE DES TROIS EXTRAITS

6- Compte tenu de votre orientation théorique, quel est votre diagnostic de la personnalité de ce client.

VIDÉO TANIA VERBATIN

1er extrait

- t. Alors je vous écoute
- cl. Vous m'écoutez
- t. oui
- cl. OK j'ai déjà passé par euh une phase avec une clinique de psychologie thérapie euh à c'est euh le mari de la femme qui a ouvert ça s'appelle la clinique d'orientation de c'est que, en plein milieu de ma vie j'ai décidé de changer de... changer de travail j'ai euh... j'étais administrateur dans une unité de... dans plusieurs maisons de machinerie de construction, en tant qu'administrateur et euh... ça fermait ça un après l'autre
- t. OK
- cl. et j'avais garder quand même un travail à temps partiel avec la ville de et a un moment donné c'est devenu assez gros c'est devenu... On m'a offert un poste permanent que j'ai pris en 84 et puis un moment donné j'ai commencé à me poser des questions.
- t. vous faisiez quoi à l'époque?
- cl. j'étais en loisir avec la ville de... on parle de tout le système de loisir à partir des arénes, terrains de jeux, piscines euh tennis et tout et les gens nécessairement qui ont engagé en même temps que moi c'étaient tous des bacheliers en édu. phys. ou en récréologie et moi j'avais pas ça mais on avait donné quand même un certain crédit pour le nombre d'années d'expérience pratique.
- Et puis ça c'est mis, ça c'est mis à mal aller, il y a eut une promotion ???? euh j'ai postulé, on a nommé quelqu'un d'autre parce que tout comme par hasard, quelqu'un avait égaré non... ma demande, et puis à partir de ce temps là, j'ai commencé à ne plus aimer mon travail si vous voulez
-

2e extrait

cl. Je travaille le soir, de 3h à 11h et je viens de me rendre compte que... je connais pas mes enfants qui ont 19 et 17 ans... et puis que ma femme s'est fait une vie euh... or je ne la vois pas... Dans le sens qu'elle prend des cours de danses sociales. Elle va au club de santé là. Mon fils est membre de . Ils ont du fun eux autres. Là moi j'arrive les fins de semaine chez moi j'ai rien à faire euh... Il y a de ça deux ans que ça se brasse pis moi je me disais bon ben un moment donné ça va bien m'arriver là que... je m'étais soumis et pis ma femme est allé voir une euh ou elle a consulté une de ses amies qui fait de l'astrologie pis de l'ésotérisme et tout ça... Et puis une bonne journée j'étais chez moi comme de raison à ne rien faire quoi parce que ... ça me tentait plus de rien faire. Je couchais au sous-sol, tu sais, j'étais complètement isolé de ma famille et puis euh elle avait laissé la bande magnétique de la conversation qu'elle avait eue avec cette dame-là. Là j'ai fait jouer ça par curiosité pis là PAF! ça m'a frappé...

Ma femme parlait de se séparer. Pas besoin de moi euh... La dame lui a conseillé de se trouver un autre homme pour essayer de refaire sa vie, puis j'écoutais tout ça pis je me disais mais elle est pas encore partie euh pourquoi pourquoi que...

3e extrait

cl. Alors moi j'avais dans l'idée de converser avec ma femme en même temps maintenant, je l'ai suivi et puis euh... Avant qu'on... En plus de ça je dois vous dire que on fait pas chambre à part mais on a des lits euh... des lits jumeaux c'était la seule façon selon moi il y a un an d'au moins regagner si vous voulez la chambre à coucher hein. Alors en ayant deux lits pareils ben on est quand même...

t. Vous faisiez chambre à part avant?

cl. ben pas vraiment je couchais au sous-sol mais c'était volontaire... Je l'avais fait comme ça parce que moi je m'attendais... de me préparer mentalement à ce que un jous ma femme me dise "bon ben c'est tout" et j'ai compris que ce n'était pas tout à fait ça.

Mais là il y a 10 ans à rebâtir à refaire. Il y a la confiance de ma femme et de mes enfants à regagner. Mais ma façon de le voir c'était que je devais me prendre en main mais pour eux

autres je ne pense pas... Je comprends ça là depuis un mois que c'est plus comme ça qu'il faut que ce soit fait c'est que c'est moi qui doit entreprendre de corriger mes défauts mes fautes pis ça sera pas un problème je pense de leur prouver après ça que c'est vrai que c'est la deuxième démarche que j'entreprend. J'ai sauvé ma position, j'ai sauvé mon travail alors je suis sur l'impression que je suis ??? capable de sauver.... je veux pas dire ma famille mais mon mariage.

CATÉGORIES STANDARDS DU CCRT

Traduit par le Laboratoire de Recherches sur la personnalité et la psychopathologie
de l'École de psychologie de l'Université Laval

DÉSIRS, BESOINS ET INTENTIONS

| | | |
|---|--|--|
| 1- S'affirmer et être indépendant | 21- Avoir le contrôle de soi-même 23- Être indépendant 28- Être soi-même 34- S'affirmer | - Être rationnel, être conséquent - Être autonome - Être unique, ne pas se conformer - Faire reconnaître ses droits |
| 2- S'opposer, blesser et contrôler les autres | 16- Blesser les autres 18- S'opposer aux autres 19- Contrôler les autres | - Se venger, rejeter les autres, contrôler les autres, exprimer de la colère envers les autres - Résister à la domination, affronter les autres - Dominer, posséder le pouvoir |
| 3- Être contrôlé, blessé | 15- Être blessé 20- Être contrôlé par les autres 27- Être comme les autres | - Être puni, être injurié, être maltraité - Être soumis, être dépendant, être passif - S'identifier aux autres, se modeler sur les autres |
| 4- Être distant, éviter les conflits et ne pas être responsable | 10- Être distant des autres 14- Ne pas être blessé 17- Éviter les conflits 29- Ne pas être responsable | - Ne pas s'exprimer, être laissé seul, ne pas exprimer ses sentiments - Éviter la douleur, éviter le rejet, se défendre et se protéger - Faire des compromis, s'entendre avec les autres, être flexible, ne pas mettre les autres en colère - Être libre, ne pas être contraint |
| 5- Être près des autres, accepter les autres | 4- Accepter les autres 5- Respecter les autres 6- Avoir confiance aux autres 8- S'ouvrir aux autres 9- Être ouvert 11- Être près des autres | - Être réceptif aux autres - Avoir de l'estime pour les autres - Percevoir les autres comme honnêtes, authentiques - S'exprimer, communiquer - Ne pas être seul, être ami |

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| 6- Être aimé et compris | 1- Être compris 2- Être accepté 3- Être respecté | <ul style="list-style-type: none"> - Être perçu correctement, que les autres s'identifient à nous - Être approuvé, ne pas être jugé, être soutenu - Être important pour les autres, être traité équitablement, avoir l'estime des autres - Avoir l'intérêt d'autrui - Être dans une relation amoureuse - Recevoir du support, être protégé, être materné |
| 7- Se sentir bien, à l'aise | 24- Être bien avec soi-même 30- Être stable 31- Être à l'aise 32- Être heureux | <ul style="list-style-type: none"> - Avoir confiance en soi, s'accepter, avoir un sentiment de bien-être - Être en sécurité, être structuré - Relaxer, ne pas se sentir mal - Avoir du plaisir, se sentir bien |
| 8- Réussir et aider les autres | 12- Aider les autres 22- Réussir 25- S'améliorer 26- Être correct | <ul style="list-style-type: none"> - Donner aux autres, maternier - Être compétent, gagner, bien faire - Faire les bonnes choses, être parfait, être correct |

CATÉGORIES STANDARDS DU CCRT

Traduit par le Laboratoire de Recherches sur la personnalité et la psychopathologie
de l'École de psychologie de l'Université Laval

RÉPONSES DES AUTRES

| | | |
|-------------------------|------------------------------------|--|
| 1- Forts | 24- Forts | - Sont supérieurs, responsables et importants |
| | 23- Indépendants | - Sont autonomes, non conformistes |
| | 29- Heureux | - Sont joyeux, plaisants |
| 2- Contrôlants | 20- Contrôlants | - Sont dominateurs, intimidants, agressifs, prennent en charge |
| | 26- Stricts | - Sont rigides, sévères |
| 3- Contrariés | 16- Blessés | - Souffrent |
| | 19- Hors de contrôle | - Ne sont pas fiables, irresponsables |
| | 22- Dépendants | - Sont influençables par moi, soumis |
| | 27- En colère | - Sont irritables, amers, frustrés |
| | 28- Anxieux | - Ont peur, sont angoissés, nerveux |
| 4- Mauvais | 8- Ne sont pas dignes de confiance | - Me trahissent, ne sont pas honnêtes, me trompent |
| | 25- Mauvais | - Sont coupables, fautifs, ne sont pas corrects |
| 5- Rejetants et opposés | 2- Ne sont pas compréhensifs | - Ne sont pas empathiques, ne sont pas sympathiques, sont sans égard envers les autres |
| | 4- Rejetants | - Sont désapproubateurs, sont critiques |
| | 6- Ne me respectent pas | - Me traitent injustement, ne me valorisent pas, ne m'admirent pas |
| | 7- Ne me font pas confiance | - Ne me croient pas, sont suspicieux |
| | 10- Ne m'aiment pas (Dislike) | - Ne sont pas intéressés à moi |
| | 12- Distants | - Ne sont pas disponibles, sont insensibles |
| | 14- Peu serviables | - Ne sont pas réconfortants, ne sont pas rassurants, pas supportants |
| | 15- Me blessent | - Sont violents, sont durs, me maltraitent |
| | 17- S'opposent à moi | - Sont compétitifs, nient/entravent mes désirs, sont contre moi |
| | 18- Coopératifs | - Sont supportants, expliquent |
| 6- Aidants | 13- Aidants | - Sont consentants |
| | 18- Coopératifs | |

7- M'aime (Like)

5- Me respectent

9- M'aime (Like)

21- Me donnent de l'indépendance

30- M'aime (Love)

8- Compréhensifs

1- Compréhensifs

3- Acceptants

11- Ouverts

- Me traitent justement, me valorisent, m'admirent
- Sont intéressés à moi
- Me donnent de l'autonomie, encouragent l'autonomie
- Sont en amour avec moi

- Sont empathiques, sympathiques, me voient correctement
- Ne sont pas rejetants, m'approuvent
- Sont expressifs, disponibles

CATÉGORIES STANDARDS DU CCRT

Traduit par le Laboratoire de Recherches sur la personnalité et la psychopathologie
de l'École de psychologie de l'Université Laval

RÉPONSES DU SUJET

| | | |
|---|--|---|
| 1- Aidant | 7- Être ouvert 1- Comprendre 9- Être aidant | - M'exprimer - Réaliser, voir correctement - Être supportant, essayer de plaire aux autres |
| 2- Non réceptif | 2- Ne comprend pas 8- N'est pas ouvert 6- N'aime pas les autres | - Être confus, surpris, peu se comprendre - Être inhibé, distant, ne pas être expressif - Haïr les autres |
| 3- Respecté et accepté | 3- Se sent accepté 4- Se sent respecté 5- Aime les autres 28- Se sent bien 29- Se sent heureux 30- Se sent aimé (Loved) | - Se sentir approuvé - Se sentir valorisé, admiré - Être amical - Se sentir en sécurité, satisfait - Se sentir bien, joyeux, exalté |
| 4- S'oppose et blesse les autres | 10- Blesse les autres 11- S'oppose aux autres 12- Contrôlant | - Être violent, hostile - Être compétitif, refuser ou nier les autres, en conflit avec les autres - Être dominateur, influencer, manipuler les autres, être agressif, autoritaire |
| 5- Contrôle de soi et confiance en soi | 14- Contrôle de soi 15- Indépendant 18- Confiance en soi | - Être responsable - Prendre ses propres décisions, être autonome - Être fier, sûr de soi, "feel succesful" |
| 6- Sans ressource | 13- Hors de contrôle 16- Dépendant 17- Sans ressource 19- Incertain | - Être irresponsable, impulsif, ne pas être digne de confiance - Être soumis, passif - Être inadéquat, incompétent - Être ambivalent, déchiré |

7- Désappointé et déprimé

- 20- Désappointé
- 21- En colère
- 22- Déprimé
- 23- Pas aimé
- 24- Jaloux

- Être insatisfait, contrarié
- Être irrité, frustré, amer
- Être sans espoir, triste, se sentir mal
- Se sentir seul, rejeté
- Être envieux

8- Anxieux et honteux

- 25- Se sentir coupable
- 26- Se sentir honteux
- 27- Se sentir anxieux

- Se blâmer, se sentir fautif, pas correct
- Être gêné, déconvenant
- Se sentir nerveux, préoccupé, avoir peur

- 31- Symptômes somatiques

- Mal de tête, démangeaisons, douleur

CATÉGORIES STANDARDS DU CCRT

Traduit par le Laboratoire de Recherches sur la personnalité et la psychopathologie
de l'École de psychologie de l'Université Laval

DÉSIRS, BESOINS, INTENTIONS

- 1- S'affirmer et être indépendant
- 21- Avoir le contrôle de soi-même
- 23- Être indépendant
- 28- Être soi-même
- 34- S'affirmer

- 2- S'opposer, blesser et contrôler les autres
- 16- Blesser les autres
- 18- S'opposer aux autres
- 19- Contrôler les autres

- 3- Être contrôlé, blessé
- 15- Être blessé
- 20- Être contrôlé par les autres
- 27- Être comme les autres

- 4- Être distant, éviter les conflits et ne pas être responsable
- 10- Être distant des autres
- 14- Ne pas être blessé
- 17- Éviter les conflits
- 29- Ne pas être responsable

- 5- Être près des autres, les accepter
- 4- Accepter les autres
- 5- Respecter les autres
- 6- Avoir confiance aux autres
- 8- S'ouvrir aux autres
- 9- Être ouvert
- 11- Être près des autres

- 6- Être aimé et compris
- 1- Être compris
- 2- Être accepté
- 3- Être respecté
- 7- Être aimé (Liked)
- 33- Être aimé (Loved)
- 13- Être aidé
- 35- Rivaliser avec quelqu'un pour obtenir l'affection d'une autre personne

- 7- Se sentir bien, à l'aise
- 24- Être bien avec soi-même
- 30- Être stable
- 31- Être à l'aise
- 32- Être heureux

- 8- Réussir et aider les autres
- 12- Aider les autres
- 22- Réussir
- 25- S'améliorer
- 26- Être correct

RÉPONSES DES AUTRES

- 1- Forts
- 24- Forts
- 23- Indépendants
- 29- Heureux

- 2- Contrôlants
- 20- Contrôlants
- 26- Stricts

- 3- Contrariés
- 16- Blessés
- 19- Hors de contrôle
- 22- Dépendants
- 27- En colère
- 28- Anxieux

- 4- Mauvais
- 8- Ne sont pas dignes de confiance
- 25- Mauvais

- 8- Rejetants et opposés
- 2- Ne sont pas compréhensifs
- 4- Rejetants
- 6- Ne me respectent pas
- 7- Ne me font pas confiance
- 10- Ne m'aiment pas (Dislike)
- 12- Distants
- 14- Peu serviables
- 15- Me blessent
- 17- S'opposent à moi

- 6- Aidants
- 13- Aidants
- 18- Coopératifs

- 7- M'aiment (Like)
- 5- Me respectent
- 9- M'aiment (Like)
- 21- Me donnent de l'indépendance
- 30- M'aiment (Love)

RÉPONSES DU SUJET

- 1- Aidant
- 7- Être ouvert
- 1- Comprendre
- 9- Être aidant

- 2- Non réceptif
- 2- Ne comprend pas
- 8- N'est pas ouvert
- 6- N'aime pas les autres

- 3- Respecté et accepté
- 3- Se sent accepté
- 4- Se sent respecté
- 5- Aime les autres
- 28- Se sent bien
- 29- Se sent heureux
- 30- Se sent aimé (Loved)

- 4- S'oppose et blesse les autres
- 10- Blesse les autres
- 11- S'oppose aux autres
- 12- Contrôlant

- 8- Contrôle de soi et confiance en soi
- 14- Contrôle de soi
- 15- Indépendant
- 18- Confiance en soi

- 6- Sans ressource
- 13- Hors de contrôle
- 16- Dépendant
- 17- Sans ressource
- 19- Incertain

- 7- Déçus et déprimés
- 20- Déçus
- 21- En colère
- 22- Déprimés
- 23- Pas aimé
- 24- Jaloux

- 8- Anxieux et honteux
- 25- Se sentir coupable
- 26- Se sentir honteux
- 27- Se sentir anxieux
- 31- Symptômes somatiques

TRANS 11

Similarity Score = 1

| | RE 1 | RE 2 |
|----------------------|------|------|
| Highest cluster: | 1 | 1 |
| 2nd highest cluster: | 3 | 3 |

Similarity Score = .75

| | RE 1 | RE 2 |
|----------------------|------|------|
| Highest cluster: | 1 | 1 |
| 2nd highest cluster: | 3 | 5 |

| | RE 1 | RE 2 |
|----------------------|------|------|
| Highest cluster: | 1 | 1 |
| 2nd highest cluster: | 2 | 1 |

| | RE 1 | RE 2 |
|----------------------|------|------|
| Highest cluster: | 1 | 2 |
| 2nd highest cluster: | 2 | 1 |

score = .50

| | RE 1 | RE 2 |
|----------------------|------|------|
| Highest cluster: | 1 | 4 |
| 2nd highest cluster: | 2 | 1 |

score = .25

| | RE 1 | RE 2 |
|----------------------|------|------|
| Highest cluster: | 1 | 4 |
| 2nd highest cluster: | 2 | 2 |

score = 0

| | RE 1 | RE 2 |
|----------------------|------|------|
| Highest cluster: | 1 | 4 |
| 2nd highest cluster: | 2 | 5 |
