

Université de Montréal

Effet contrasté de configurations relationnelles  
positives et négatives en psychothérapie

par

Caroline Audet

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, programme recherche et intervention  
option counseling

août 2001

© Caroline Audet, 2001



BF  
22  
US4  
2002  
v. 019

NOV 18 9 11

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Effet contrasté de configurations relationnelles  
positives et négatives en psychothérapie

présentée par :

Caroline Audet

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur : M. Conrad Lecomte

Directeur de recherche : M. Marc-André Bouchard

Membre du jury : Mme Huguette Bégin

Examineur-externe : M. Louis-Georges Castonguay

Représentant de l'examineur externe : M. Serge Lecours

Représentant du doyen de la FES : M. Conrad Lecomte

## Sommaire

Cette thèse expose l'élaboration et l'application d'un modèle conceptuel et opérationnel qui vise à mesurer la valence de la qualité de la relation thérapeutique. L'instrument opérationnel émergeant de ce travail s'intitule le Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC). Afin de permettre la validation de cet instrument, un devis méthodologique original est proposé et mis à l'épreuve. La présente thèse comporte deux objectifs principaux et parallèles : (a) appliquer et valider la mesure du PNRC dans le contexte de la psychothérapie ; et (b) élaborer et éprouver un devis méthodologique pluraliste qui combine l'analyse intensive quantitative et la recherche qualitative.

Le PNRC est une mesure opérationnelle de l'état présent de la relation qui sera soit positive, soit négative, soit neutre. L'élaboration opérationnelle est basée sur l'état mental des participants (réactif, réflexif ou objectif-rationnel) et sur la notion de confirmation ou non des scénarios relationnels du patient dans l'interaction.

L'étude empirique de la relation thérapeutique s'avère une opération très laborieuse car il est impossible de séparer l'objet d'étude (la relation) de son contexte. Par exemple, une même intervention du thérapeute sera tantôt favorable, tantôt nuisible, selon le contexte précis dans lequel elle s'insère. Ce qui se déploie dans la relation est aussi en partie influencé par tout ce qui précède ce moment. Le modèle méthodologique original proposé dans cet ouvrage combine l'analyse intensive quantitative à l'analyse qualitative. Il est proposé qu'en principe ce devis mixte permette de saisir de manière plus complète et efficace la relation



thérapeutique et les variables associées. À notre avis, il sera plus pertinent et plus puissant que d'autres devis utilisés séparément (comparaison de groupes, analyse intensive quantitative, analyse qualitative) pour l'étude de l'interaction.

Le PNRC a été éprouvé dans deux études empiriques. La première contraste deux psychothérapies offertes par le même thérapeute qui ont connu des résultats distincts. La seconde étude compare trois traitements psychanalytiques. Les résultats de chacune des études indiquent que le PNRC est une mesure fidèle et valide de la relation thérapeutique dans son état négatif. En effet, la présence de configurations négatives réussit à discriminer les psychothérapies qui ont connu un résultat défavorable et favorable, contrairement aux moments positifs qui n'ont aucun lien avec l'impact. Le devis méthodologique mixte mis à l'épreuve dans ce travail a démontré sa capacité à valider les résultats, à expliquer certaines contradictions et à produire des interprétations plus en profondeur des résultats.

En conclusion, cette thèse soutient l'impact néfaste de la présence d'impasses relationnelles en psychothérapie sur son fonctionnement et son aboutissement. Elle démontre aussi la pertinence de la combinaison cyclique de l'analyse intensive quantitative à celle qualitative dans l'étude du processus thérapeutique. Enfin, l'application du PNRC a permis d'ouvrir de prochaines avenues de recherche afin de maximiser le potentiel de l'instrument. Ainsi, il serait souhaitable d'ajouter une mesure du « contenu » du discours du patient et du thérapeute à l'application du PNRC qui examine principalement le « processus » des interventions. Par exemple,

on pourrait inclure une mesure de la nature des interprétations du thérapeute, de la productivité du patient ou de l'affect mobilisé chez les participants.

Mots clés : qualité de la relation thérapeutique, impasses relationnelles, interaction, analyse intensive, recherche qualitative.

## Summary

This thesis aims to present the elaboration and application of a conceptual and operational model that evaluates the valence of the quality of the therapeutic relationship and its impact. The instrument is the Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC). An original methodological model is also proposed in order to test the application of the PNRC. The present thesis comprises two main objectives: (a) to test the PNRC measure and its application in the context of psychotherapy research; and (b) to assess the efficacy of a pluralistic methodological design combining intensive quantitative research to qualitative analysis to study the therapeutic process and interaction.

The PNRC is a descriptive and operational measure of the present state of the relationship, being specified as either negative, positive or neutral. Configurations are identified based on the mental states of both participants (reflective, reactive, objective-rational) and also by the notion of confirmation and disconfirmation of the patient's projected relational scenarios within the interaction.

Measuring and studying the therapeutic relationship is a highly difficult challenge because the context is intimately intertwined with the object of study (the interaction). For example, a therapist's intervention could be constructive or not depending on the precise context in which it is proposed. The methodological design proposed in the present thesis combines both intensive and quantitative analyses to qualitative research. This model postulates that such a combination can better grasp the phenomena under study. In our view, it should reveal itself to be more powerful and pertinent to the study

of therapeutic process and interaction, compared to others, unimodal designs (group comparisons, intensive quantitative design, qualitative analysis).

Two empirical study tested the PNRC: The first one contrasted two psychotherapeutic beginnings offered by the same therapist, one with a good outcome, the other prematurely terminated; the second study compared three psychoanalytic treatments. The results of both studies support the reliability and the validity of the PNRC to capture the negative moments within the interaction. The presence of the negative configurations successfully discriminated between good and bad outcomes, contrary to the positive moments, which did not differentiate between conditions. Moreover, the methodological design was beneficial to validate the results, to explain some contradictions, to bring deeper interpretations of the results.

In conclusion, this thesis offers support to strengthen the notion that relational impasses create a negative impact on the process and outcome of psychotherapy. The pertinence of using a cyclic combination of both intensive quantitative and qualitative designs in a complementary manner is also underlined. Finally, in future research, it seems necessary to add a “content” measure to the “process” focused PNRC categories. For example, we could add a measure of the nature of the therapist’s interpretive attempt, the patient’s productivity or the affect involved.

Key words: therapeutic relationship, relational impasses, interaction, intensive analysis, qualitative research.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Summary .....	vi
Liste des tableaux .....	ix
Liste des figures .....	x
Liste des abréviations .....	xi
Remerciements .....	xiii
INTRODUCTION .....	1
ARTICLE 1	
Enjeux Méthodologiques au Sein de la Recherche sur le Processus Psychothérapeutique .....	9
ARTICLE 2	
Pour un Paradigme Intensif et Pluraliste (Quantitatif et Qualitatif) dans l'Étude du Processus Psychothérapeutique .....	51
ARTICLE 3	
Quality of Psychotherapeutic Relationship in Two Contrasted Beginnings With the Same Therapist .....	106
ARTICLE 4	
Models of Positive and Negative Interactions in Three Psychoanalytic Processes: An Exploratory Study .....	177
CONCLUSION .....	227
APPENDICE	
MTCM's second level of analysis: The Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC) .....	xv

Liste des tableaux

ARTICLE 2

Tableau 1. Caractéristiques des paradigmes qualitatif et quantitatif de recherche en psychothérapie .....	105
--	-----

ARTICLE 3

Tableau 1. Specific Defensive Activity Within Negative, Positive and Neutral Relational Configurations for Both Cases, Expressed in Percent Number or Words .....	168
---	-----

ARTICLE 4

Tableau 1. Distribution of HRS Global Scores per Session, HRS Specific Scores' Temporal Trends Per Session and Category .....	221
Tableau 2. Mean Percentage of Words of Each Linguistic Style for Cases A2, C and V4 .....	222
Tableau 3. Intercorrelations Between PNRC, LLSM and B-M Measures .....	223
Tableau 4. Positive and Negative Moments Scored by the PNRC and LLSM for Cases A2, C and V4, Expressed in in Percent Number of Words .....	224
Tableau 5. Description of Liberman's Linguistic Styles.....	225

Liste des figures

## ARTICLE 3

- Figure 1. Mean session of global Helpfulness Rating Scale (HRS) scores for cases A and B ..... 169
- Figure 2. Differences scores between positive and negative configurations, expressed in percent number of words per session ..... 170

Liste des abréviations

AB	Abstraction words
APA	American Psychiatric Association
BDI	Beck Depression Inventory
B-M	Bucci and Mergenthaler
CCRT	Core Conflictual Relationship Themes
CONC	Concrete thinking
CRA	Computer-assisted measure of referential activity
CT	Countertransference
DEF	Defensive pattern
DMRS	Defense Mechanisms Rating Scales
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)
ET	Emotional tone
GAF	Global Assessment of Functioning
HI-RA	High referential activity
HRS	Helpfulness Rating Scale
LLSM	Lieberman Linguistic Styles Measure
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MSRS	Mental State Rating System
MTCM	Montreal Transference and Countertransference Measure



NC	Negative configuration
NEG	Negative linguistic interaction
NEU	Neutral linguistic interaction
NT	Neutral configuration
OBR	Objective-rational mental state
ODF	Overall Defensive Functioning
PAMs	Prototypical affective microsequences
PC	Positive configuration
PNRC	Positive and Negative Relationship Configurations
POS	Positive linguistic interaction
RALCO	Low referential activity and connecting
REAC	Reactive mental state
REF	Reflective mental state
SATO	Système d'Analyse de Texte par Ordinateur
SUB-SYMB	Sub-Symbolic phase
TAS	Turning aggression against self
TR	Transference

## Remerciements

Je désire d'abord exprimer ma vive et profonde gratitude à mon directeur de recherche, Marc-André Bouchard, pour avoir cru en moi dans toutes les étapes de ce parcours. M. Bouchard a été un éclairer intelligent, enthousiaste, généreux et engagé dans mes travaux. J'ai été particulièrement étonnée à plusieurs reprises de sa capacité à maintenir en lui une vision globale de la thèse, ce qui m'a permis de maintenir le cap et d'arriver à bon port. Je veux souligner à quel point nos discussions et notre collaboration d'écriture m'ont aidée à forger et à m'approprier ma pensée, à me rendre au bout de mes idées et de moi-même.

Je remercie infiniment mes parents, Hélène et Jean-Paul, pour leur si grande générosité et leur présence tellement importante tout au long de ce parcours. Merci à ma sœur Chantal et à mes frères Antoine et Nicolas ainsi qu'à leurs conjoints (es) pour leurs encouragements et pour tous ces beaux moments. Merci à notre « troisième génération », Alexandre et Camille, pour ces simples et si doux bonheurs que je vis avec eux et qui ont accompagné bellement ces années « d'école ».

À François, mon amour, je souhaite exprimer ma profonde reconnaissance pour tout, pour tellement tout, pour sa façon d'être dans ma vie et de me faire rire. Merci pour son amour, pour toute sa complicité et son énorme générosité. J'aime sa façon de toujours maintenir nos rêves si vivants et présents dans notre vie.

Je souhaite remercier tous mes collègues du Labo, Daniela Wiethaeuper, Chantale Picard, Serge Lecours, Patrice St-Amand, Sylvie-Hélène Brisson et Natali Sanlian, pour les réunions stimulantes et si enrichissantes, pour leurs nombreux commentaires et encouragements.

Un immense merci à mes amis (es) qui sont au cœur de ma vie et qui me sont si chers (ères). Vous m'avez aidée à me consacrer à la thèse, et aussi à m'en distraire! L'un et l'autre étaient tout aussi essentiels.

Je veux remercier tout spécialement Nathalie Lussier et Isabelle Daigneault, deux grandes complices, amies de cœur et aussi coachs. Elles m'ont accompagnée à travers toutes les étapes de cette aventure, de l'examen doctoral au projet de thèse et enfin vers la soutenance. Merci d'avoir été là dans des moments cruciaux.

Merci beaucoup à ma famille élargie, ma belle-famille, collègues, professeurs et superviseurs. Vos encouragements, questions et commentaires m'ont supportée et encouragée à continuer.

À tous ceux qui ont participé à la cotation des instruments, Karène Brenner, Sylvie-Hélène Brisson, Maurice Carrier, Danielle Côté, Anna Krajewska, François Lefebvre et Jean-Pierre Marceau, merci de votre grande générosité et dévouement.

Merci à mon « comité » de lecture, ma mère Hélène, François et Marie-Hélène pour les nombreuses lectures et les fructueux commentaires.

Enfin, je remercie le Département de psychologie et la Faculté des études supérieures pour leur soutien financier au cours de la rédaction de thèse.

## Introduction

Dans le domaine de la recherche en psychothérapie, on retrouve deux principaux courants qui sont le fruit de visions empiriques différentes concernant la relation thérapeutique, sa nature et la portée de son rôle dans l'efficacité d'une thérapie. Certains présument que la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient a un impact plus grand que l'activité spécifique du thérapeute et son modèle technique (et théorique) sur le résultat de la psychothérapie. C'est un postulat commun parmi ceux qui s'identifient avec le courant de la recherche en psychothérapie et cette position est représentée par les membres de la Société sur la Recherche en Psychothérapie (*Society for Psychotherapy Research*) (Beutler, 2000). Cependant, il y a une perspective différente chez ceux qui adhèrent davantage à la tradition cognitivo-comportementale. Ceux-ci défendent l'idée que les mesures de l'alliance et de la qualité de la relation se confondent avec les résultats. Ils conçoivent plutôt que la relation thérapeutique est un processus qui renforce le pouvoir d'influence du thérapeute et de sa technique (p. ex., Follette, Naugle et Callaghan, 1996). De leur point de vue, la qualité de la relation modulera de façon variable la force de la relation entre la technique et le résultat (Saunders, 2000), qui seule reste causale.

La présente thèse s'inscrit dans le premier courant. Sa réalisation s'est construite sur deux piliers principaux : l'un concerne la conception d'une mesure de la qualité de la relation thérapeutique et l'autre, l'élaboration d'un modèle méthodologique qui permet sa validation.

L'importance de la qualité de la relation et de l'interaction thérapeutiques sur le fonctionnement et le résultat final d'une psychothérapie dispose d'une base grandissante

d'appuis empiriques solides (p. ex., Bachelor et Horvath, 1999 ; Bänninger-Huber, Juen, et Widmer, 2001 ; Henry, Schacht et Strupp, 1986, 1990 ; Orlinsky, Grawe et Parks, 1994 ; Saunders, 2000). Les interventions du thérapeute exerceraient leur plus grande influence dans le contexte d'une relation positive ou du moins, dans l'absence de négativité dans la relation. En contre-partie, un résultat défavorable serait en partie lié à la présence de négativité récurrente dans la relation (p. ex., hostilité, évitement, négligence, blâme, etc., au sein de la relation ; Henry et al., 1986, 1990). Si on connaît mieux l'importance du rôle de l'état de la relation pour comprendre les résultats d'un traitement, il reste que la majorité des recherches qui ont investigué les liens possibles entre la technique et les résultats ont occulté cette variable ainsi que le contexte des interventions (Schut et Castonguay, 2001). Utilisée sous des chapeaux différents (alliance, conditions facilitantes, relation réelle, etc.), souvent la relation thérapeutique n'est pas clairement définie. Le manque de mesure opérationnelle constitue ainsi une absence importante.

La présente thèse propose un modèle conceptuel et opérationnel de la qualité de la relation influencé par les théories de l'intersubjectivité (Atwood, Stolorow et Branchaft) et de la relation d'objet (Kernberg, Jacobson et Mahler). Il s'agit du Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC). Cet instrument vise à capter la valence de l'état présent de la relation comme étant soit positive, soit négative, soit neutre. Plusieurs modèles tentent d'évaluer la qualité de la relation en s'intéressant au « contenu » (*content*) des échanges entre le thérapeute et le patient et non à leur « processus » (*process*), à la façon dont ils interviennent. C'est sur cette variable que se centre l'instrument. Il se base principalement sur les états mentaux de chacun des participants. On pourra, par exemple,

noter qu'un thérapeute offre une interprétation « juste » par rapport au contenu du discours du patient mais qui intervient sous l'emprise d'un état mental réactif, illustration typique de l'agir d'une réaction contre-transférentielle. Ceci sera considéré comme faisant partie d'une interaction négative si le patient est lui aussi dans cet état mental. L'instrument ici conçu est utilisé dans le cadre de l'analyse intensive du processus thérapeutique.

Le second volet de la thèse concerne l'élaboration d'un devis méthodologique permettant de mettre à l'épreuve le PNRC dans le contexte de la psychothérapie. Il est maintenant reconnu dans la communauté scientifique de la recherche en psychothérapie que l'utilisation de modèles méthodologiques non appropriés aux questions de recherche a contribué à ralentir l'évolution de ce domaine (Elliott, Fischer et Rennie, 1999 ; Schaffer, 1983). L'analyse intensive quantitative, même en saisissant parfois le contexte et l'évolution des phénomènes à l'étude, possède des limites qui mettent les chercheurs au défi. Il devient stimulant de quitter les sentiers traditionnels en proposant des protocoles rigoureux et originaux, qui possèdent un potentiel plus grand que les devis classiques pour répondre aux questions contemporaines de la recherche en psychothérapie (p. ex., Elliott, 2001). Le modèle méthodologique élaboré dans cette thèse combine l'analyse intensive quantitative à l'analyse qualitative. Il est donc pluraliste, ce qui veut dire qu'il ne dépend pas que d'une réalité absolue. Il fait coexister les épistémologies empiriste (associée à l'approche quantitative), constructiviste et herméneutique (analyse qualitative) au sein d'un même protocole. Certains y voient un effort chaotique (p. ex., Yanchar, 1997). Cependant, le modèle est construit sur l'idée centrale que les deux épistémologies peuvent être utilisées de façon complémentaire. Cette méthode propose d'utiliser l'analyse intensive quantitative

et qualitative de façon cyclique, comme dans une sorte de dialogue l'une avec l'autre. Le but d'une telle méthode n'est pas d'ajouter des outils dans le but de mieux « contrôler » ou d'encercler plus complètement l'objet d'étude. Il s'agit plutôt de dégager d'autres facettes du phénomène multidimensionnel de l'interaction entre le thérapeute et le patient et ainsi d'en enrichir notre compréhension.

Dans la présente thèse, le protocole pluraliste est présenté de façon linéaire et il précède les articles empiriques. Cependant, il s'est élaboré de façon parallèle à l'avancement des travaux. Il s'est construit « sur le terrain », à travers l'élaboration de la méthode des études, de l'analyse des résultats et même suite à la mise en pratique des premières réflexions conceptuelles sur le modèle. Il a été développé dans un effort de répondre aux besoins présents du type de recherche empirique présenté dans ce travail. Il devait donc d'une part rendre possible une validation de la mesure sur la relation thérapeutique et, d'autre part, offrir des outils permettant de saisir le contexte et l'évolution temporelle des interactions entre le thérapeute et le patient.

La présente thèse aspire donc à répondre à deux objectifs principaux :

1. Le premier est de proposer et d'appliquer un devis original pluraliste qui peut répondre aux questions de recherche soulevées. Pour ce faire, d'abord, la thèse s'introduit par un article en français qui vise à dégager les devis pertinents à utiliser dans la recherche en psychothérapie. Il explore les deux devis classiques de recherche utilisés en psychologie clinique (méthodes intensive et extensive) et les critique en fonction de leur pertinence face à l'étude sur le processus thérapeutique. Cet article a été soumis à la Revue Québécoise de Psychologie. Le second article, en français, discute des défis de la recherche qualitative et



des enjeux conceptuels de la combiner à l'analyse intensive quantitative. Cet article dégage les bases épistémologiques du modèle et discute de ses caractéristiques conceptuelles. L'article 2 sera très prochainement soumis à la revue Psychothérapies. Les études empiriques présentées ci-bas appliqueront ce protocole.

2. La thèse vise ensuite à démontrer l'utilité du PNRC pour mesurer la valence de la relation thérapeutique de façon intensive dans un processus thérapeutique. Maintenant que le terrain méthodologique est défini, le PNRC sera mis à l'épreuve dans deux études empiriques. Une première compare deux psychothérapies avec le même thérapeute avec deux résultats différents. Son approche est double. Elle espère démontrer la validité de la mesure en la comparant avec d'autres instruments tout en testant le modèle méthodologique mis de l'avant dans cette thèse. Ce travail rédigé en anglais représente l'article 3 qui sera soumis à la revue Psychotherapy Research. Enfin, cette démarche se poursuit dans l'article 4, rédigé en anglais, qui propose une comparaison de trois traitements psychanalytiques qui utilisent trois séances pour chacun (début, milieu, fin du traitement). Cet article permet de comparer et de contraster le PNRC avec d'autres instruments et vise à apporter une validation additionnelle en même temps qu'il propose une exploration clinique des phénomènes de configurations relationnelles mesurées par le PNRC. Cet article sera soumis à la revue Canadian Journal of Psychoanalysis.

Le manuel du PNRC se retrouve en appendice de la thèse. Il contient l'élaboration théorique des configurations, les étapes d'opérationnalisation, de segmentation et de cotation. Enfin, des exemples cliniques illustrent les configurations relationnelles positives et négatives.

## Références

- Bachelor, A. et Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, L. Duncan et S. D. Miller (Éds), The heart and soul of change: What works in psychotherapy (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bänninger-Huber, E., Juen, B. et Widmer, C. (2001, juin). Keeping the balance: Interactive emotion regulation and change in psychotherapy. Communication présentée au 32<sup>e</sup> congrès annuel de la Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.
- Beutler, L. (2000, mai). Relationship in psychotherapy [9 paragraphes]. In H. Kachele (Éd.), Society for scientific clinical psychology: Therapeutic alliance research (pp. 10-13). Courriel disponible: [ssepnet@listerv.acns.nwu.edu](mailto:ssepnet@listerv.acns.nwu.edu).
- Elliott, R. (2001, juin). Hermeneutic single case efficacy design. Conférence d'ouverture présidentielle présentée au 32<sup>e</sup> congrès annuel de la Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.
- Elliott, R., Fischer, C. T. et Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. British Journal of Clinical Psychology, 38, 215-229.
- Follette, W., Naugle, A. E. et Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioural understanding of the therapeutic relationship in effecting change. Behavior Therapy, 27, 623-641.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. et Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 27-31.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. et Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 768-774.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. et Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In A. E. Bergin et S. L. Garfield (Éds), Handbook of psychotherapy and behavior change (4e éd., pp. 270-376). New York: John Wiley et Sons.

- Saunders, S. M. (2000). Examining the relationship between the therapeutic bond and the phases of treatment outcome. Psychotherapy, 37, 206-218.
- Schaffer, N. D. (1983). The context of therapist behavior and outcome prediction. Professional Psychology: Research and Practice, 14, 656-669.
- Schut, A. J. et Castonguay, L. G. (2001). Reviving Freud's vision of a psychoanalytic science: Implications for clinical training and education. Psychotherapy, 38, 40-49.
- Yanchar, S. C. (1997). William James and the challenge of methodological pluralism. Journal of Mind and Behavior, 18, 425-442.

Article 1

Enjeux Méthodologiques au Sein de la Recherche  
sur le Processus Psychothérapeutique

En-tête: ENJEUX MÉTHODOLOGIQUES ET PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Enjeux Méthodologiques au Sein de la Recherche sur

le Processus Psychothérapeutique

Caroline Audet et Marc-André Bouchard

Université de Montréal

Soumis à la Revue Québécoise en Psychologie

### Résumé

Cet article vise à exposer les deux devis méthodologiques traditionnels utilisés en psychologie clinique (méthodes extensive et intensive) et à les critiquer en fonction de leur pertinence à l'étude sur le processus thérapeutique. Une présentation de l'évolution de la recherche en psychothérapie démontre que la méthode intensive est appropriée pour répondre aux objectifs contemporains de la recherche sur le processus thérapeutique. Cependant, quoique fortement recommandée, la méthode intensive est encore peu utilisée et elle comporte certaines limites. Pour contrebalancer celles-ci, les auteurs proposent de combiner ce devis intensif à la recherche qualitative.

Mots clés : processus thérapeutique, méthodologie, analyse intensive, comparaisons de groupes.

Abstract

This article aims to explore the classical methodological designs used in clinical psychology (extensive and intensive designs) and to examine critically their potential to study the therapeutic process. An overview of the evolution of the field of psychotherapy research will also demonstrate the capacity of the intensive design to answer some recent objectives of psychotherapy research. However, even if the intensive design is strongly recommended, this protocol is still not widely used and some of its limitations are rather challenging. Concluding, the authors consider the possibility to combine the intensive model with qualitative research to offset those restrictions.

Key words: therapeutic process, methodology, intensive analysis, groups comparisons.

## Enjeux Méthodologiques au Sein de la Recherche sur le Processus Psychothérapeutique

L'effort soutenu et constant pour arriver à cerner les ingrédients du processus thérapeutique qui expliquent un changement favorable ou non du traitement est un défi de taille depuis des dizaines d'années en psychologie clinique. À la fin des années 1970, apparaissent des synthèses majeures (Luborsky, Singer et Luborsky, 1975 ; Smith et Glass, 1977) sur les centaines d'études déjà effectuées sur l'efficacité de la psychothérapie. On conclue que la plupart des traitements sont efficaces comparativement, par exemple, au simple passage du temps et que les différentes approches semblent s'équivaloir. Ceci a mené à l'hypothèse logique que certains aspects de la psychothérapie, communs aux différentes approches, étaient responsables des bénéfices du traitement (Bachelor et Horvath, 1999).

Depuis, deux champs de recherche évoluent parallèlement dans le domaine de la recherche sur la psychothérapie. D'une part, certains s'affairent à isoler la technique spécifique à une approche afin de déterminer laquelle serait la plus efficace avec tel type de patient. Par exemple, Castonguay, Newman, Borkovec, Schut, Kasoff et Hines (2001) comparent deux groupes de sujets souffrant d'un trouble anxieux. Alors que l'un reçoit une psychothérapie d'orientation cognitive-behaviorale, l'autre reçoit le même traitement auquel on ajoute une psychothérapie expérientielle. Cette étude favorise l'utilisation d'un devis de comparaison de groupes à l'aide d'une stratégie « constructive » (Kazdin, 1994) qui vise à maximiser la validité interne (et de construit) de l'étude et à cerner plus efficacement l'effet causal « pur » de la technique sur les résultats.



L'autre champ de recherche s'intéresse plutôt à démontrer l'impact des facteurs communs aux approches, c.-à-d. des variables liées à la relation thérapeutique, sur les résultats. Par exemple, des résultats empiriques récents démontrent que la qualité de la relation thérapeutique contribue de façon cruciale aux résultats de la psychothérapie (Bänninger-Huber et Widmer, 1999 ; Henry, Schacht, et Strupp, 1986, 1990 ; Orlinsky, Grawe et Parks, 1994 ; Saunders, 2000).

Ces deux champs de recherche, semblant évoluer de façon indépendante, sont en fait extrêmement liés (Butler et Strupp, 1986 ; Greenberg, 1986 ; Schaffer, 1983). L'efficacité de la « technique » est intimement reliée aux variables du processus et de la relation thérapeutique. Par exemple, le contexte relationnel dans lequel les interventions (interprétation, travail de restructuration cognitive, etc.) sont inscrites aurait une influence importante, sinon plus grande que la qualité de l'intervention comme telle (Binder et Strupp, 1997).

Au plan méthodologique, il demeure extrêmement difficile, voire impossible, d'établir un lien de causalité univoque entre les ingrédients de la psychothérapie et les résultats, et donc de cerner les variables qui expliqueraient entièrement les résultats positifs ou négatifs de la thérapie. De plus, les objectifs de recherche se modifient et on ne vise plus seulement à connaître les ingrédients efficaces d'une psychothérapie, mais à comprendre comment les variables liées au thérapeute interagissent avec celles du patient pour tantôt réussir et tantôt échouer à créer les conditions interpersonnelles nécessaires au changement (Butler et Strupp, 1986).

Alors que l'objet à l'étude varie et évolue (la relation, la technique, l'interaction entre les deux), il devient inévitable de revoir la pertinence des protocoles de recherche utilisés. La qualité et la pertinence d'un devis de recherche se définissent en partie par leur capacité à cerner l'objet de l'étude et à répondre aux questions de la recherche. Or, s'il est solidement établi que, pour expliquer le processus de changement, la recherche intensive au sein de dyades thérapeutiques est essentielle (Ablon et Jones, 1999 ; Dahl, Kächele et Thomä, 1988 ; Gedo, 1999 ; Gedo et Schaffer, 1989 ; Greenberg, 1986, 1999 ; Rice et Greenberg, 1984 ; Schaffer, 1983 ; Silberschatz, Curtis, Fretter et Kelly, 1988 ; Strupp, Schacht et Henry, 1988), paradoxalement, ce devis de recherche a été extrêmement négligé (Greenberg, 1999).

Le présent article vise à exposer de manière critique les deux modèles méthodologiques utilisés en psychologie clinique et à discuter de leur pertinence à l'étude sur le processus thérapeutique.

#### Devis de recherche classique en psychologie clinique

Deux principaux devis de recherche sont par tradition disponibles en psychologie clinique. L'un s'intéresse avant tout aux variations inter-sujets (intersubjects) et l'autre aux variations intra-sujet (intrasubject) (Hilliard, 1993). Chassan (1979) introduit le concept de méthode extensive pour parler du premier courant qui fait valoir principalement les comparaisons de groupes. La seconde tradition reçoit des appellations diverses : études à cas unique, méthode intensive (Chassan, 1979), N=1, études expérimentales à cas unique, etc. L'expression méthode intensive ne s'est pas complètement intégrée à l'usage pour désigner les études à cas unique et elle est

maintenant encore utilisée plutôt rarement (Kazdin, 1992). À tort selon nous, car elle offre l'avantage d'englober les études à cas unique ainsi que toutes celles qui s'intéressent aux variations intra-sujet, peu importe le nombre de cas. Il ne s'agit pas ici de présenter une critique générale de ces deux méthodes. Elles seront plutôt examinées spécifiquement en fonction de leur utilisation dans le cadre de l'étude du processus thérapeutique.

#### Modèle des Études Extensives

Calqué sur le modèle des sciences expérimentales, le protocole de recherche le plus commun en psychothérapie présente les caractéristiques suivantes (voir Campbell et Stanley, 1963) : (a) une comparaison d'un ou plusieurs groupes de sujets exposés à divers traitements « expérimentaux » à un ou plusieurs groupes de sujets exposés à des conditions dites de contrôle ; (b) l'attribution au hasard de chaque sujet à chacun des groupes ; et (c) un nombre relativement limité d'observations pour chaque sujet (c.-à-d. immédiatement avant le traitement, immédiatement après, six mois ou un an plus tard ; voir aussi Kazdin, 1992). Dans ce modèle, on vérifie une (des) hypothèse (s) par des comparaisons de groupes, en utilisant au minimum deux groupes<sup>1</sup> (par exemple, l'un expérimental, l'autre de contrôle). La méthode extensive s'inscrit dans une perspective transversale, selon laquelle les variations inter-sujets réfèrent aux différences entre les sujets ou « à travers » les sujets. L'individu contribue alors à un agglomérat (médiane, moyenne, etc.) qui décrit le groupe (Fonagy et Moran, 1993), comparé à un autre groupe ou avec lui-même sous d'autres conditions. Les différences à l'intérieur d'un même sujet sont négligées et relèvent de la variance d'erreur. L'approche corrélationnelle, qu'elle

soit univariée ou multivariée, cherche plutôt à établir la valeur d'équations de régression soit entre une variable et une autre, soit entre un ensemble de variables et une variable critère ou soit entre deux ensembles de variables. Ici encore, l'intérêt est de se prononcer sur le statut et la direction d'une relation valable pour un groupe de sujets, les écarts de tel sujet par rapport à la tendance centrale relevant ici aussi de l'erreur, plutôt que d'être objet d'étude.

Malgré la grande valeur de ce type de protocole et son usage courant, voire presque obligé et automatique (Kazdin, 1992), son utilisation est limitée par le fait qu'il est impossible d'identifier toutes les variables virtuellement pertinentes aux résultats (Chassan, 1979). Il est donc souvent plus compliqué qu'il n'y paraît à première vue d'utiliser une procédure de répartition au hasard ou d'appariement. Par exemple, certains patients présentent des caractéristiques qui les rendent en principe plus conformes à profiter d'un certain traitement dont l'efficacité est déjà démontrée par la recherche extensive. Mais leurs traits de personnalité ou leurs styles cognitifs, leur environnement psychosocial, des facteurs spécifiques de leur histoire ou des facteurs de tempérament peuvent les rendre moins réceptifs aux conditions du traitement et à la personnalité de l'intervenant. Tout ceci influencera par exemple la motivation à s'engager dans le processus, ce qui aura inévitablement un impact sur le succès de la thérapie (Elkin, Yamaguchi, Arnkoff, Glass, Sotsky et Krupnick 1999).

Selon un schéma explicatif fondé sur la causalité, la validité interne d'une étude en est la qualité essentielle (Parker, 1993). Il s'agit de s'assurer que les variations observées dans la (les) variable (s) dépendante (s) sont véritablement liées aux variations

de la (des) variable (s) indépendante (s), et non à d'autres facteurs et variables non reconnus. Ceci comporte l'élimination de l'influence possible, logique ou avérée, de toute autre variable ou source d'influence ou d'erreur. Par exemple, la dépression (bénigne à moyennement sévère) s'améliore avec le temps, peu importe la présence ou non d'un traitement. Il faut pouvoir comparer les effets du traitement après un an, exprimé en termes de taux de rechute, à ceux de sujets équivalents qui n'ont reçu aucun soin. La validité interne d'une étude concerne donc avant tout la possibilité d'inférer un lien de causalité entre la présence et l'absence d'une condition, dite expérimentale, et les variations concomitantes dans le phénomène à l'étude. En utilisant différents groupes de comparaison dans une étude, on contribue à augmenter sa validité interne. Cependant, même si l'utilisation d'un groupe contrôle est une façon très efficace d'améliorer la validité interne d'une étude (Roth et Fonagy, 1996), elle pose cependant des problèmes conceptuels, méthodologiques et éthiques nombreux, inhérents à sa visée méthodologique<sup>2</sup> qui en restreignent l'utilisation.

Trois devis de recherche contribuent à augmenter la validité interne (et aussi de construit) d'une étude et permettent d'estimer les effets du traitement sans utiliser de groupe contrôle ni de placebo. Il s'agit de la stratégie par démantèlement, du modèle paramétrique et du modèle constructif (Kazdin, 1994). Dans ces stratégies, on compare deux groupes ou plus dont une composante du traitement global varie. Par exemple, dans une étude évaluant le traitement de la phobie sociale, Mattick, Peters et Clarke (1989) ont comparé l'effet de la restructuration cognitive seule, à l'exposition aux situations angoissantes seule, à la combinaison de ces deux composantes. Les résultats indiquent

que la combinaison s'avère plus efficace que l'exposition ou la restructuration cognitive seulement. Mais, s'agit-il d'un effet spécifique de combinaison ou d'un effet non-spécifique de traitement qui présente plus de « crédibilité » parce qu'il semble plus complet? On voit ici se renouveler le débat autour des facteurs spécifiques et communs. De plus on ne peut savoir ici pourquoi chez tel sujet, le traitement s'est avéré non efficace, voire néfaste.

Dans ce domaine de la recherche en psychothérapie, la méthode extensive de comparaison des groupes est devenue plus sophistiquée, à la mesure des objectifs poursuivis (Kazdin, 1992). Une force incontournable de ce modèle est sa capacité de confirmer l'efficacité du traitement investigué (Jones, 1993). En termes de validité externe, il peut aussi espérer représenter toute une population. Il comporte cependant plusieurs limites qui restreignent sa pertinence dans l'étude du processus thérapeutique :

1. Comme on l'a vu, dans le modèle extensif, l'individu fait partie d'une agglomération et les données le concernant se perdent dans le processus d'établissement de la moyenne du groupe. D'importants résultats sont ainsi masqués en balayant les différences individuelles (Nugent, 1996). Par exemple, dans une étude sur le traitement de l'anxiété, un individu connaît une amélioration, un second une détérioration et un troisième ne bénéficie pas du traitement. Répétés sur plusieurs cas, ces résultats démontrent que le traitement dans l'ensemble n'a pas eu d'effet. Le résultat moyen est alors un reflet déformé des processus uniques pourtant survenus et camoufle l'histoire particulière de chacun (Kazdin, 1992). Un protocole intensif au contraire pourra révéler des interactions importantes entre les réponses et les conditions offertes, incluant la

qualité de la relation entre le patient et le thérapeute, les caractéristiques du thérapeute, les facteurs externes, etc.

2. Dans le même sens, l'évolution temporelle du processus de chacun des individus est impossible à repérer. Même dans le cas de deux sujets qui ont exactement les mêmes niveaux au pré-test et au post-test, le sujet A pourrait démontrer une courbe en U inversé, le sujet B une courbe en U, avec des scores identiques au pré-test et au post-test.

3. La difficulté, voire l'impossibilité de former des groupes homogènes, va au-delà des différences objectives. Ce phénomène existe dans le domaine de la recherche en psychothérapie. Strupp (1980a) a comparé les résultats d'une psychothérapie de deux clients « semblables » ayant eu le même thérapeute. Les deux clients, hommes du même âge, présentaient les mêmes symptômes d'anxiété et de dépression et exactement le même profil au MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Leurs réponses à la psychothérapie furent toutefois diamétralement opposées : un client a connu une amélioration significative de son état psychologique, alors que l'autre processus fut voué à l'échec. Cet exemple illustre aussi la complexité de la tâche qui consiste à tenter, pour le chercheur, de constituer des groupes « homogènes », à partir d'un appariement thérapeute-client qui s'effectue le plus souvent à partir de critères externes. L'un des plus grands obstacles d'une étude extensive est donc d'obtenir un échantillon homogène d'un nombre suffisamment grand de sujets avant de tenter de les répartir entre les groupes (Chassan, 1979).

Cette situation épistémologique particulière de l'entreprise psychothérapeutique, qui met au centre de ses préoccupations la construction de la signification, réduit considérablement les possibilités de généraliser les résultats normatifs découlant du modèle extensif à des sujets spécifiques (Nugent, 1996).

On note de plus une tension entre la validité interne et la validité externe (Roth et Fonagy, 1996). Pour répondre aux exigences de la validité interne d'une étude, il faudra souvent renoncer à une part de la validité externe, et vice-versa. Les études de comparaison de groupes, en voulant contrôler de mieux en mieux leur validité interne, tentent d'étudier des groupes qui sont de plus en plus homogènes. Ceci permet de dégager plus précisément ce qui explique le changement (p. ex., au sein de la psychothérapie). Cependant, elles deviennent par le fait même plus difficiles à généraliser pour les autres populations.

Pour la pratique clinique, les caractéristiques particulières du patient doivent servir de critère de sélection d'une approche spécifique de traitement, ou du choix entre deux traitements que l'on sait efficaces. Mais plus encore, ce qui se tramera dans le tissu unique des élaborations de sens issues de l'effort interprétatif et co-constructif de l'un et de l'autre, aura forcément un caractère unique. Les mêmes résultats devront nécessairement s'interpréter différemment pour différentes dyades patient-thérapeute. Supposons par exemple que pour tel groupe de sujets, les symptômes anxieux diminuent significativement suite à un traitement à court terme, qui comprend un travail de type paradoxal sur la respiration et la réaction à l'hyperventilation, une procédure d'exposition et une composante de restructuration cognitive (Klein, 1993 ; Ley, 1987).



Supposons encore que l'on constate à plus long terme et après-coup, des taux de rechute élevés, mais seulement chez les sujets qui présentent un trouble de la personnalité selon l'Axe II du DSM-IV (APA, 1994). Un chercheur pourra alors légitimement reprendre le travail et étudier les interactions entre la réponse au traitement et le trouble de personnalité. Mais cette logique d'analyse en composantes, si elle permet de faire avancer la connaissance d'un certain point de vue, ne rendra toutefois jamais compte du fait que pour tel sujet anxieux, avec tel trouble de la personnalité le thérapeute a su créer une situation favorable au maintien à long terme des gains, ou que le même thérapeute n'aura pas su faire en sorte qu'un sujet sans trouble de la personnalité se retrouve avec des rechutes. Utilisant un devis intensif, Howard, Martinovitch, Lutz et Hannöver (1997) ont comparé les différents cas de quatre thérapeutes. Le nombre de cas de chacun des thérapeutes se situait entre 40 et 53 cas ( $M = 46.25$ ). Dans l'ensemble, l'efficacité globale des thérapeutes était comparable. Cependant, certains thérapeutes ont obtenu des résultats plus favorables avec des problématiques plus sévères, alors que d'autres thérapeutes connaissaient plus de succès avec des problématiques plus légères. Cette étude souligne la pertinence d'une telle information pour la gestion des services de santé, mais elle illustre aussi le caractère unique de la rencontre entre le patient et le thérapeute.

4. La méthode extensive ne permet pas d'obtenir d'information concernant le contexte et la séquence des changements. En utilisant la moyenne du groupe, il est impossible de retracer l'information concernant l'amélioration d'un tel sujet. De plus, l'absence de multiples données sur le processus des individus rend la tâche impossible de retrouver avec précision ce qui a précédé et suivi la diminution de la

symptomatologie. L'analyse du contexte du symptôme (symptom-context method ; Luborsky et Auerbach, 1967) et l'analyse séquentielle (Holloway, Wampold et Nelson, 1990 ; Wampold, 1992 ; Wampold et Kim, 1989) ont le potentiel d'acquies de telles informations. Ces deux modèles seront traités dans la section sur les méthodes intensives.

En conclusion, quoique la méthode extensive permette d'établir des inférences causales valides, l'utilisation des groupes ne fait pas justice à la singularité de chaque cas. De plus, son utilisation n'est pas toujours nécessaire ni pertinente à la recherche du processus thérapeutique. La méthode extensive est par ailleurs totalement incapable de rendre compte de la construction historique et contextuelle de la signification. Enfin, l'évaluation et la validation d'inférences peuvent aussi s'accomplir au moyen d'études intensives à cas unique (Kazdin, 1992).

#### Modèle de l'Analyse Intensive

Avec la méthode intensive, l'agglomérat de nombreux sujets est évité, du moins dans un premier temps. La généralisation des résultats se fait plutôt par la reproduction (replication) du devis de la recherche au « cas par cas » (Hilliard, 1993). La méthode intensive implique un nombre restreint de sujets mais observés de manière systématique et répétée. La caractéristique la plus fondamentale de ce protocole de recherche est donc l'observation répétée d'une ou plusieurs variable (s) chez un même sujet (Chassan, 1979). Si les données sont ordinales ou par intervalle, la variation intra-sujet indique la variation dans le temps de la quantité de la variable. Par exemple, chez des sujets ayant un trouble de la personnalité état-limite, on notera sur une base hebdomadaire le nombre

de gestes suicidaires ou para-suicidaires, sur une année. Si les données sont nominales, la variation intra-sujet réfère alors à la variation dans le temps du niveau de la variable. Celle-ci est traditionnellement représentée par des codes qui correspondent aux différents niveaux de la variable nominale (Hilliard, 1993). Par exemple, dans le cours de séances de psychothérapie, on note l'état mental du patient et du thérapeute et ce, plusieurs fois dans une même séance, observant ainsi les variations des états mentaux à travers le temps (Audet, Bouchard, Wiethaeuper et St-Amand, 2001 ; Bouchard, Normandin et Séguin, 1995 ; Normandin, 1991). Le devis de recherche intensive s'inscrit dans une perspective longitudinale. L'objectif de cette méthode est de repérer toute variation intra-sujet d'une variable à travers le temps, et de comprendre cette variation en fonction de diverses conditions co-occurentes : des temps du traitement, des contextes relationnels, des variables d'une autre nature, etc.

#### Critères Permettant d'Évaluer la Validité d'une Étude Intensive

La validité d'un protocole intensif de recherche peut être évaluée à l'aide de plusieurs critères parmi les suivants. D'abord le type de données peut varier et celles-ci seront soit qualitatives (nominales), soit quantitatives (ordinales, par intervalle). Mais rien dans la définition du modèle intensif n'empêche de produire des données quantifiées reflétant la force de catégories nominales. Par exemple, les mécanismes de défense spécifiques peuvent être définis par autant de catégories nominales (Perry, 1993). Celles-ci, appliquées à un « verbatim » de séances de psychothérapies, peuvent ensuite être quantifiées par un décompte des mots qu'ils recouvrent. À son tour, cet indice peut faire l'objet d'études de fidélité, de validité et être soumis à divers traitements statistiques (voir

Lecours, Bouchard, St-Amand et Perry, 2000)<sup>3</sup>. Ensuite, dans un contexte de découverte, on vise à observer rigoureusement certains phénomènes afin de produire une hypothèse qui sera étudiée dans une recherche ultérieure (Reichenbach, 1955). Dans un contexte de justification, on tente de mettre à l'épreuve une hypothèse qui a déjà été formulée.

Contrairement à une notion fréquemment répétée, la méthode intensive n'est pas nécessairement limitée à un contexte de découverte, mais elle favorise nettement ce phénomène de mise en forme de faits nouveaux. Troisièmement, on peut se demander s'il est pertinent ou non dans l'étude de procéder à une manipulation de la variable indépendante par l'expérimentateur. Dans la recherche expérimentale, on manipule la variable indépendante, alors que la recherche à observation passive se caractérise par l'absence de cette manipulation (Cook et Campbell, 1979). Cette différence est essentielle, mais sa présence ou son absence ne constitue pas un critère absolu. Ainsi, pour ce qui est de la qualité relationnelle, il est difficile d'imaginer de faire varier sciemment cette dimension sans faire entorse à la déontologie. Mieux vaut observer ce qui se développe spontanément, en caractère positif ou négatif, et cela se produit régulièrement, pour ensuite en décrire soigneusement les tenants et les aboutissants, dans une logique intensive et naturaliste.

Les catégories de protocoles peuvent varier également, de l'étude de cas clinique classique à l'étude expérimentale, à l'étude de cas quantitative (et quasi-expérimentale, voir Bouchard, Earls et Fortin, 1987). Avec l'étude de cas cliniques, les phénomènes sont observés de manière qualitative, il n'y a pas de manipulation de la variable indépendante, ni souvent, d'observateurs extérieurs. Dans le champ de la psychologie

clinique, cette approche a été associée à la psychanalyse. Cependant, dans le domaine de la recherche en psychanalyse, on retrouve aussi d'autres types de devis. Par exemple, Waldron, Scharf, Crouse, Firenstein, Burton et Hurst (2000) ont enregistré des séances d'analyses qui sont ensuite transcrites « verbatim ». Par la suite, des analystes d'expérience codifient le matériel de manière indépendante en utilisant des mesures de processus qui sont réparties sur un ensemble de séances ; on obtient ainsi une recherche qualitative et quantitative mixte.

L'étude de cas expérimentale implique l'utilisation de données quantitatives et la manipulation active de la variable indépendante. Grandement utilisés dans le champ des études en psychologie comportementale, ces protocoles ont atteint un niveau élevé de sophistication (Hilliard, 1993). Le devis classique utilisé ici est le modèle « ABAB ». Dans celui-ci, la performance du sujet est observée à travers le temps et on modifie les conditions expérimentales au cours de l'investigation, qui passent ainsi de A à B. Par exemple, Deitz (1977) a étudié l'effet des comportements d'un professeur sur un élève avec retard mental, qui souvent parlait très fort en classe. On observa d'abord sur plusieurs jours et sans intervenir (condition A) la fréquence du comportement perturbateur. Ensuite on a introduit la condition expérimentale (B), qui consistait à présenter un programme de renforcement à l'élève, s'il réussit à réduire à trois fois ou moins cette fréquence quotidienne. Deitz (1977) a ensuite répété ces deux conditions et il a observé des variations systématiques conformes à l'analyse fonctionnelle des conséquences. Ces protocoles supposent que le comportement est sous contrôle d'une variable environnementale qui peut être manipulée par le chercheur, et que la

fonctionnalité se jouera, sans mémoire, lorsque la séquence A-B est répétée. On voit immédiatement les limites de cette approche dans le contexte de la plupart des situations de psychothérapie.

L'étude de cas avec analyse quantitative est moins bien définie et du point de vue historique, son identité est la moins bien établie (Hilliard, 1993). Ces protocoles se retrouvent en plus au cœur du débat qui oppose la recherche quantitative à la recherche qualitative. Si leur définition est encore en évolution, on peut néanmoins tenter de les cerner de la manière suivante. Il est exact de les considérer comme des protocoles de nature quasi-expérimentale (Fonagy et Moran, 1993), dans la mesure où on y observe sur une base continue les phénomènes à l'étude, en utilisant des données quantitatives et qualitatives (voir aussi Moran et Fonagy, 1987). Ce qui les distingue des protocoles expérimentaux est surtout l'absence de manipulation active au profit d'une observation dite « passive » de phénomènes spontanés. On y effectuera des séries chronologiques (Gaston et Marmar, 1989 ; Gottman, 1981) et on procédera à des analyses séquentielles (Holloway et al., 1990 ; Wampold, 1992 ; Wampold et Kim, 1989). De plus, l'analyse de contenu avec juges indépendants et assistée par ordinateur sera également mise à profit (Lecours et al., 2000). L'inférence qu'un lien de causalité aura ou non été établi tiendra compte ici de deux éléments essentiels : le contexte, unique à chaque dyade, et la répétition systématique de la variation intra-sujet, sur plusieurs cas.

#### Avantages de la Recherche Intensive

Le modèle intensif est très sensible aux différences intra-sujet. On pourra chercher à évaluer l'impact de l'activité interprétative du thérapeute (clarification,

confrontation, interprétation) sur la qualité des associations subséquentes du patient, par exemple à l'aide d'un instrument, l'Analytic Process Scale (APS ; Sharf, Waldron, Firestein, Goldberger et Burton, 1999). Comme nous l'avons discuté plus haut, la qualité des productions du patient peut soit augmenter, soit diminuer, soit rester la même, autant de situations qui seraient confondues par la statistique moyenne. Et on pourrait à tort conclure que le travail interprétatif n'a pas d'effet. S'intéressant par contre de manière intensive au même phénomène, on pourra démontrer que chez le sujet A, plutôt que B ou C, l'interprétation a eu un effet précis (favorable ou autre). Il sera alors possible de tenter d'évaluer les caractéristiques inter-individuelles ou extra-dyades associées à ces effets différentiels. Enfin, un protocole intensif pourra aussi permettre d'observer des écarts systématiques dans la réponse à l'interprétation, entre une condition d'observation et une autre. Par exemple, le sujet peut répondre favorablement mais seulement lorsque l'interprétation n'est pas liée au transfert et donc lorsque le thérapeute n'aborde pas ce qui peut s'observer et se rejouer dans la relation avec lui. Une telle observation peut ensuite inciter à considérer cette réaction comme une façon de maintenir un sentiment de sécurité devant des remarques perçues comme intrusives ou blâmantes (variables de contexte et de signification uniques). Les devis intensifs permettent d'obtenir une description de l'évolution temporelle de différentes variables pour un patient spécifique. Ceci offre des données immédiates et diversifiées sur la façon dont le traitement évolue, se « co-construit » ou « co-détruit », etc. Ces protocoles offrent également l'opportunité de tenir compte du contexte et de la séquence des événements. Autrement dit, l'approche

intensive peut espérer commencer à rendre compte du caractère historique, narratif et si déterminé par le contexte de l'évolution de cette rencontre humaine particulière.

### Limites de la Recherche Intensive

Une recherche intensive, au mieux, permet de conclure de manière raisonnée qu'un phénomène soigneusement observé s'est bel et bien produit, dans une situation singulière. On peut vouloir s'arrêter là. Et si on se contente d'une seule observation intensive, si on ne cherche pas à répéter le phénomène observé une première fois, avec d'autres cas, d'autres thérapeutes, d'autres contextes, on réduit considérablement la portée des résultats dont la généralisation est alors limitée sinon nulle (Nugent, 1996). Supposons en effet qu'un résultat systématique démontre la présence de cycles négatifs d'influence mutuelle entre un patient narcissique et fuyant qui se rend inaccessible et un thérapeute (ainsi mis à l'écart ou attaqué) qui est porté à s'en défendre par une attitude complémentaire de blâme implicite. Ce résultat peut avoir été démontré pour cette paire particulière, constituée de la rencontre de deux individus uniques. Il restera à élaborer des patrons structurellement et fonctionnellement équivalents, du narcissisme fuyant de l'un au blâme de l'autre, avec d'autres paires. Rien dans le principe des méthodes intensives n'empêche de telles répétitions systématiques. Dans la pratique, cependant, il reste beaucoup à faire. Comme le signale Thorngate (cité dans Hilliard, 1993), si l'on veut saisir ce que les gens font de façon générale, il faut d'abord découvrir ce que chacun fait en particulier, et ensuite déterminer ce que ces particularités ont en commun. La généralisation des résultats ne serait donc pas déterminée par les moyennes de groupe, mais par la reproduction des résultats sur une base de cas par cas. La reproduction a ici



un statut binaire : oui ou non, c'est reproduit. Rien n'empêche toutefois en plus d'agglomérer les données sur plusieurs cas et ainsi de bénéficier de certains des avantages du modèle groupal et statistique.

On distingue deux types de reproduction des résultats (Hilliard, 1993). Lors de la reproduction directe (direct replication), on espère retrouver les mêmes résultats avec des patients « semblables » du point de vue des variables qui affectent le phénomène d'intérêt. En ce qui concerne la reproduction systématique (systematic replication), on tente de démontrer qu'un rapport fonctionnel varie d'un type de cas à un autre, selon le jeu des différences entre les cas sur une variable particulière. Dans une série d'études novatrices, Strupp (1980a, 1980b, 1980c, 1980d) propose quatre comparaisons, chacune comparant deux patients qui ont été traités par le même thérapeute, où l'un a connu un succès et l'autre un échec. Ces études ont permis de conclure que la qualité de l'interaction thérapeute-patient est un déterminant majeur du bon ou du mauvais résultat d'une psychothérapie. Plusieurs signalent qu'il est temps que ce type d'études à cas unique (offrant à la fois une reproduction systématique et directe) devienne la règle plutôt que l'exception dans le champ de la recherche en psychothérapie (Hilliard, 1993). Si les périodiques semblent accueillir ce genre d'études, les conditions actuelles d'attribution des fonds de recherche ne favorisent toutefois pas toujours ce genre d'initiatives, les chercheurs trouvant plus prudent de se confiner à l'exposé de protocoles extensifs.

Une des approches traditionnelles pour l'interprétation des données des études à cas unique est la visualisation des résultats sur graphique. Or, les différences peuvent

apparaître plus accentuées sur un graphique. On peut alors croire observer des différences qui sont en fait statistiquement inexistantes (erreur de type I ; voir Nugent, 1996).

Les études intensives connaissent aussi des problèmes statistiques qui leur sont propres et qui viennent principalement de la possibilité d'une auto-corrélation dans les données (Nugent, 1996). Par exemple, si en codifiant la variation de la variable « état mental du patient » à l'intérieur d'une séance, au premier temps, le patient est dans un mode réflexif, l'hypothèse soulevée ici est que la probabilité qu'il le soit aussi au deuxième temps est plus grande que la probabilité qu'il se retrouve dans un autre mode. Si tel est le cas, on dira alors que les données sont auto-corrélées. Si par contre les résultats démontrent que la présence de l'état mental réflexif du patient est influencée par l'état mental du thérapeute, il s'agira d'une corrélation transversale (cross-correlation).

Finalement, la méthode intensive est limitée dans sa capacité de comparer l'effet relatif de différentes procédures de traitement, ce qui répond plutôt à une fonction de la méthode extensive (Nugent, 1996).

Limites pratiques. Si une approche intensive semble s'imposer, cela ne va pas toutefois sans certaines limites pratiques. L'idéal serait bien sûr d'obtenir suffisamment de cas afin de valider un modèle théorique et en même temps procéder à une analyse intensive de chacun des processus thérapeutiques. Par exemple, dans une étude récente (Audet et al., 2001), nous avons comparé deux débuts de psychothérapie de deux patientes avec un même thérapeute. La première paire a connu une interruption

prématurée après 14 séances. La seconde s'est déroulée de manière favorable sur plus de 200 séances. Pour la première paire, une dizaine de coteurs ont eu à prendre en tout au-delà de 5200 décisions afin de procéder à la codification des transcriptions des 14 séances au moyen des quatre instruments utilisés pour cette étude. À cela on doit ajouter un nombre important d'heures de discussion pour les consensus. Il est difficile d'imaginer construire un échantillon de 30 sujets dans ces conditions... Mais, en revanche, il serait nécessaire et faisable de procéder à une reproduction avec un autre thérapeute et avec des conditions comparables dans les transferts des patients. Par exemple, nous pourrions comparer des patients ayant le même diagnostic structural (p.ex., névrotique) avec des thérapeutes différents. Ainsi, les mesures de la qualité des relations d'objet et des mécanismes de défense pourraient, entre autres, servir à l'établissement du diagnostic. Inversement, il serait possible d'étudier le même thérapeute avec des patients dont les transferts sont contrastés. Par exemple, on pourrait comparer le même thérapeute dans deux conditions différentes, en étudiant des traitements thérapeutiques avec des patients différents (p. ex., l'un étant dans un registre structural névrotique, l'autre état-limite).

#### Le Devis Intensif dans l'Analyse du Processus Thérapeutique

Il est maintenant répété avec force par les autorités les plus respectées dans le domaine que l'avancement de l'étude empirique des variables liées au changement thérapeutique doit procéder notamment par une intensification de l'effort d'analyse intensive de dyades thérapeutiques. Ces équipes de chercheurs appartenant à des traditions diverses proposent de plus en plus des modèles méthodologiques qui relèvent

de l'approche intensive (Ablon et Jones, 1999 ; Dahl et al., 1988 ; Gedo, 1999 ; Gedo et Schaffer, 1989 ; Greenberg, 1986, 1999 ; Rice et Greenberg, 1984 ; Schaffer, 1983 ; Silberschatz et Curtis, 1993 ; Silberschatz et al., 1988 ; Strupp et al., 1988). Mais alors que la recherche en psychothérapie s'intéresse davantage à l'étude du processus, la méthode utilisée connaît inévitablement des changements qui, dans la mise à l'épreuve des hypothèses, tentent d'aller au-delà de la manipulation et du contrôle expérimental. Plutôt que de traiter le processus thérapeutique comme une boîte noire en regardant seulement les variables d'« input » et d'« output », ces auteurs insistent sur la nécessité d'étudier les séquences complexes et les patrons d'interaction qui se déploient au sein de cette forme particulière de relation humaine qu'est toute entreprise psychothérapeutique.

Greenberg (1999) rappelle que la recherche scientifique comprend quatre étapes séquentielles : l'observation, la mesure, l'explication et la prédiction. Selon lui, une faible attention a été accordée aux étapes initiales. De fait, il croit que la première étape, l'observation intensive et rigoureuse de la façon dont le changement thérapeutique se produit, a été très négligée. Par exemple, les chercheurs se sont davantage intéressés à démontrer l'efficacité de la psychothérapie en comparant des groupes de sujets. Ensuite, les études ont grandement porté sur la comparaison des différentes approches. Dans de telles études, l'objectif n'est pas de découvrir la façon dont le changement se produit, mais plutôt d'évaluer s'il se produit ou non. Or, Greenberg (1999) croit que l'étape d'observation est essentielle pour pouvoir proposer des explications et des prédictions par la suite.

La pertinence d'utiliser les études de cas émerge aussi de résultats inconsistants à propos du lien entre l'activité du thérapeute et le résultat de la thérapie qui s'expliquent en partie par l'utilisation d'une méthode inadéquate dans la plusieurs des études sur le processus thérapeutique (Elliott, 1984 ; Greenberg, 1986 ; Schaffer, 1983). Selon ces auteurs, la plupart des recherches sur le processus se basent sur le faux postulat qu'il y a peu de variance d'un patient à l'autre, d'un thérapeute à l'autre et d'un même traitement à l'autre. Selon Kiesler (1966), ce « mythe de l'homogénéité » affaiblit plusieurs études et ainsi deux éléments extrêmement importants sont souvent oubliés : le contexte et la séquence des événements (Rice et Greenberg, 1984 ; Schaffer, 1983). Par exemple, l'effet d'une variable du thérapeute sur le processus comme l'empathie serait dû à sa présence ou à son absence à un moment critique et non pas à l'empathie moyenne du thérapeute ou le fait qu'il soit empathique ou non de façon générale (Schaffer, 1983).

Il semble qu'au moment de l'application des méthodes statistiques, les chercheurs ont tendance à oublier le contexte des événements qu'ils évaluent. Avec peu d'exceptions, la recherche sur le processus thérapeutique utilise des fréquences, des proportions et des moyennes pour vérifier des hypothèses qui ignorent le contexte et la séquence des événements (Schaffer, 1983). La notion même d'événement psychothérapeutique aurait avantage à être examinée et définie de manière plus systématique, soutenue et rigoureuse.

Espérant ainsi éviter le « mythe de l'uniformité » (Kiesler, 1966), des chercheurs identifient et analysent des moments critiques sur le plan clinique et des moments « clés » dans le processus thérapeutique. Ceci permet d'étudier les relations complexes

qu'entretiennent le processus et le résultat de la thérapie (Elliott, 1984 ; Gedo et Schaffer, 1989 ; Greenberg, 1986 ; Schaffer, 1983). Cette voie qui accorde une attention plus rigoureuse et pointue aux changements particuliers est très prometteuse (Rice et Greenberg, 1984) et encourage l'analyse intensive de l'activité du thérapeute dans son contexte et aussi l'analyse de séquence (Schaffer, 1983). Greenberg (1986), pour sa part, plaide en faveur d'une analyse plus microscopique, centrée sur le contexte, ce qui inclut l'analyse d'un événement cliniquement important. Mahrer et Nadler (1986) se concentrent sur les « bons moments » d'une psychothérapie et citent les éléments qui caractérisent de tels incidents. Russell et Trull (1986) ont critiqué les approches qui utilisent des fréquences de mots pour étudier le processus de psychothérapie parce que cette méthode n'arrive pas à illustrer l'interaction entre le patient et le thérapeute. Ils proposent plutôt d'utiliser une approche en séquence pour étudier le discours du patient et du thérapeute.

#### Analyse Séquentielle

L'accent grandissant face à l'étude de l'interaction thérapeute-patient et la reconnaissance de l'influence mutuelle entre les participants en psychothérapie ont stimulé le développement de méthodes statistiques plus sophistiquées comme l'analyse en séquence. Le but de l'analyse séquentielle est de déceler des patrons (patterns) d'interaction au sein d'une dyade. Les patrons représentent des dépendances systématiques entre les comportements observés au sein d'une séquence. Wampold (1992) propose un modèle d'analyse séquentielle afin d'étudier l'interaction patient-thérapeute en psychothérapie. Son modèle permet de quantifier « l'influence » d'un

participant sur l'autre, déterminée par la robustesse statistique d'une séquence précise comparativement au hasard. Ceci permet d'inférer des patrons d'interaction significatifs dans la relation. Par exemple, Wiethaeuper, Bouchard, Audet et St-Amand (2001) ont comparé deux psychothérapies offertes par le même thérapeute en utilisant le modèle statistique proposé par Wampold. Les analyses séquentielles ont démontré des interactions linguistiques spécifiques pour chacune des paires.

Dans les premières études intensives sur le processus thérapeutique, Luborsky a élaboré la méthode du contexte d'apparition du symptôme, qui consiste à repérer l'émergence d'un symptôme particulier (mal de tête, d'estomac, etc.) chez un patient et de comparer ce qui précède et suit cet événement, notamment à travers plusieurs séances. Les symptômes à étudier sont d'abord identifiés à travers les séances. Par la suite, on délimite un nombre de mots (variant entre 100 et 500) qui précèdent et qui suivent la production du symptôme ciblé. En cotant les co-variations des autres facteurs avant et après, il est possible de saisir et de définir le processus de l'émergence d'un tel symptôme. Luborsky et Auerbach (1967) ont ainsi étudié le contexte d'émergence d'un « blanc de mémoire ». Ils ont constaté que dans ce qui précède immédiatement cet événement, le patient faisait plus fréquemment référence au thérapeute. Chez un autre cas, les auteurs ont trouvé que le sentiment d'impuissance apparaissait de façon significativement plus grande avant l'apparition d'un mal à l'estomac. Ces liens entre conflit présumé ou affect précis et émergence d'un symptôme sont spécifiés dans chaque situation. Une suite d'événements est évaluée chez un même individu et il est possible de répéter les observations sur plusieurs cas. Cette méthode intensive comporte aussi des

limites que nous discuterons. Elle doit notamment être enrichie de l'apport de l'analyse qualitative.

L'analyse séquentielle est extrêmement pertinente dans un courant qui reconnaît de plus en plus l'influence mutuelle entre les participants d'une dyade thérapeutique. Elle permet aussi d'évaluer les « micro-impacts » à l'intérieur d'une même séance et ainsi de tisser des ponts entre les recherches sur les résultats et celles qui portent sur le processus. L'utilité de telles analyses intensives d'un petit nombre de sujets est reconnue pour étudier l'interaction patient-thérapeute (Kazdin 1994). Paradoxalement, malgré le fait que plusieurs avancent que ce type d'analyse est essentiel, les études empiriques utilisant ces méthodes sont encore très rares (Greenberg, 1999 ; Silberschatz et al., 1988).

Hill, Carter et O'Farrell (1983) et Howard (1983), parmi d'autres, sont plus sceptiques quant à la capacité de l'analyse séquentielle à saisir ce que l'on observe cliniquement dans une interaction. Ils signalent, par exemple, que ce modèle n'identifie que les relations à proximité temporelle étroite, qui réfèrent à un comportement et à celui qui le suit immédiatement. Autrement dit, on ne réalise que des analyses avec écart immédiat de 1 (lag = 1). Ce modèle ne peut dès lors saisir l'impact du thérapeute qui serait visible dans deux, trois ou plusieurs unités d'analyses subséquentes (à moyen et à long terme). De plus, l'analyse séquentielle suppose implicitement que l'interaction est stationnaire et qu'elle ne se modifie pas au cours du processus. Il est toutefois possible de contourner cette limite en divisant le processus par phases ou par séances plutôt que de considérer tout le processus. Encore une fois, on peut combiner la modalité nominale



et qualitative et la modalité quantitative (ici, les séquences). Il est possible également de comparer les patrons d'interaction qui précèdent et qui suivent un événement critique en psychothérapie. Holloway et al. (1990) ont, par exemple, examiné l'impact des interventions paradoxales dans le cadre d'une psychothérapie conjugale. En comparant les patrons d'interactions au sein du couple dans les moments qui précèdent une intervention paradoxale et les moments qui la suivent, ils observent que certaines interactions diffèrent de façon significative. Cette méthode raffinée illustre la complémentarité possible de l'analyse séquentielle et de l'analyse du contexte du symptôme (Luborsky et Auerbach, 1967) en utilisant l'intervention paradoxale comme critère du « symptôme ».

### Conclusion

Cet article visait à discuter des enjeux méthodologiques rencontrés dans le domaine de la recherche en psychothérapie. La présentation des deux principaux modèles méthodologiques utilisés en psychologie clinique semble indiquer que le choix d'un devis de recherche pertinent ne devrait pas seulement dépendre de ses caractéristiques, de ses avantages et de ses limites, mais aussi et surtout des buts de la recherche en question et de la capacité du protocole à saisir en les respectant les phénomènes que la recherche veut étudier.

Dans ce sens, un regard sur l'évolution de la recherche en psychothérapie de façon parallèle nous éclaire sur les réaménagements majeurs qui se sont produits dans le domaine au niveau méthodologique et nous indique les choix pertinents à faire à ce niveau. Quelques découvertes majeures ont eu un impact important au niveau

méthodologique. D'abord, la confirmation que la psychothérapie est efficace de façon générale. Ensuite, l'affirmation que les différentes approches thérapeutiques s'équivalent (Luborsky et al., 1975). Ceci nous a conduit à réaliser que des facteurs communs, notamment au niveau de la relation thérapeutique, contribueraient au changement thérapeutique. Les objectifs de recherche ont donc évolué. Maintenant, on ne vise plus seulement à saisir les ingrédients responsables du résultat, mais on tente de comprendre l'inter-influence entre les participants, la technique propre et le résultat de la thérapie (Butler et Strupp, 1986). Le modèle extensif s'avère très puissant pour démontrer l'efficacité d'un traitement. Or, il devient moins « efficace » lorsque l'on s'intéresse à comprendre « comment » le changement favorable s'effectue en psychothérapie. Le modèle intensif possède des caractéristiques qui le rend plus apte à mettre en lumière un tel processus.

La difficulté de généraliser les résultats est une critique importante fréquemment formulée à l'endroit des études intensives. Elles en perdent souvent de la valeur et du crédit auprès de la communauté scientifique. Mais, selon Jones (1993), ce point de vue reflète un manque de clarté à propos des possibilités d'inférences offertes par les études à cas unique, spécialement lorsque des reproductions sont effectuées. De plus, l'étude intensive, parce qu'elle est basée sur de nombreuses observations d'un individu à travers le temps, apporte des informations opérationnelles riches du point de vue de la logique de la découverte et celui de l'application clinique immédiate. Ceci diffère du nombre plus restreint d'observations (p. ex., pré-test et post-test) sur un grand nombre d'individus (Chassan, 1979). L'hétérogénéité des caractéristiques des grands

échantillons et le fait que les résultats représentent la moyenne du groupe ont des conséquences négatives : les résultats manquent de spécificité et de précision (Jones, 1993). Plus l'hétérogénéité du groupe est grande, moins les données arrivent à spécifier les variables qui sont responsables de l'effet obtenu (Jones, 1993). De plus, les méthodes statistiques rencontrent des limites particulières lorsqu'elles sont utilisées dans le champ clinique de la psychologie. Ceci pose à nouveau le problème de l'interprétation d'une différence « statistiquement significative » versus une différence « cliniquement significative ». En s'intéressant à ce qui est statistiquement significatif, on laisse de côté de riches informations.

La méthode intensive est solidement recommandée dans la recherche sur le processus thérapeutique. Elle est mieux outillée pour saisir la variation intra-sujet d'un facteur particulier au cours d'un traitement, l'interaction thérapeute-patient, etc. Or, l'application de la méthode intensive comporte plusieurs limites et défis à relever. Si elle porte une attention particulière et unique au processus des individus, telle qu'elle se définit le plus souvent encore, elle ne conduit pas nécessairement le chercheur à inclure l'étude systématique du contexte ou de la séquence des événements. C'est sans doute là l'un des bénéfices possibles du débat récurrent entre approches quantitatives et approches qualitatives. Ces dernières risquent en tout cas de trouver une niche plus favorable du côté des méthodes intensives, dont elles peuvent enrichir la valeur, du moins dans le contexte de la recherche en psychothérapie. Cette complémentarité de la recherche qualitative et du devis intensif quantitatif comporte, selon nous, des avantages uniques qu'il reste à développer et à mettre en application.

Références

- Ablon, J. S. et Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of depression collaborative research program. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 64-75.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistic manual of mental disorders (4e éd.). Washington, D.C. : Author.
- Audet, C., Bouchard, M. A., Wiethaeuper, D. et St-Amand, P. (2001, juin). Quality of psychotherapeutic relationship in two contrasted beginnings offered by the same therapist: Premature termination versus positive outcome.  
Communication présentée au 32<sup>e</sup> congrès annuel de la Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.
- Bachelor, A. et Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, L. Duncan et S. D. Miller (Éds), The heart and soul of change: What works in psychotherapy (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bänninger-Huber, E. et Widmer, C. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. Psychotherapy Research, 9, 74-87.
- Binder, J. L. et Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. Clinical Psychology: Science and Practice, 4, 121-139.
- Borkovec, T. D. et Miranda, J. (1999). Between-group psychotherapy outcome research and basic science. Journal of Clinical Psychology, 55, 147-158.

Bouchard, M. A., Earls, C. et Fortin, A. (1987). Plans de recherche quasi-expérimentaux.

In M. Robert (Éd.), Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie (pp. 167-190). Saint-Hyacinthe: Edisem ; Paris: Maloine.

Bouchard, M. A., Normandin, L. et Séguin, M. H. (1995). Countertransference as an instrument and an obstacle: A comprehensive and descriptive framework.

Psychoanalytic Quartely, 64, 717-745.

Butler, S. F. et Strupp, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research.

Psychotherapy, 23, 30-40.

Campbell, D. T. et Stanley, J. C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research. Chicago: Rand McNally College Publishing.

Castonguay, L. G., Newman, M. G., Borkovec, T. D., Schut, A. J., Kasoff, M. B. et Hines, Ch. E. (2001, juin). Client's emotion in integrative psychotherapy.

Communication présentée au 32<sup>e</sup> congrès annuel de la Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.

Chassan, J. B. (1979). Research design in clinical psychology and psychiatry (2<sup>e</sup> éd.). New York: Halsted press.

Cook, T. C. et Campbell, D. T. (1979). Quasi-experimentation design and analysis issues for field settings. Chicago: Rand McNally College Publishing.

Dahl, H., Kächele, H. et Thomä, H. (Éds). (1988). Psychoanalytic process research strategies. Berlin: Springer-Verlag.

- Daoust, 1990, F. (1990). Système d'Analyse de Texte par Ordinateur (SATO): Manuel de référence. Université du Québec à Montréal.
- Deitz, S. M. (1977). Analysis of programming DRL schedules in educational settings. Behavior Research and Therapy, 15, 103-111.
- Elkin, I., Yamaguchi, J. L., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Sotsky, S. M. et Krupnick, J. L. (1999). "Patient-Treatment Fit" and early engagement in therapy. Psychotherapy Research, 9, 437-451.
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. N. Rice et L. S. Greenberg (Éds), Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process (pp. 249-286). New York, London: The Guilford Press.
- Fonagy, P. et Moran, G. (1993). Selecting single case research design for clinicians. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber et J. P. Dochety (Éds), Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice (pp. 62-95). New York: Basic Books.
- Gaston, L. et Marmar, C. R. (1989). Quantitative and qualitative analyses for psychotherapy research: Integration through time-series designs. Psychotherapy, 26, 169-176.
- Gedo, P. M. (1999). Single case studies in psychotherapy research. Psychoanalytic Psychology, 16, 274-280.
- Gedo, P. M. et Schaffer, N. D. (1989). An empirical approach to studying psychoanalytic process. Psychoanalytic psychology, 6, 277-291.

- Gottman, J. M. (1981). Time-series analysis: A comprehensive introduction for social scientists. Cambridge: Cambridge University Press.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 4-9.
- Greenberg, L. S. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change processes. Journal of Clinical Psychology, 55, 1467-1480.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. et Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 27-31.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. et Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 768-774.
- Hill, C. E., Carter, J. A. et O'Farrell, M. K. (1983). A case study of the process and outcome of time-limited counseling. Journal of Counseling Psychology, 30, 3-18.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 373-380.
- Holloway, E. L., Wampold, B. E. et Nelson, M. (1990). Use of a paradoxical intervention with a couple: An interactional analysis. Journal of Family Psychology, 3, 385-402.
- Howard, G. S. (1983). Toward methodological pluralism. Journal of Counseling Psychology, 30, 19-21.

- Howard, K. I., Martinovich, Z., Lutz, W. et Hannover, W. (1997). An empirical basis for case assignment [CD-ROM]. In H. Kächele, E. Mergenthaler et R. Krause (Éds), Psychoanalytic process research strategies II, 20th Ulm workshop of empirical research in psychoanalysis. ISBN 3-926002-12-3.
- Jones, E. E. (1993). Introduction to special section: Single-case research in psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 371-372.
- Kazdin, A. E. (1992). Research design in clinical psychology (2e éd.). Boston: Allyn and Bacon.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In S. L. Garfield et A. E. Bergin (Éds), Handbook of psychotherapy and behavior change (4e éd., pp. 19-71). New York: Wiley.
- Kiesler, D. J. (1966). Basic methodologic issues implicit in psychotherapy process research. American Journal of Psychotherapy, 20, 135-155.
- Klein, D. F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: An integrative hypothesis. Archives of General Psychiatry, 50, 306-317.
- Lecours, S., Bouchard, M. A., St-Amand, P. et Perry, J. C. (2000). Assessing verbal elaboration of affect in psychotherapy: A preliminary report and single case study. Psychotherapy Research, 10, 47-56.
- Ley, R. (1987). Panic disorder and agoraphobia: Fear of fear or fear of the symptoms produced by hyperventilation? Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 18, 305-316.



- Luborsky, L. et Auerbach, A. H. (1967). The symptom-context method: Quantitative studies of symptom formation in psychotherapy. Journal of the American Psychoanalytic Association, 17, 68-99.
- Luborsky, L., Singer, B. et Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? Archives of General Psychiatry, 32, 995-1008.
- Mahrer, A. R. et Nadler, W. P. (1986). Good moments in psychotherapy: A preliminary review, a list and some promising research avenues. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 10-15.
- Mattick, R. P., Peters, L. et Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. Behavior Therapy, 20, 3-23.
- Moran, G. S., Fonagy, P. (1987). Psychoanalysis and diabetic control: A single-case study. British Journal of Medical Psychology, 60, 357-372.
- Normandin, L. (1991). La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutique. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Nugent, W. R. (1996). Integrating single-case and group comparison designs for evaluation research. Journal of Applied Behavioral Science, 32, 209-226.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. et Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In S. L. Garfield et A. E. Bergin (Éds), Handbook of psychotherapy and behavior change (4e éd., pp. 270-376). New York: Wiley.

- Parker, R. M. (1993). Threats to the validity of research. Rehabilitation Counseling Bulletin, 36, 130-138.
- Perry, J. C. (1993). Defenses and their effects. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber et J. P. Docherty (Éds), Psychodynamic treatment research (pp. 274-306). New York: Basic Books.
- Reichenbach, H. (1955). L'avènement de la philosophie scientifique. Paris: Flammarion.
- Rice, L. N. et Greenberg, L. S. (1984). Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process. New York: The Guilford Press.
- Roth, A. et Fonagy, P. (1996). What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York, London: The Guilford Press.
- Russell, R. L. et Trull, T. J. (1986). Sequential analyses of language variables in psychotherapy process research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 16-21.
- Saunders, S. M. (2000). Examining the relationship between the therapeutic bond and the phases of treatment outcome. Psychotherapy, 37, 206-218.
- Schaffer, N. D. (1983). The context of therapist behavior and outcome prediction. Professional Psychology: Research and Practice, 14, 656-669.
- Sharf, R. D., Waldron, S., Firestein, S. K., Goldberger, M. et Burton, A. M. (1999). The Analytic Process Scales (APS). Manuel de cotation. Document inédit, New York.

- Silberschatz, G. et Curtis, J. T. (1993). Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 403-411.
- Silberschatz, G., Curtis, J. T., Fretter, P. B. et Kelly, T. J. (1988). Testing hypotheses of psychotherapeutic change processes. In H. Dahl, H. Kächele et H. Thomä (Éds), Psychoanalytic process research strategies (pp. 129-145). Berlin: Springer-Verlag.
- Smith, M. L. et Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. American Psychologist, 32, 752-760.
- Strupp, H. H. (1980a). Success and failure in time limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases: Comparison 1. Archives of General Psychiatry, 37, 595-603.
- Strupp, H. H. (1980b). Success and failure in time limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases: Comparison 2. Archives of General Psychiatry, 37, 708-716.
- Strupp, H. H. (1980c). Success and failure in time limited psychotherapy: With special reference to the performance of a lay counselor. Archives of General Psychiatry, 37, 831-841.
- Strupp, H. H. (1980d). Success and failure in time limited psychotherapy: Further evidence (comparison 4). Archives of General Psychiatry, 37, 947-954.

- Strupp, H. H., Schacht, T. E. et Henry, W. P. (1988). Problem-treatment-outcome congruence: A principle whose time has come. In H. Dahl, H. Kächele et H. Thomä (Éds), Psychoanalytic process research strategies (pp. 1-14). Berlin: Springer-Verlag.
- Waldron, S., Scharf, R. D., Crouse, J., Firenstein, S. K., Burton, A. et Hurst, D. (2000, mars). Saying the right thing at the right time: Psychoanalytic interventions of good quality lead to immediate patient productivity. Communication présentée à la Joseph Sandler Research Conference, Londres, Angleterre.
- Wampold, B. E. (1992). The intensive examination of social interactions. In T. R. Kratochwill et J. R. Levin (Éds), Single-case research design and analysis: New directions for psychology and education (pp. 93-131). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. et Kim, K. (1989). Sequential analysis applied to counseling process and outcome: A case study revisited. Journal of Counseling Psychology, 36, 357-364.
- Wiethaeuper, D., Bouchard, M. A., Audet, C. et St-Amand, P. (2001, juin). Linguistic styles and complementarities compared in two psychotherapy beginnings offered by the same therapist. Communication présentée au 32<sup>e</sup> congrès annuel de la Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.

Note des auteurs

La correspondance concernant cet article peut être envoyée à Marc-André Bouchard, Département de Psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3J7. Le courrier électronique peut être envoyé à : [[marc.andre.bouchard@umontreal.ca](mailto:marc.andre.bouchard@umontreal.ca)].

## Notes de Bas de Page

<sup>1</sup>Plusieurs devis de recherche utilisent un groupe unique et non la comparaison de groupes pour valider leurs inférences. Dans un groupe unique, chaque sujet reçoit la même condition expérimentale (traitement) ; il n'y a pas de groupe contrôle ou de groupe de comparaison. Les différences qui émergent dans le groupe servent de base à l'étude (Kazdin, 1994). Cette méthode particulière, dite aussi « quasi-expérimentale », est incluse dans le modèle extensif car elle possède les mêmes caractéristiques génériques. Elle possède toutefois un point commun avec le modèle intensif, à savoir l'observation répétée, continue, ensuite agglomérée.

<sup>2</sup>Pour une présentation détaillée et critique des problèmes conceptuels, méthodologiques et éthiques liés à l'utilisation d'un groupe contrôle en psychologie clinique, voir Kazdin (1992) et Borkovec et Miranda (1999).

<sup>3</sup>En utilisant le Système d'Analyse de Texte par Ordinateur (SATO ; Daoust, 1990), Lecours, Bouchard, St-Amand et Perry (2000) ont évalué le pourcentage de mots de chacune des variables à l'étude (mécanismes de défense, mentalisation, type d'affects, etc.) dans le discours de la patiente. Par la suite, les auteurs ont procédé à différentes opérations statistiques à l'aide de ces résultats. Par exemple, en établissant une corrélation de Spearman entre le pourcentage de mécanismes de défense présent dans chacune des séances et le numéro de la séance (p. ex., 1, 2, 3, ...), les auteurs ont découvert que la présence de certaines défenses augmentait avec le temps (p. ex., rationalisation :  $r_s = .55$ ,  $p < .05$ ). Ceci a contribué à expliquer l'échec de ce traitement thérapeutique.

Article 2

Pour un Paradigme Intensif et Pluraliste (Quantitatif et Qualitatif)

dans l'Étude du Processus Psychothérapeutique

En-tête : PARADIGME QUANTITATIF ET QUALITATIF EN PSYCHOTHÉRAPIE

Pour un Paradigme Intensif et Pluraliste (Quantitatif et Qualitatif)

dans l'Étude du Processus Psychothérapeutique

Caroline Audet et Marc-André Bouchard

Université de Montréal

Sera soumis à la revue Psychothérapies



### Résumé

Les auteurs soutiennent que la combinaison de l'analyse intensive quantitative à celle de l'analyse qualitative possède un potentiel qui surpasse leur utilisation exclusive et qu'elle est pertinente et nécessaire à l'étude du processus psychothérapeutique. Tenant compte de l'aspect multidimensionnel et surtout unique de chaque dyade thérapeute-patient, les auteurs proposent un modèle pluraliste et cyclique composé de l'analyse intensive quantitative et qualitative. Ainsi, ils réunissent au sein d'un même protocole les épistémologies auxquelles ces approches appartiennent, soit empiriste et constructiviste-herméneutique, respectivement.

Mots clés : méthodologie, épistémologie, recherche en psychothérapie, empirisme, recherche qualitative.

Abstract

The authors argue that the combination of quantitative intensive analysis with qualitative research is useful and powerful in psychotherapy research. Taking into account of the complexity and the unique aspect of each psychotherapeutic dyad, the authors proposed a pluralistic and cyclic model combining quantitative intensive analysis and qualitative research. This model combines two different epistemologies in the same design, empirism and constructivist-hermeneutic, in a complementary manner.

Key words: methodology, epistemology, psychotherapy research, empirism, qualitative research.

## Pour un Paradigme Intensif et Pluraliste (Qualitatif et Quantitatif)

## dans l'Étude du Processus Psychothérapeutique

Le changement en psychothérapie se déploie selon un processus dont le caractère multidimensionnel et la déroutante complexité exigent une mise en question continuelle de la méthodologie de la recherche. Après plus de 50 années d'efforts soutenus, certains affirment leur fierté devant le travail accompli (Slife et Gantt, 1999) et considèrent que ce champ de recherche a atteint une « maturité » (Greenberg, 1999). Par contre, d'autres soulignent que le fossé qui sépare toujours les cliniciens des chercheurs demeure infranchissable (Smith, 1999), ce qui maintient un hiatus entre la méthode et son objet d'étude, une caractéristique d'une discipline pré-scientifique. Plusieurs fondent un grand espoir sur les possibilités de la méthode qualitative pour faciliter l'établissement de ponts entre pratique clinique et exigence de rigueur quantifiée dans l'étude du processus (p. ex., McLeod, 1996 ; Rennie, 1994). Les tenants d'une approche exclusive, soit purement empiriste, soit purement constructiviste et qualitative, sont légion. À notre avis, cela est surtout le signe de notre relative immaturité disciplinaire. Nous devons reprendre le débat de la possible complémentarité de ces paradigmes très différents du quantitatif et du qualitatif, chacun mettant en jeu une épistémologie particulière. Les études concrètes d'analyse du processus devront à notre sens combiner ces traditions en une approche dialogique, cyclique et unificatrice (Elliott, Fischer et Rennie, 1999 ; Krantz, 1995).

Deux courants principaux ont caractérisé le champ disciplinaire de la recherche en psychothérapie. Le premier, celui des études d'efficacité (outcome studies) a cherché à démontrer que les diverses psychothérapies produisent des effets bénéfiques propres,

comparativement au simple passage du temps ou aux facteurs dits placebo, eux-mêmes porteurs de changements favorables (Bergin et Garfield, 1994 ; Dahl, Kächele et Thomä, 1988 ; Eysenck, 1952 ; Seligman, 1995). Dans l'espoir de déterminer le meilleur type de traitement pour une problématique particulière, on s'est alors beaucoup intéressé à l'efficacité des facteurs dits « spécifiques ». Ainsi, on isole les effets des techniques qui appliquent les principes d'une approche théorique particulière (c.-à-d. l'exposition au sein de l'approche comportementale, l'interprétation du transfert en psychothérapie analytique, la restructuration cognitive en thérapie cognitive, etc.). Le constat le plus robuste et inattendu fut celui d'une équivalence comparative globale entre les différentes approches (Luborsky, Singer et Luborsky, 1975 ; Soldz, 1990 ; Stiles, Shapiro et Elliott, 1986). Le second courant, constitué par les études dites du processus (process studies), a cherché à comprendre les éléments de l'évolution interne de l'expérience thérapeutique qui sont associés à un déroulement favorable ou défavorable. Ceci a mené notamment à l'étude des facteurs « communs »<sup>1</sup> aux écoles, c.-à-d. le caractère chaleureux, la structure du cadre, la motivation du client, les facteurs relationnels plutôt que techniques (voir Lambert et Bergin, 1994 ; Lecomte et Castonguay, 1987).

Certains ont fortement critiqué l'hypothèse d'une dichotomie entre les facteurs spécifiques et non spécifiques pour souligner l'impossibilité d'étudier les facteurs liés à la technique en dehors du contexte relationnel dans lequel ils se produisent (Butler et Strupp, 1986 ; Greenberg, 1986 ; Schaffer, 1983). Toute technique, aussi « spécifique » soit-elle, s'inscrit néanmoins obligatoirement dans une relation humaine dont la qualité influence inévitablement le résultat. Par exemple, une même interprétation pourrait être

efficace pour un tel client, à tel moment du processus, alors que dans un autre contexte relationnel, prononcée par le même thérapeute pour le même client, elle ne le sera pas. Plusieurs chercheurs se sont intéressés récemment à l'étude de l'effet de la qualité de l'interaction patient-thérapeute sur les résultats (Elkin, Yamaguchi, Arnkoff, Glass, Sotsky et Krupnick 1999 ; Hartkamp et Schmitz, 1999 ; Henry, Schacht et Strupp, 1986, 1990 ; Kächele, 1992). Les résultats de ces recherches soulignent fortement la présence d'un effet de la qualité relationnelle sur les résultats. Autrement dit, l'efficacité des facteurs liés à la technique est intimement liée aux variables du processus. En fait, le contexte relationnel dans lequel les interventions sont déposées aurait une influence importante, sinon plus grande que la qualité de l'intervention comme telle (Binder et Strupp, 1997). La recherche ne vise plus alors seulement à connaître les ingrédients efficaces d'une psychothérapie. Elle tente plutôt de comprendre comment les états et les processus de l'un (patient) interagissent avec ceux de l'autre (thérapeute) pour réussir ou non à créer les conditions interpersonnelles nécessaires au changement (Butler et Strupp, 1986).

En outre, il est maintenant évident que le patient et le thérapeute co-déterminent les résultats du processus thérapeutique (Bergin et Garfield, 1994 ; Schaffer, 1983). On reconnaît ainsi la futilité de chercher à établir empiriquement l'existence de liens de causalité univoques entre les ingrédients thérapeutiques et le résultat sauf peut-être pour établir par une étude behavioriste purement fonctionnelle la détermination comportementale de symptômes pris isolément. Et ce n'est pas faute d'avoir multiplié

les études en employant les méthodologies classiques disponibles que ce champ disciplinaire est arrivé à un tel constat qui fait presque l'unanimité.

L'entrelacement des variables du processus thérapeutique (process) à celles liées au résultat thérapeutique (outcome), ajouté au caractère profondément individuel (intra-personnel), dyadique (interpersonnel) et contextuel de la situation psychothérapeutique, appellent nettement à une mise en valeur des approches intensives à cas uniques (Gill, 1994 ; Kächele, 1992). En effet, celles-ci sont particulièrement recommandées lorsque le phénomène à l'étude ne peut être séparé de son contexte (Yin, 1993). L'analyse intensive est non seulement appropriée, mais essentielle à l'avancement des connaissances sur le processus de changement et les variables qui y sont associées (Ablon et Jones, 1999 ; Dahl et al., 1988 ; Gedo, 1999 ; Gedo et Schaffer, 1989 ; Greenberg, 1986, 1999 ; Rice et Greenberg, 1984 ; Schaffer, 1983 ; Silberschatz, Curtis, Fretter et Kelly, 1988 ; Strupp, Schacht et Henry, 1988). Cependant, malgré ses avantages manifestes par rapport à une pratique dominante, paradoxalement ce devis méthodologique a longtemps été terriblement négligé (Greenberg, 1999). Et cette résistance a selon plusieurs considérablement retardé le progrès de notre compréhension du processus thérapeutique (Elliott et al., 1999 ; Marmar, 1990 ; Schaffer, 1983). Heureusement le principe de procéder à des recherches intensives portant sur des dyades thérapeutiques particulières est maintenant solidement établi.

Cependant, nous croyons qu'il est impossible de saisir pleinement les variations à l'intérieur d'une séance dans un cadre empirique traditionnel, même intensif. Les devis de recherche quantitatifs n'arrivent pas rendre compte de toute la complexité du processus

thérapeutique. Bien que le potentiel de combiner l'approche quantitative à l'approche qualitative soit reconnu, il est frappant de remarquer encore maintenant l'absence presque totale de travaux publiés qui mettent à l'épreuve des propositions méthodologiques concrètes en ce sens.

Dans ce travail, les méthodes extensives et intensives seront d'abord brièvement discutées de manière critique. Leur pertinence face à l'étude du processus thérapeutique sera aussi évaluée. L'importance croissante de la recherche qualitative sera également soulignée (Elliott, et al., 1999 ; Gaston et Marmar, 1989 ; Hill, Nutt-Williams, Heaton, Thompson et Rhodes, 1996 ; McLeod, 1996 ; Rennie, 1994, 1996). Nous tenterons aussi de montrer que le choix d'un devis de recherche ne doit plus se fonder sur la seule exigence d'établir une « efficacité causale », autrefois le critère ultime (devenu dogmatique) de validité interne (Campbell et Stanley, 1963). En effet, l'évaluation de la « qualité » d'une méthode dépend de la pertinence de son approche devant l'objet d'étude, qu'elle doit servir à révéler et non à altérer et à réduire. Si la qualité de l'intersubjectivité (p. ex., Atwood et Stolorow, 1984) est une contribution fondamentale à toute psychothérapie et que son déploiement est toujours déterminé par le contexte dans lequel elle s'insère, la quête d'un rapport causal univoque, au moyen d'un protocole à haute validité interne (Campbell et Stanley, 1963), est ici en porte-à-faux. Une méthodologie mixte combinant l'approche quantitative et qualitative sera proposée pour l'étude du processus thérapeutique. Comme cette remise en question méthodologique implique d'emblée une réflexion épistémologique parallèle et nécessaire, une brève description des épistémologies empiriste et constructiviste-herméneutique sera présentée en premier lieu.

## Épistémologie

Une discussion approfondie des enjeux épistémologiques dépasserait le cadre de ce travail. Le lecteur intéressé pourra par exemple consulter Derome (1983). Nous procéderons ici à un bref rappel des principes fondateurs des deux catégories d'épistémologies mises en présence. La première est la « voie reçue », qui définit le paradigme empirique objectiviste traditionnel ; la seconde, inspirée de la tradition de l'herméneutique biblique juridique et philologique, articule le paradigme constructiviste subjectiviste et qualitatif.

### L'Empirisme

Les règles de l'empirisme découlent de l'application de l'une ou l'autre des notions et principes suivants :

1. L'utilisation d'observations objectives, de la quête des faits, est la seule source valable de savoir. Toute proposition qui ne peut être réduite à un fait n'a aucune valeur (scientifique ou autre). Les seuls faits qui comptent ont été établis au moyen d'observations objectivées.

2. L'approche méthodologique doit être suffisamment extérieure à l'influence des participants et les observations doivent s'appuyer sur des définitions opérationnelles (Bridgman) qui sont continuellement mises à l'épreuve. Leur fidélité (consistance, accords entre les observateurs, etc.) et leur validité (de contenu, de construit, prédictive, discriminante, etc.) seront évaluées.



3. La preuve ultime de la véracité d'une proposition réside dans l'établissement d'une relation de causalité entre les phénomènes rendus opérationnels. Ceci ne peut être atteint de manière convaincante qu'à travers des protocoles expérimentaux qui seuls assurent ainsi cette validité particulière, dite validité interne de l'hypothèse d'un lien exclusif entre variable indépendante et dépendante, entre cause et effet.

4. Les énoncés théoriques et les déductions sont continuellement reliés de près aux définitions opérationnelles.

#### L'Herméneutique Constructiviste

La notion que toute psychothérapie procède nécessairement d'une démarche à composante herméneutique exige une mise en question incontournable de notre méthode. Pour fins de rappel, la tradition herméneutique et constructiviste souligne, ce qui est fondamental pour la question de la validité, quelques-uns des principes suivants (voir Bouchard, 1994, 1995 ; Bouchard et Guérette, 1991 ; Gadamer, 1975 ; Laplanche, 1992 ; Palmer, 1969 ; Ricoeur, 1970 ; Strenger, 1991) :

1. La situation psychothérapeutique crée une « constellation herméneutique » qui contribue à révéler le sens. Font partie de cette constellation les associations du patient dont les dérivés symboliques sont ramenés à leur origine (notamment inconsciente, le cas échéant) ainsi que l'écoute et l'effort de compréhension du thérapeute. Ceci inclut les mouvements du transfert et du contre-transfert, ainsi que le travail de la théorie au sein de la psyché de chacun.

2. Comprendre implique un processus circulaire et dialectique. La compréhension naît d'une interprétation initiale de la signification globale de ce que le patient

communiquer et interprète lui-même. Il n'y a pas de point de départ absolu du processus interprétatif psychothérapeutique (herméneutique). Comme thérapeutes et comme patients s'imposent en nous des convictions d'une première appréhension-compréhension même partielle. C'est sur ce fondement que s'articulent les autres formulations à venir. La signification ne devient apparente que dans le contexte d'un projet de signification. Ainsi la compréhension repose sur l'intuition préalable que chacun des participants nourrit ; cette intuition sera elle-même mise en question, comme condition préalable à tout mouvement de la compréhension. C'est ce qu'on a appelé le cercle herméneutique.

3. La compréhension a un caractère temporel, ce qui implique que nos préjugés, réactions subjectives, sous la forme des mouvements de ce qui a été étudié traditionnellement sous le terme de contre-transfert, sont inévitables et omniprésents. Des différences dans nos sensibilités nous amènent à comprendre et à formuler en des termes différents et uniques à notre individualité ce que nos patients nous communiquent. Ceci influence nos interventions et les réponses subséquentes de nos patients (voir Abend, 1990). Ainsi nos efforts renouvelés de compréhension et d'interprétation clinique dépendent d'une situation en continuel mouvement, en évolution historique. Donc une situation dont l'évolution est relative aux contextes immédiatement actifs. Le contre-transfert est omniprésent et inévitable ; il constitue à la fois un obstacle et un instrument au cœur de l'élaboration du projet interprétatif de toute psychothérapie.

4. Le patient est lui-même un herméneute, dans la mesure où il est un sujet qui s'auto-symbolise, s'auto-théorise et s'auto-traduit, dans un cycle auto-interprétatif continu (Laplanche, 1989). Les patients en psychothérapie génèrent des interprétations souvent complexes, qu'ils ont élaboré et ré-élaboré de longue main, en quête d'une meilleure synthèse intégrative, de confirmation, de mise en question. Il est important de rappeler que ce travail en est un de réflexivité dont le caractère est plutôt cognitivo-affectif que purement cognitif, qu'il s'agit plutôt ici d'une sorte de méta-émotion au sein d'une mémoire affective (« procédurale ») plus ou moins articulée, représentée et symbolisée (au sein de la mémoire épisodique ; voir notamment Siegel, 1999 ; Wheeler, Stuss et Tulving, 1997). Ce rappel implique que le thérapeute n'est certes pas le seul porteur légitime de vérité. On sait que les phénoménologues et les existentialistes ont longtemps soutenu que le patient est le seul sujet porteur d'une connaissance valide (on pense à la notion de Kierkegaard selon qui la subjectivité est la vérité). Ce point de vue est valide, mais incomplet.

5. Les observateurs, cliniciens ou autres dont les opinions et le jugement peuvent à l'occasion être demandés au sein d'un protocole de recherche produisent également, si on les laisse faire, si on ne les confine pas à un protocole prédéfini et standard, des projets de sens dont l'essence même découle également d'un processus herméneutique.

6. Les principes de l'herméneutique ici rappelés concernent aussi les chercheurs cliniciens que nous sommes. À notre avis, c'est l'approche qualitative qui met en jeu l'essentiel de ces cycles de construction interprétative d'où émergent des significations (les « qualia » des philosophes contemporains de l'esprit). Elle permet une élaboration

circulaire sensible au contexte et historiquement relative et déterminée de la compréhension. Autrement dit le fondement même de l'approche dite qualitative relève de l'herméneutique et du constructivisme.

Un tableau comparatif permet de constater à quel point les méthodologies sont le reflet et l'articulation de ces deux épistémologies distinctes.

---

SVP insérer le Tableau 1 ici

---

Avant de proposer la combinaison des deux épistémologies en présence, voici une discussion des approches quantitative et qualitative, en fonction de leur pertinence à l'étude du processus thérapeutique.

#### L'Approche Quantitative

Deux principaux devis de recherche traditionnels et classiques sont disponibles en psychologie clinique. La méthode extensive s'intéresse avant tout aux variations inter-sujets et la méthode intensive, aux variations intra-sujet (Chassan, 1979 ; Hilliard, 1993).

#### La Méthode Extensive

Une force incontournable de la méthode extensive est sa capacité de confirmer l'efficacité du traitement investigué (Jones, 1993) même si elle ne permet pas

d'identifier toutes les variables virtuellement pertinentes aux résultats (Chassan, 1979). Il existe une tension reconnue entre la satisfaction des exigences de la validité interne et externe d'une étude (Roth et Fonagy, 1996). Mais au-delà de cette dialectique, s'il est vrai que dans le domaine qui nous occupe de la recherche en psychothérapie ce devis de recherche est sujet à amélioration, il connaît malgré tout des limites incontournables (voir Audet et Bouchard, 2001).

D'autre part, il semble hasardeux de se limiter à l'utilisation du devis extensif dans l'étude du processus thérapeutique, surtout en connaissant le caractère particulier de l'objet d'étude : unicité de chaque dyade thérapeutique, entrelacement du processus et des résultats, de la technique et des facteurs communs. Certains attributs qui sont des atouts se transforment ici en inconvénients. Par exemple, lorsque l'individu fait partie d'une agglomération (groupe), les données le concernant se perdent dans le processus d'établissement de la moyenne du groupe. D'importants résultats sont ainsi masqués en balayant les différences individuelles (Nugent, 1996). Dans le même sens, l'évolution temporelle du processus de chacun des individus est impossible à repérer, même dans le cas de deux sujets qui ont exactement les mêmes niveaux au pré-test et au post-test. La diversité humaine et clinique rend aussi très difficile de former des groupes homogènes de sujets « semblables ». Par exemple, Strupp (1980a, 1980b, 1980c, 1980d) a comparé les résultats d'une psychothérapie de deux clients « semblables » avec le même thérapeute. Les deux clients présentaient les mêmes symptômes d'anxiété et de dépression et exactement le même profil au MMPI (2-7-9). Leurs réponses à la psychothérapie ont été toutefois diamétralement opposées : un client a connu une

amélioration significative, alors que l'autre processus s'est soldé par un échec. Cet exemple illustre la difficulté inhérente à l'exigence du modèle extensif de bâtir des groupes homogènes et aussi la complexité de l'appariement thérapeute-client qui ne peut visiblement s'effectuer qu'à partir de critères externes.

Bien qu'utile dans les étapes initiales de la recherche pour démontrer l'efficacité d'un traitement et pour établir des liens entre certains facteurs et les résultats, la méthode extensive identifie difficilement les ingrédients spécifiques qui contribuent de manière effective au changement au sein d'un traitement particulier pour un sujet donné (Borkovec et Miranda, 1999).

De plus le caractère profondément unique de chaque paire thérapeute-patient réduit considérablement les possibilités de généraliser les résultats normatifs découlant du modèle extensif à des sujets spécifiques (Nugent, 1996). Finalement, la méthode extensive n'est pas outillée pour rendre compte de la construction historique et contextuelle de la signification dont la détermination en psychothérapie est fondamentale.

### La Méthode Intensive

On observe une présence grandissante de la méthode intensive dans l'étude du processus thérapeutique, maintenant reconnue pour sa pertinence et son importance dans ce domaine (p. ex., Ablon et Jones, 1999 ; Dahl et al., 1988 ; Greenberg, 1999 ; Silberschachtz et Curtis, 1993). Une caractéristique fondamentale et distinctive de ce devis de recherche est l'observation répétée d'un même sujet ou d'une même dyade (Chassan, 1979 ; Hilliard, 1993). Ce devis s'inscrit dans une perspective longitudinale. Il

s'agit de repérer toute variation intra-sujet d'une variable à travers le temps et de la comparer à différentes conditions co-occurentes. Le modèle intensif est très sensible aux différences inter-sujets et intra-sujet. On peut obtenir une description de l'évolution temporelle de différentes variables pour un patient spécifique. Cependant, cette méthode comporte plusieurs limites. Les études sont difficiles à reproduire et les résultats à généraliser. Certains problèmes statistiques surviennent aussi de la possible auto-corrélation dans les données (p. ex., mesure répétée d'une même dyade) (Nugent, 1996). De plus, même si la méthode intensive a le potentiel de tenir compte du contexte et de la séquence des événements (p. ex., Luborsky et Auerbach, 1967 ; Wampold, 1992 ; Wampold et Kim, 1989), plusieurs utilisent la méthode intensive sans pour autant tenir compte des éléments de contexte. Finalement, toute étude qui entreprend le processus de quantification de phénomènes complexes comme la relation thérapeutique ou l'efficacité de la psychothérapie rencontre des difficultés diverses, comme par exemple l'aspect réducteur d'une telle pratique (Stiles, 1993).

Au-delà de ces discussions, la notion d'effet ou d'impact thérapeutique demeure complexe. Doit-on se limiter à la seule symptomatologie, et avec quelles conséquences? Comment évaluer les traits de personnalité? Qui évalue ces phénomènes? Le patient, le clinicien, des parents ou amis, des cliniciens indépendants? Doit-on inclure des indices non-verbaux, des indices de la qualité des processus mentaux au cours des séances, etc. Afin d'illustrer ces propos, un client présente un trouble de la personnalité état-limite avec des comportements para-suicidaires très fréquents. Après un traitement psychothérapeutique d'une durée d'un an, la fréquence de ses comportements diminue.

Mais le client continue de réagir de manière impulsive et clivée en fréquentant les prostituées dès qu'il éprouve une douleur qu'il transforme aussitôt en rage. On dira qu'il clive et projette encore, qu'il ne réussit pas à contenir suffisamment ses impulsions, etc. Il est donc difficile de rendre opérationnelle la valence d'un changement thérapeutique, et ainsi, de différencier les concepts « significatif statistiquement » et « significatif cliniquement ».

#### Critère Statistique et Critère Clinique

Les méthodes statistiques utilisent avant tout des récurrences systématiquement répétées et évaluent leur probabilité d'apparition au hasard. Elles ne cherchent pas à évaluer un événement rare ou unique. Mais en psychothérapie un tel événement peut être associé à un phénomène chargé de sens. L'utilisation, au cours des 10 dernières années de stratégies statistiques plus sophistiquées a contribué à améliorer la compréhension du processus de changement (Gedo, 1999). Par exemple, l'effet d'une variable du thérapeute sur le processus comme l'empathie serait dû à sa présence ou à son absence à un moment critique et non pas à l'empathie moyenne du thérapeute ou le fait qu'il soit empathique ou non de façon générale (Schaffer, 1983). Prenons aussi l'exemple d'un patient qui ne consommait plus de marijuana depuis plus d'un an et qui connaît une rechute ; il pourrait être important d'évaluer le contexte antécédent de cette reprise symptomatique. Les méthodes statistiques pourront démontrer, par exemple, que telle augmentation des interactions négatives entre patient et thérapeute a bel et bien succédé à un autre phénomène considéré comme déterminant, à savoir une « erreur interprétative » de la



part du thérapeute. La définition de cette erreur devant elle-même faire l'objet d'une évaluation indépendante et opérationnelle.

Il semble que la disponibilité même des méthodes statistiques amène les chercheurs à oublier le contexte des événements qu'ils évaluent. Avec peu d'exceptions, la recherche sur le processus thérapeutique utilise des fréquences, des proportions et des moyennes pour vérifier des hypothèses qui ignorent le contexte et la séquence des événements (Schaffer, 1983). La notion même d'événement psychothérapeutique aurait avantage à être examinée et définie de manière plus systématique, soutenue et rigoureuse.

Il arrive également que de se concentrer sur des changements statistiquement significatifs au sein des séances conduise à masquer l'importance de ce qui n'est pas statistiquement significatif. L'inverse est également vrai, comme le rapporte Gedo (1999), qui observait notamment un lien plus net à l'intérieur d'une séance entre l'interprétation du thérapeute et la compréhension du patient qu'à travers les séances. Si presque chaque séance contenait des moments où ce processus thérapeute-patient était très efficace, cela ne tenait plus pour l'évaluation moyenne de la séance considérée dans son ensemble. Ainsi, les comparaisons d'une séance à l'autre balayaient parfois complètement des différences cliniquement essentielles observables dans les variations à l'intérieur d'une même séance.

Certains événements identiques sur le plan de la statistique ne le sont pas sur le plan de la clinique. Par exemple, deux patients démontrent une diminution significative de leurs symptômes dépressifs. Cela ne veut pas dire que ces changements sont

comparables cliniquement et subjectivement. De plus, on ne peut déterminer si leur niveau de détresse subjective a réellement diminué. Ainsi, des moments cliniquement significatifs du processus thérapeutique glissent entre les doigts de l'outil statistique. Il reste possible aux chercheurs de récupérer cette information essentielle d'une autre façon, par la recherche qualitative.

### La Recherche Qualitative

D'abord sous l'emprise exclusive des méthodes quantitatives et expérimentales dérivées de l'empirisme le plus classique et souvent le moins original, la recherche en psychothérapie commence seulement récemment à faire usage des méthodes qualitatives, un phénomène qui s'est accentué depuis environ cinq ans (Elliott et al., 1999 ; McLeod, 1996 ; Rennie, 1996).

La recherche qualitative répond à des questions de nature différente de l'approche quantitative. Pour Elliott et al. (1999), elle sert en psychothérapie à mieux comprendre la perspective des participants à la recherche, à définir les phénomènes en termes de la signification d'une expérience et des variations observées et à développer des théories. À notre avis cependant, s'il est évident que la recherche qualitative permet de bien rendre compte de l'expérience subjective, on aurait tort de la réduire à cette seule caractéristique. La dimension qualitative peut aussi être utilisée pour expliquer certains résultats divergents ou pour marier l'approche qualitative à celle de la quantification et permettre ainsi diverses formes de triangulation (voir plus bas). Les méthodes quantitatives, au contraire, sont utiles pour tester des relations et des explications causales, évaluer la fidélité et la validité de mesures psychologiques, ainsi que pour

permettre la généralisation d'une étude (Elliott et al.). En définitive, la valeur d'une méthodologie dépend de sa capacité à répondre de façon significative aux questions qui ont motivé la recherche (Elliott et al.).

L'utilisation de la méthode qualitative renvoie à plusieurs dilemmes et difficultés. Alors que les limites des méthodes traditionnelles et quantitatives ont été bien explorées (p. ex., Carver, 1976 ; Chassan, 1979 ; Kazdin, 1992, 1998), il reste encore à soumettre les principes de la recherche qualitative à l'épreuve. Ceci concerne également la stratégie mixte ou combinée à laquelle nous adhérons dans ce travail. La mise en question de la quasi totale domination épistémologique de l'empirisme lui-même n'est pas acceptée de tous. De plus, la multiplication des épistémologies crée un malaise, une pression additionnelle et exige de développer des attitudes de tolérance. Celle-ci se retrouve plus facilement à son niveau inférieur, soit celui de la tolérance formelle, qui implique seulement d'accepter le droit à l'autre camp d'exister mais sans prétention à la connaissance vraie. À son niveau supérieur par contre, la tolérance implique de reconnaître qu'un type de connaissance autre que celui que l'on privilégie, peut comporter une part de vérité qui remet en question une connaissance (ou une pratique) que l'on considère acquise.

Les tenants de l'approche qualitative et constructiviste en psychothérapie ont été au début résistants à reconnaître les difficultés inhérentes à la recherche qualitative « pure » (McLeod, 1996). Ceux qui se sont engagés dans cette voie étaient très conscients de défendre bec et ongle leur travail devant les critiques des collègues chercheurs plus « scientifiques » en apparence (McLeod, 1996). Aussi les approches

qualitatives ont longtemps souffert et souffrent encore de l'absence relative de règles méthodologiques universellement acceptées, contrairement aux méthodes empiristes mieux précisées. La difficulté de lier les données quantitatives aux données qualitatives a sans doute contribué à ce que la stratégie mixte ait très peu produit de résultats de recherche généralisables (Hilliard, 1993).

#### Évaluer la Composante Qualitative d'une Recherche

À l'exception de l'analyse du discours, la plupart des méthodes pour recueillir des données qualitatives dépendent de la qualité de la relation entre le chercheur et les participants. En effet, la façon dont le participant perçoit le chercheur a un impact sur l'information qu'il donne et sur sa façon de le faire. Au-delà de ce problème complexe, cette méthode de cueillette des données (p. ex., entrevues avec les participants) implique divers dilemmes éthiques, discutés ailleurs (Grafanaki, 1996 ; McLeod, 1996).

Les nombreuses traditions au sein de la recherche qualitative partagent toutes, de façon plus ou moins importante, une approche herméneutique et constructiviste du savoir (McLeod, 1996). Si la réalité qui se révèle à nous est le résultat d'une construction, il en va de même de nos mesures opérationnelles qui reflètent inévitablement ces constructions (« l'observation est toujours entachée de théorie » ; Bachelard, voir Derome, 1983). En corollaire, c'est par la pratique d'une réflexivité critique que le chercheur peut être conscient des présuppositions (assumptions) et préjugés qu'il apporte à sa recherche.

De plus, une recherche qualitative doit dépendre un monde que l'on connaît, une réalité humaine que l'on peut reconnaître. En même temps elle doit nous mener à une

nouvelle compréhension de cette réalité, comme l'évoque Schopenhauer (cité dans Lafortune, 1989) : « Ainsi, la tâche n'est point de contempler ce que nul n'a encore contemplé, mais de méditer comme personne n'a encore médité sur ce que tout le monde a devant les yeux » (p. 145). Ce paradoxe n'est pas aisément résolu (McLeod, 1996), mais il est au cœur de l'intuition de l'herméneutique au sens le plus général. Enfin, la tâche d'écriture demeure un défi dans la communication des postulats et des résultats de la composante qualitative. Lorsque l'auteur fait preuve d'une réflexion critique, l'étude n'en apparaît que plus plausible. C'est le fait sans doute des textes influents. Par ailleurs, pour les personnes soucieuses de la composante empiriste du savoir, la réflexion peut nous emporter dans son discours, et nous éloigner des phénomènes à l'étude. Enfin, la fausse objectivité empiriste est stérile, et augmente le scepticisme du lecteur (Rennie, 1996).

Dans un développement heureux, certains auteurs ont élaboré des critères permettant d'évaluer la qualité d'une recherche qualitative. La synthèse des critères présentée ici prend ses sources dans Elliott et al. (1999), Stiles (1993), Tuckett<sup>2</sup> (1998) et dans la liste des critères de contrôle des publications soumises au British Medical Journal, disponible sur son site web (<http://www.bmj.com>). Ce périodique présente une section de ses pages réservée aux critères de qualité de la recherche qualitative.

Trois qualités principales émergent de l'ensemble des critères présentés et les chapeautent. Il s'agit de la consistance interne, de la validité de l'étude et de la qualité générale du texte. La consistance interne renvoie ici à un sens différent de la signification psychométrique ou expérimentale classique. Elle concerne plutôt la

cohérence et l'articulation de l'argumentation et des interprétations. De façon plus opérationnelle, cette tâche permet au lecteur de bien reconnaître les passages entre l'observation concrète et l'interprétation abstraite. Le British Medical Journal en particulier propose les critères concrets suivants : (a) L'énonciation claire du contexte scientifique et de la question de recherche ; (b) l'explicitation des objectifs et de la méthode ; (c) la description complète de la méthode de cueillette des données, de la constitution de l'échantillon ; et (d) l'illustration du propos par des exemples. Pour un article théorique ou théorico-clinique, ceci se traduirait par l'importance de rendre l'argumentation « accessible » au lecteur (Tuckett, 1998) et l'exercice de définir clairement sa pensée. On souligne l'importance de développer une perspective propre et de la présenter avec clarté car c'est ce qui assure une direction à l'écriture. Un travail interprétatif de qualité se réalise par l'alternance cyclique entre l'observation et l'interprétation. Dans la recherche qualitative, les événements tendent à être interprétés dans leur contexte, ce qui doit être décrit par l'investigateur. Un écrit réussi devrait stimuler une « résonance » (Elliott et al., 1999) chez le lecteur, à qui on se doit d'offrir la possibilité de suivre notre cheminement, de l'observation à l'interprétation.

En second lieu, la « bonne » recherche qualitative se doit d'être valide. Elle le sera si elle procure une possibilité de triangulation, source de vérifications crédibles. Denzin (1978) définit la triangulation par la multiplication et la combinaison articulée de méthodologies dans l'étude du même phénomène. Cette métaphore géométrique, militaire et navale renvoie à ces stratégies qui utilisent plusieurs points de référence pour localiser la position exacte d'un objet (Smith, 1975). De multiples points de vue mis en

rapport permettent une plus grande justesse de conclusion. De façon analogue, les chercheurs peuvent améliorer l'exactitude de leur jugement en réunissant et en contrastant différents types de données d'un même phénomène. Dans les sciences sociales, l'utilisation de la triangulation remonte à Campbell et Fiske (1959) qui ont développé le concept d'opérationnalisme multiple (multiple operationalism) articulé autour des notions de matrice « multi-traités et multi-méthodes » et de validité convergente et validité discriminante. Cette matrice trait-méthode se présente aujourd'hui dans une forme plus complexe ; on y ajoute, en psychothérapie notamment, l'observateur, le patient, le thérapeute, les coteurs armés de leurs définitions opérationnelles, les cliniciens indépendants, etc. Mais peu importe, l'observation déployée sous la forme de plusieurs méthodes et avec la participation de plusieurs observateurs permet de s'assurer que la variance observée provient du phénomène à l'étude (« variable indépendante ») et non pas de la méthode ou de la source. Ainsi, une convergence des accords entre les deux méthodes augmente la « probabilité » que les résultats soient valides et ne représentent pas un artefact méthodologique (Jick, 1983).

Par exemple, dans une étude menée dans notre laboratoire (Audet, Bouchard, Wiethaeuper et St-Amand, 2001), nous avons comparé deux psychothérapies avec le même thérapeute ; une qui a connu de bons résultats et l'autre qui s'est soldée par un échec. Des quatre instruments appliqués, l'un a évalué la valeur clinique des entrevues (version modifiée du « Helpfulness Rating Scale » ; Elliott, 1985). Avec cet instrument, trois cliniciens utilisent une échelle de 1 à 9 pour évaluer à quel point les interventions du thérapeute sont nuisibles ou utiles, selon ce que le clinicien lui-même définit. Chacun

fonde ici son jugement sur sa propre sensibilité (contre-transfert), son expérience clinique, etc. Un second instrument mesure la qualité de la relation thérapeutique (« Positive and Negative Relationship Configurations » ; Audet, 1999) en utilisant des juges externes et un manuel comportant des définitions opérationnelles. De façon globale, les résultats inter-séances convergent et appuient ainsi le succès d'une paire et la détérioration de l'autre. Il s'agit alors d'une forme de triangulation.

L'exigence de triangulation peut aussi contribuer à élaborer un portrait plus complet, plus respectueux des contextes et des points de vues. L'objet d'étude est alors rendu de manière plus holistique. Au-delà de l'utilisation de plusieurs méthodes pour estimer le chevauchement de la variance dans une étude, cette technique permet aussi de saisir des informations qui n'ont pas du tout été reflétées par les autres méthodes. C'est ici que l'approche qualitative peut jouer un rôle capital qui permet de percevoir et de suggérer des résultats qui sont demeurés aveugles aux autres méthodes (Jick, 1983). Les éléments du contexte sont alors mis en valeur. En d'autres mots, la triangulation n'est pas seulement utilisée pour examiner le même phénomène de différentes perspectives, mais aussi pour enrichir notre compréhension en faisant émerger d'autres dimensions que comme chercheurs nous ne serions pas portés à favoriser.

Le troisième ensemble de critères définissant la valeur d'une recherche qualitative est la qualité générale de l'écrit. Cet ensemble comprend la profondeur et l'originalité, la justesse, la rigueur et la complexité. Cette catégorie chevauche bien entendu la première qui concerne la cohérence du texte et s'applique aussi aux recherches quantitatives.



Après avoir discuté séparément des méthodologies quantitative et qualitative, il est de notre avis que leur combinaison les surpasse, en ce sens que les limites de l'une sont au moins partiellement contrebalancées par les avantages de l'autre. Nous croyons aussi qu'une telle réunion permettra de mieux examiner notre objet d'étude, ici le processus thérapeutique, qui reprend et rejoue toute la complexité des échanges humains qui l'ont précédé.

#### Combinaison du Quantitatif et du Qualitatif

Les notions de triangulation, de validités convergente et discriminante et de matrice trait-méthode-observateur explicitées plus haut sont issues de la conception que les méthodes quantitatives et qualitatives devraient être vues comme complémentaires plutôt que provenant de camps rivaux (Jick, 1983). Par exemple, l'analyse qualitative peut être utilisée pour expliquer des résultats divergents ou pour illustrer les comportements dans leur contexte (Cronbach, 1975) où des facteurs liés à la situation jouent un rôle important.

Plusieurs auteurs ont récemment proposé un « pluralisme méthodologique » (Howard, 1983 ; McLeod, 1996 ; Slife et Gantt, 1999) fondé sur la complémentarité des différents devis de recherche. En plus d'intégrer les études de cas unique aux comparaisons de groupe (Nugent, 1996), il est aussi devenu pensable de combiner la recherche quantitative à la recherche qualitative. On fonde beaucoup d'espoir sur ce nouveau niveau de sophistication de la méthode.

Si les avocats du pluralisme méthodologique ont cherché à intégrer l'étude de cas à la recherche sur le processus thérapeutique ce ne fut pas toujours pour des raisons épistémologiques manifestes. Ainsi Hill, Carter et O'Farrell (1983), dans la première étude de cas publiée dans le Journal of Counseling Psychology, expliquent que le choix de devis provient de la frustration face à l'incapacité des devis traditionnels de décrire les ingrédients efficaces de la psychothérapie et de rendre la complexité et la nuance que les cliniciens observent au quotidien. Ces remarques ont souvent été reprises depuis (Roth et Fonagy, 1996).

L'analyse qualitative et quantitative combinée des données au sein d'une même étude étant recommandée, elle est devenue une caractéristique de quelques recherches qui étudient le processus thérapeutique (Rice et Greenberg, 1984 ; Schaffer, 1983). Gaston et Marmar (1989) ont par exemple proposé un modèle qui intègre l'analyse quantitative des séries chronologiques à une analyse qualitative des résultats. D'autres moins nombreux voient les pôles qualitatif et quantitatif comme étant imperméables l'un avec l'autre et utilisent de façon exclusive la méthode qualitative (Grafanaki, 1996 ; Hill et al., 1996). Pour eux, l'action de quantifier une expérience subjective équivaut à perdre de l'information importante (Stiles, 1993). Par exemple, un sujet qui évalue son humeur dépressive à 7 sur une échelle à 10 points offre, selon eux, une représentation limitée de son expérience actuelle alors que l'analyse de son discours réussirait à enrichir la description du soi dépressif.

Fidèles au pluralisme qui représente une pratique épistémologique ouverte des méthodologies, nous proposons plutôt une stratégie opérationnelle double, qualitative-

quantitative, applicable et à notre avis requise dans le cadre de la recherche sur le processus thérapeutique.

### Définition d'une Stratégie Intensive Pluraliste

#### Approche Globale

Dans ce champ disciplinaire des études sur la psychothérapie, l'objet d'étude est complexe et exige une double modalité de la recherche : empiriste et herméneutique constructiviste. Ceci renvoie à deux épistémologies contrastées, chacune portant à conséquence sur le plan de la méthodologie. Par stratégie intensive, on entend ici une observation continue des phénomènes psychothérapeutiques dans le temps qui se déroulent en contexte le plus naturel et spontané possible. Il est essentiel que les instruments utilisés permettent une observation des variations intra-séance des variables à l'étude. Par exemple, une mesure auto-administrée par questionnaire de l'alliance thérapeutique obtenue à la fin des séances, et ce à toutes les 10 séances (p. ex., le California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS) ; Gaston, 1990) sur une thérapie de plus de 200 séances peut servir d'indicateur de l'évolution de ces phénomènes. Mais, elle ne permet pas de saisir la présence ou l'absence de variations intra-séance. Il serait alors impossible d'accéder au contexte de son augmentation ou de sa diminution, par exemple, de mesurer qu'un type d'intervention particulier (interprétation d'un conflit spécifique, clarification, confrontation, etc.) est suivi d'une augmentation de l'alliance thérapeutique. En d'autres mots, en mesurant l'alliance de cette façon (p. ex., à toutes les 2, 5 ou 10 séances), il est possible de démontrer que la présence de celle-ci « prédit » les résultats positifs ou du moins qu'elle co-existe avec ceux-ci. Par contre, ceci ne permet

pas de saisir comment cela se produit, ce qui devient nécessaire dans un deuxième temps (Henry, Strupp, Schacht et Gaston, 1994).

Au sein de la stratégie pluraliste, il s'agit de faire appel aux principes empiristes de mesure et d'observation (fidélité et validité, etc.) autant qu'aux principes herméneutiques constructivistes dans l'observation des significations en émergence et en évolution continue. Voici l'élaboration de ces deux volets et de leurs fonctions au sein du modèle proposé, ainsi que l'approche préconisée concernant leur combinaison.

### 1. L'Empirisme

La première étape de la présente méthode proposée est d'abord la mesure de phénomènes « objectivés » dans le processus de psychothérapie. Cette étape découle d'un ensemble de présuppositions empiristes de base. D'abord, il est possible d'avoir un accès (même altéré par le concept, le langage ou la mesure) à une réalité hors du sujet. Ensuite, cette réalité peut être objectivée au moins partiellement. Finalement, cette réalité ainsi « objectivée » a plus de valeur scientifique qu'une autre qui fait l'objet d'une simple perception non objectivée. Retenant les principes de la démarche hypothético-déductive, il est aussi essentiel sinon avantageux de pouvoir disposer d'une analyse théorique des phénomènes que l'on cherche à étudier.

Cette analyse guide le travail de spécification opérationnelle. Ces définitions opérationnelles peuvent prendre la forme de manuels, parfois volumineux (30-70 pages), qui proposent à des observateurs que l'on forme d'examiner des notions choisies, dans leur contexte ou leur environnement théorique d'origine et qui présentent ensuite des définitions le plus souvent accompagnées de critères servant au repérage concret. Ceci

est suivi d'illustrations concrètes tirées de phénomènes déjà observés. Les travaux de Perry (1993), avec le Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS), ou ceux de Fonagy, Steele, Steele, et Target (1997) avec la notion de fonction réflexive illustrent très bien cette pratique. Nous nous empressons d'ajouter que de telles pratiques n'assurent pas la validité de la mesure, mais qu'elles en constituent une étape cruciale aussi incontournable qu'ardue.

L'utilisation de juges ou coteurs différents du chercheur est aussi une condition fondamentale pour tenter d'échapper aux limites des cycles du transfert-contre-transfert qui par ailleurs sont au cœur de la méthode herméneutique. Ceci qui n'empêchera pas certaines équipes de chercheurs de choisir d'utiliser le thérapeute ou le patient (p. ex., Elliott, 1985) afin de d'obtenir une description du processus par les participants eux-mêmes. Cependant, il est clair que leurs productions seront reprises aux moyens de codifications indépendantes et encadrées par des manuels rigoureux. Ce type de cueillette de données plus proche des sujets participants, de leur perspective « intérieure », issue d'un contexte et de son histoire, relève de l'épistémologie constructiviste-herméneutique dont nous voulons par ailleurs retenir la contribution. Cette étape nous paraît en effet essentielle parce qu'elle est complémentaire à celle-ci qui favorise une position positiviste.

Le chercheur dispose par ailleurs de tous les instruments standardisés, lesquels ont l'avantage de véhiculer un « plus value » d'information, à savoir qu'ils sont porteurs de tout ce que la communauté scientifique a pu accumuler concernant leurs propriétés méthodologiques. On connaît davantage ce que mesure l'Inventaire de Dépression de

Beck (BDI ; Beck et Beamesderfer, 1974 ; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock et Erbauch, 1961) aujourd'hui, que tel instrument d'auto-évaluation de la dépression nouvellement mis au point. Tout chercheur a le privilège de proposer une nouvelle mesure sur le « marché ouvert » des publications scientifiques. Cependant, il reste que le cumul des convergences et des discriminations entre une mesure, les autres mesures et divers indicateurs ajoute une information précieuse, même si elle n'est par définition jamais pour autant radicalement plus « vraie ». Un dernier problème vient du fait que trop souvent les instruments sont guidés par une logique purement empiriste aveugle, au lieu d'être inspirés par une vision théorique cohérente et intégrative du phénomène. Les manifestations les plus observables de manière cohérente prennent alors le dessus. On peut penser notamment au DSM-IV (APA, 1994).

Qualités psychométriques. Une fois le travail opérationnel mis en texte sous forme de manuel ou de procédure instrumentale détaillée (p. ex., test papier crayon, entretien semi-structuré, etc.), il reste encore tout à démontrer sur le plan empirique. On doit évaluer que les coteurs une fois formés peuvent produire des jugements indépendants avec un degré raisonnable d'accord (Landis et Koch, 1977). Ensuite, les résultats observés doivent satisfaire aux exigences de la fidélité de la mesure (test-retest, consistance interne, etc.). Les scores devront aussi être valides et présenter des convergences avec d'autres indices, instruments ou outils, assurant surtout la validité de construit du concept étudié et de sa mesure opérationnelle. Concernant cette étape, on voudra idéalement utiliser un grand nombre de données. En effet, on ne s'intéresse pas tant aux variations du construit et de sa coexistence avec d'autres variables. Ici, on veut

savoir si on mesure ce que l'on prétend mesurer, ce qui demeure le défi central dans ce type de recherche (Bucci et Roussos, 2001). Les analyses sont donc plutôt transversales que longitudinales. Ainsi le DMRS a franchi quelques-unes de ces étapes, dans un contexte psychiatrique et avec des méthodes extensives. Dans un contexte intensif et de processus, il reste à évaluer la validité de cette mesure (voir Audet et al., 2001 ; Lecours, Bouchard, St-Amand et Perry, 2000).

## 2. L'Importance du Contexte

Un respect des principes herméneutiques implique de toujours tenir compte des contextes, des jugements relatifs et libres qui émergent des subjectivités en présence et qui se construisent. On peut ainsi demander au thérapeute de livrer par écrit sans autre préparation ses impressions après chaque séance. Imaginons un thérapeute qui livre ainsi sur une dizaine de lignes, son expérience à vif au sortir de chacune de plus de deux cents séances. On voit immédiatement qu'il s'agit là d'un matériel potentiellement « signifiant », ne serait-ce que du point de vue unique de ce participant privilégié. La même chose pourrait être demandée au patient. De manière rapprochée mais différente aussi sur des aspects essentiels, Elliott (1985) a demandé aux patients d'évaluer le caractère utile ou non des interventions après chaque séance. On peut aussi demander à des cliniciens non formés à la méthode opérationnelle de nous livrer leurs jugements cliniques (sous-entendu ici : le fruit de leur effort professionnel de comprendre le sens et la portée du matériel ; autrement dit une invitation à une appréhension qui relève plus de l'herméneutique). Cette étape laisse donc davantage de place à un discours issu de la

subjectivité de tous, qu'ils soient participants ou non. Ce discours à son tour peut être étudié avec des méthodologies dites objectives d'analyse.

Les significations sont des propriétés émergentes récurrentes en continuelle évolution, issues de la constellation herméneutique particulière aux participants mis en présence. Ces participants incluent le patient, le thérapeute, les coteurs, les juges cliniciens indépendants, les chercheurs, etc. C'est l'objet d'étude premier de la modalité herméneutique que de rendre compte de ces structures cognitivo-affectives qui relèvent de l'auto-construction, de l'auto-représentation et de l'auto-symbolisation de tous les sujets mis en présence, de leurs caractéristiques, de leurs influences.

Ce temps herméneutique de la recherche en psychothérapie et la modalité empiriste ont autant « droit de cité » l'un que l'autre, à chacune des étapes de la recherche. Leur poids est équivalent, chacun sur son terrain. Le cycle ainsi décrit conduit de l'intuition initiale, formulée théoriquement, à la mesure et à l'observation selon la modalité empiriste. Ensuite, on procède à une reprise des mêmes phénomènes, à un niveau de la compréhension mise en contexte (modalité herméneutique et constructiviste). Il n'y a pas de modalité supérieure à une autre, mais il peut y avoir affaiblissement des positions avancées après l'application d'une modalité suite à des observations issues de l'application de l'autre modalité. En psychothérapie, une recherche qui se limite à une seule modalité est, en revanche selon la perspective soutenue ici, plus pauvre que si elle utilisait systématiquement l'une et l'autre.

Les possibilités de « dialogue » entre les modalités commencent à peine à être explorées. Pensons seulement à la diversité des manières de construire et révéler la



signification. Pensons ensuite à la question des emboîtements des niveaux de complexité. Par exemple, comment peut-on intégrer le niveau des variations intra-séance à celui des variations d'une séance à l'autre? Et pour finir, comment articuler les passages d'une modalité à l'autre en fonction des niveaux de complexité, sans oublier les sources, les instruments et les construits à l'étude (p. ex., mécanismes de défense ou relations objectales)?

Le modèle pluraliste proposé s'est défini jusqu'à l'étape de la mise en place de la méthode comme telle (modèle du devis, cueillette des données, etc.) et de son déroulement. Il pourra aussi s'appliquer lors de l'analyse des résultats, qui se fera alors en deux temps.

### 3. Analyse Quantitative et Qualitative

Le premier temps, mieux connu, est celui de l'analyse quantitative comme telle. L'estimation de la fidélité et de la structure interne des instruments utilisés ainsi que la vérification des hypothèses par des méthodes statistiques (corrélationnelles et comparatives de groupe) déductives en font partie. Ensuite, nous proposons un retour, une analyse qualitative des données qui permettra d'approfondir les résultats, d'expliquer certains résultats contradictoires ou de saisir la portée clinique d'autres observations.

Par exemple, le constat d'une comparaison non significative sur le plan statistique pourra néanmoins se révéler pertinent d'un point de vue qualitatif et clinique. Dans une étude menée dans notre laboratoire, nous avons étudié une psychothérapie de 14 séances qui s'est terminée prématurément. En observant les interprétations du

thérapeute, l'analyse qualitative des données permet d'identifier fréquemment le mouvement suivant : les participants sont dans une position réflexive et d'exploration et la patiente paraît en ouverture. Ensuite, le thérapeute choisit ce moment pour offrir une interprétation et la patiente devient alors défensive, s'éloigne de ce lieu réflexif et change de sujet. Ce mouvement a été impossible à « prouver statistiquement ». Par exemple, en comparant les 500 mots qui précèdent et suivent une interprétation, on observe que la patiente n'est pas « statistiquement plus défensive » après les interprétations du thérapeute. En fait, l'utilisation de mécanismes de défense se fait de façon très courte à ce moment. Autrement dit, la patiente utilise peu de mots défensifs. Comme les scores utilisés sont ici la fréquence de mots défensifs ou non, les résultats sont non significatifs statistiquement. Cependant, l'analyse qualitative permet l'élaboration de l'hypothèse selon laquelle ce n'est pas la « quantité » de mécanismes de défense utilisés (plus ou moins de mots défensifs) qui importe ici, mais le fait que le processus réflexif des participants soit constamment freiné par un mouvement défensif, si petit soit-il statistiquement.

D'autre part, les significations se présentent et peuvent aussi s'observer notamment dans le discours, à des niveaux de complexité d'ampleur diverse, en des structures d'emboîtements. C'est l'analogie avec les toiles de Cézanne. Le simple examen d'une toile de Cézanne permet de distinguer des niveaux plastiques distincts : le coup de pinceau (niveau microscopique, celui, par analogie, du mot ou de la phrase simple), la première figure représentée (une pomme, un pichet), le jeu des figures juxtaposées et du fond (les pommes, la nappe, la carafe), la toile (l'ensemble des

rapports entre les éléments). Chaque niveau est à la fois indépendant et autonome face aux niveaux d'ordre supérieur auquel il participe, mais il est aussi radicalement transformé dans sa fonction : tel vert de la première pomme à gauche se retrouvera parfois pour marquer, dans la même toile, une ombre portée. Les sauts d'un niveau à l'autre renvoient au jeu des structures emboîtées de signification.

Ces emboîtements sont neutres, du point de vue des modalités empiriste et herméneutique, ils n'ont pas de valence a priori. Cependant il est typique de constater que la modalité herméneutique a habituellement pour fonction de saisir les niveaux supra ordonnés, ceux où se trouvent manifestées les significations émergentes. Contrairement, la modalité empiriste s'intéresse davantage à ce qu'elle peut décomposer par analyse en éléments, et sera plus facilement portée vers les niveaux « inférieurs ». Ainsi un même mécanisme de défense, disons l'omnipotence, bien repéré par une mesure opérationnelle offerte (p. ex., le DMRS), pourra se retrouver recruté à des fins bien différentes. Tantôt, il sera utilisé au sein d'une posture psychique narcissique et grandiose, là où le sujet maintient une sécurité à l'abri de toute dépendance en quête de sécurité. Tantôt il pourra représenter une sorte de moquerie ironique de soi, en référant à ses propres idées de grandeur. Le coup de pinceau (omnipotence) est le même, mais selon le contexte, son sens et sa portée diffèrent considérablement. Pour illustrer encore, une patiente qui souffre car elle inhibe continuellement ses possibilités de rencontrer des hommes qui l'intéressent change de sujet et signale qu'elle s'est pourtant affirmée auprès d'une esthéticienne. Du point de vue des défenses, on note là effectivement une expression

appropriée (sublimée) de colère. Cependant, en modifiant le contexte on saisit bien que cette attitude serve à se protéger de l'autre enjeu, lié à la séduction.

Le niveau supérieur a une influence sur le registre inférieur même si la détermination inverse est aussi possible, bien entendu. Seul un regard en après-coup, selon une modalité dite herméneutique ici ou à tout le moins une modalité empiriste d'ordre supérieur pourra ici rendre compte de ces jeux de signification. Les cliniciens opèrent constamment de tels voyages entre les différents niveaux. Les chercheurs ont ici un retard à combler.

#### Séquences Temporelles du Modèle

Le mouvement qui décrit un parcours de l'étape 1 à 3 peut s'inverser. Le chercheur adopte alors une méthode « qualitatif-empiriste », plutôt qu' « empirico-qualitatif ». C'est ce que les tenants de la méthode entendent habituellement par approche qualitative. Le mouvement est plus inductif et peut-être aussi plus analytique. Le chercheur s'intéressera au concept, à la manière dont il est « travaillé » par les différentes théories. Ensuite il pourra analyser les prédicats et les arguments énoncés dans un corpus. Certains iront ensuite évaluer la manière dont des sujets représentent le concept dans leur discours pour en tirer des validations concernant l'analyse initiale. Cette étape d'analyse langagière procède ici encore de manière inductive et sélective, en ce qu'elle vise à accumuler des formes types des différents états du phénomène à l'étude. Ainsi quelqu'un s'intéressant aux phénomènes projectifs, après avoir bien analysé les concepts à l'œuvre dans les différentes théories disponibles au sein du corpus défini sera

ensuite amené à repérer dans des discours contrastés (projectifs divers versus non projectifs), différentes formes langagières « projectives ». Les contributions de la linguistique, de l'analyse cognitive des protocoles en situation de résolution de problème, etc. seraient typiquement ici mises à profit. Le résultat présenté prendra habituellement la forme d'un exposé du type essai, avec argumentations, illustrations et considérations contextuelles. L'essentiel des découvertes de la clinique a procédé ainsi. Il a manqué cependant de mettre en place la logique de la vérification (réfutation, selon Popper) empiriste.

La manière combinée de procéder décrite ici reste presque totalement négligée dans le champ de recherche qui nous occupe. À notre avis elle constitue une manière plus sophistiquée et systématique d'en arriver à produire une instrumentation à visée opérationnelle. Trop souvent les tenants de l'approche « qualitative pure » prennent comme produit achevé du savoir les constatations qu'ils observent. Ils négligent alors gravement la modalité empirique. Le produit de l'étape de l'analyse qualitative doit donc être repris et sa valeur rehaussée par l'ascèse inévitable issue de l'application des règles 1 à 3, qui définissent la démarche complète ici défendue.

### Conclusion

Le présent travail visait à proposer une méthodologie nouvelle dans l'étude du processus thérapeutique qui combine le devis intensif et quantitatif à l'analyse qualitative. Le modèle proposé se base sur le postulat que le choix d'un devis de recherche ne devrait plus dépendre de ses seules « qualités scientifiques », lui assureraient-elles la validité interne dans la recherche de causalité, mais de sa capacité à

répondre aux questions d'une recherche et à cerner son objet d'étude. La nature profondément individuelle et intersubjective de l'entreprise psychothérapique dont le lieu de travail est par excellence l'appareil psychique humain se doit d'utiliser plusieurs modalités de l'être chercheur, incluant les modalités constructiviste-herméneutique et empiriste. Cela découle de son objectif de recherche.

Dans ce sens, il est maintenant clairement reconnu que l'approche intensive constitue un cadre général plus approprié dans ce domaine. Mais il reste plusieurs défis à relever. Tout en facilitant le fait d'apporter une attention particulière et continue à l'évolution dans le temps des phénomènes et processus des individus en présence, elle ne peut se confiner comme on la présente encore trop souvent à la seule modalité empiriste (p. ex., Bänninger-Huber et Widmer, 1999 ; Curtis, Silberschachtz, Sampson et Weiss, 1994 ; Ogrodniczuk, Piper, Joyce et McCallum, 1999). Celle dernière modalité ne s'attarde pas adéquatement aux contextes des significations émergentes, ni au caractère historiquement relatif des événements. Cependant, nous croyons que dans un cadre empirique traditionnel, même intensif, il est impossible de saisir pleinement les variations intra-séance, le contexte des significations émergentes et le caractère historiquement relatif des événements.

Une stratégie intensive pluraliste, à la fois empiriste et herméneutique, et cyclique dans son processus interne, offre selon nous une puissance de validité unique, non encore atteinte par l'une ou l'autre tradition. Ce modèle propose l'utilisation conjointe des deux paradigmes dans l'élaboration de la méthodologie utilisée et aussi au moment de l'analyse des résultats. D'une part, on obtient une description qui se veut

objective, formelle et quantifiable des variables à l'étude. D'autre part, on procède à une analyse contextuelle, qualitative et donc plus raffinée des résultats. Cette modalité constructiviste-herméneutique aura pour fonction de saisir des niveaux supra-ordonnés et pourra ainsi dégager les différents sens de certains résultats obtenus par une approche empirique qui s'intéresse davantage aux éléments décomposables de base. Ces deux niveaux d'analyse se chevauchent et se superposent pour en arriver à une compréhension plus complète du processus thérapeutique. Il reste maintenant à tester ce modèle dans le cadre de la recherche en psychothérapie et à évaluer sa capacité à répondre aux questions actuelles de ce domaine de recherche.

## Références

- Abend, S. M. (1990). The psychoanalytic process: Motives and obstacles in the search for clarification. The Psychoanalytic Quarterly, 59, 532-549.
- Ablon, J. S. et Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of depression collaborative research program. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 64-75.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistic manual of mental disorders (4e éd.). Washington, D.C.: Author.
- Atwood, G. E. et Stolorow, R. D. (1984). Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology. London: The Analytic Press.
- Audet, C. (1999). Positive and Negative Relationship Configurations. Manuel de cotation. Document inédit. Université de Montréal.
- Audet, C. et Bouchard, M. A. (2001). Enjeux méthodologiques au sein de la recherche sur le processus thérapeutique. Manuscrit soumis pour publication.
- Audet, C., Bouchard, M. A., Wiethaeuper, D. et St-Amand, P. (2001, juin). Quality of psychotherapeutic relationship in two contrasted beginnings offered by the same therapist: Premature termination versus positive outcome. Communication orale présentée au 32<sup>e</sup> congrès annuel de la Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.
- Bänninger-Huber, E. et Widmer, C. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. Psychotherapy Research, 9, 74-87.



- Beck, A. T. et Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: The Depression Inventory. In P. Pichot (Éd.), Modern problems of pharmacopsychiatry: Psychological measurements in pharmacology (pp.151-169). Brasil, Switzerland: Karger.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J. et Erbauch, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
- Bergin, A. E. et Garfield, S. L. (Éds). (1994). Handbook of psychotherapy and behavior change (4e éd.). New York: Wiley.
- Binder, J. L. et Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. Clinical Psychology: Science and Practice, 4, 121-139.
- Borkovec, T. D. et Miranda, J. (1999). Between-group psychotherapy outcome research and basic science. Journal of Clinical Psychology, 55, 147-158.
- Bouchard, M. A. (1994). Écouter, comprendre et interpréter les expressions symboliques du fantasme: Le rôle de l'herméneutique en psychanalyse. Revue Canadienne de Psychanalyse, 2, 223-251.
- Bouchard, M. A. (1995). The specificity of hermeneutics in psychoanalysis: Leaps on the path from construction to recollection. International Journal of Psychoanalysis, 76, 533-546.
- Bouchard, M. A. et Guérette, L. (1991). Psychotherapy as a hermeneutical experience. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 28, 385-394.

- Bucci, W. et Roussos, A. (2001, juin). Psycholinguistic and clinical features of the referential process. Communication orale présentée au 32<sup>e</sup> congrès de la Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.
- Butler, S. F. et Strupp, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. Psychotherapy, 23, 30-40.
- Campbell, D. T. et Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multi-trait multi-method matrix. Psychological Bulletin, 56, 81-105.
- Campbell, D. T. et Stanley, J. C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research. Chicago: Rand McNally College Publishing.
- Carver, R. P. (1976). The case against statistical significant testing. Harvard Educational Review, 48, 378-399.
- Castonguay, L. G. (1987). Facteurs communs: Vers un modèle transthéorique de la psychothérapie. In C. Lecomte et L. G. Castonguay (Éds), Rapprochement et intégration en psychothérapie: Psychanalyse, behaviorisme et humanisme (pp. 185-205). Montréal: Gaëtan Morin.
- Chassan, J. B. (1979). Research design in clinical psychology and psychiatry (2e éd.). New York: Halsted press.
- Cronbach, L. J. (1975). Beyond the two disciplines of scientific psychology. American Psychologist, 30, 116-127.
- Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H. et Weiss, J. (1994). The plan formulation method. Psychotherapy Research, 4, 197-207.

- Dahl, H., Kächele, H. et Thomä, H. (Éds). (1988). Psychoanalytic process research strategies. Berlin: Springer-Verlag.
- Denzin, N. K. (1978). The research act (2e éd.). New York: McGraw-Hill.
- Derome, G. (1983). Recherche évaluative en psychothérapie: Questions épistémologiques et méthodologiques. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Elkin, I., Yamaguchi, J. L., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Sotsky, S. M. et Krupnick, J. L. (1999). "Patient-Treatment Fit" and early engagement in therapy. Psychotherapy Research, 9, 437-451.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. Journal of Counseling Psychology, 32, 307-322.
- Elliott, R., Fischer, C. T. et Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. British Journal of Clinical Psychology, 38, 215-229.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology, 16, 319-324.
- Fonagy, P. (1999). Memory and therapeutic action. International Journal of Psychoanalysis, 80, 215-223.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H. et Target, M. (1997). Reflective function manual for application to adult attachment interviews. London: University College London.
- Gadamer, H. G. (1975). Truth and method. New York: Crossroads.

- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. Psychotherapy, 27, 143-153.
- Gaston, L. et Marmar, C. R. (1989). Quantitative and qualitative analyses for psychotherapy research: Integration through time-series designs. Psychotherapy, 26, 169-176.
- Gedo, P. M. (1999). Single case studies in psychotherapy research. Psychoanalytic Psychology, 16, 274-280.
- Gedo, P. M. et Schaffer, N. D. (1989). An empirical approach to studying psychoanalytic process. Psychoanalytic psychology, 6, 277-291.
- Gill, M. M. (1994). Research in psychoanalysis. Newsletter of section I psychologist-psychoanalyst practitioners division of psychoanalysis (39). American Psychological Association, 10, 8-12.
- Grafanaki, S. (1996). How the research can change the researcher. The need for sensitivity, flexibility and ethical boundaries in conducting qualitative research in counselling/psychotherapy. British Journal of Guidance and Counselling, 24, 329-338.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 4-9.
- Greenberg, L. S. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change processes. Journal of Clinical Psychology, 55, 1467-1480.

- Hartkamp, N. et Schmitz, N. (1999). Structures of introject and therapist-patient interaction in a single study of inpatient psychotherapy. Psychotherapy Research, 9, 199-215.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. et Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 27-31.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. et Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 768-774.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E. et Gaston, L. (1994). Psychodynamic approach. In A. E. Bergin et S. L. Garfield (Éds), Handbook of psychotherapy and behavior change (4e éd., pp. 467-508). New York: Wiley.
- Hill, C. E., Carter, J. A. et O'Farrell, M. K. (1983). A case study of the process and outcome of time-limited counseling. Journal of Counseling Psychology, 30, 3-18.
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J. et Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. Journal of Counseling Psychology, 43, 207-217.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 373-380.
- Howard, G. S. (1983). Toward methodological pluralism. Journal of Counseling Psychology, 30, 19-21.

- Jick, T. D. (1983). Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. In J. Van Maanen (Éd.), Qualitative methodology (pp. 135-148). London: Sage Publications.
- Jones, E. E. (1993). Introduction to special section: Single-case research in psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 371-372.
- Kächele, H. (1992). Narration and observation in psychotherapy research: Reporting on a 20 year long journey from qualitative case reports to quantitative studies on the psychoanalytic process. Psychotherapy Research, 2, 1-15.
- Kazdin, A. E. (1992). Research design in clinical psychology (2e éd.). Boston: Allyn and Bacon.
- Kazdin, A. E. (Éd.). (1998). Methodological issues and strategies in clinical research (2e éd.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Krantz, D. L. (1995). Sustaining vs. resolving the quantitative-qualitative debate. Evaluation and Program Planning, 18, 89-96.
- Lafortune, M. (1989). Le psychologue pétrifié ou du modèle expérimental comme perversion du discours humain. Montréal: Louise Courteau.
- Lambert, M. J. et Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin et S. L. Garfield (Éds), Handbook of psychotherapy and behavior change (4e éd., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Landis, J. R. et Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics, 33, 159-174.
- Laplanche, J. (1989). New foundations for psychoanalysis. Cambridge: Blackwell.

- Laplanche, J. (1992). Interpretation between determinism and hermeneutics: A restatement of the problem. International Journal of Psychoanalysis, 73, 429-445.
- Lecomte, C. et Castonguay, L. G. (Éds). (1987). Rapprochement et intégration en psychothérapie: Psychanalyse, behaviorisme et humanisme. Montréal: Gaëtan Morin.
- Lecours, S., Bouchard, M. A., St-Amand, P. et Perry, J. C. (2000). Assessing verbal elaboration of affect in psychotherapy: A preliminary report and single case study. Psychotherapy Research, 10, 47-56.
- Luborsky, L. et Auerbach, A. H. (1967). The symptom-context method: Quantitative studies of symptom formation in psychotherapy. Journal of the American Psychoanalytic Association, 17, 68-99.
- Luborsky, L., Singer, B. et Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Archives of General Psychiatry, 32, 995-1008.
- Marmar, C. R. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 265-272.
- McLeod, J. (1996). Qualitative approaches to research in counselling and psychotherapy: Issues and challenges. British Journal of Guidance and Counselling, 24, 309-316.
- Nugent, W. R. (1996). Integrating single-case and group comparison designs for evaluation research. Journal of Applied Behavioral Science, 32, 209-226.

- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S. et McCallum, M. (1999). Transference interpretations in short term dynamic psychotherapy. The Journal of Nervous and Mental Disease, 187, 571-578.
- Palmer, R. (1969). Hermeneutics: Interpretation theory in Schleiermacher, Dilthey, Heidegger and Gadamer. Evanston: Northwestern Universities Press.
- Perry, J. C. (1993). The study of defenses mechanisms and their effects. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber et J. P. Docherty (Éds), Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice (pp. 276-306). New York: Basic Books.
- Rennie, D. L. (1994). Human science and counselling psychology: Closing the gap between research and practice. Counselling Psychology Quarterly, 7, 235-250.
- Rennie, D. L. (1996). Fifteen years of doing qualitative research on psychotherapy. British Journal of Guidance and Counselling, 24, 317-327.
- Rice, L. N. et Greenberg, L. S. (1984). Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process. New York: The Guilford Press.
- Ricoeur, P. (1970). Freud and philosophy: An essay on interpretation. New Haven and London: Yale Univ. Press.
- Roth, A. et Fonagy, P. (1996). What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York, London: The Guilford Press.
- Schaffer, N. D. (1983). The context of therapist behavior and outcome prediction. Professional Psychology: Research and Practice, 14, 656-669.



- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. American Psychologist, 50, 965-974.
- Siegel, D. J. (1999). The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. New York: Guilford.
- Silberschatz, G. et Curtis, J. T. (1993). Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 403-411.
- Silberschatz, G., Curtis, J. T., Fretter, P. B. et Kelly, T. J. (1988). Testing hypotheses of psychotherapeutic change processes. In H. Dahl, H. Kächele et H. Thomä (Éds), Psychoanalytic process research strategies (pp. 129-145). Berlin: Springer-Verlag.
- Slife, B. D. et Gantt, E. E. (1999). Methodological pluralism: A framework for psychotherapy research. Journal of Clinical Psychology, 55, 1453-1465.
- Smith, D. L. (1999). Getting our act together: Lessons on meaningful psychotherapy research from the philosophy of science. Journal of Clinical Psychology, 55, 1495-1505.
- Smith, H. W. (1975). Strategies for social research: The methodological imagination. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Soldz, S. (1990). The therapeutic interaction: Research perspectives. In R. A. Wells et V. J. Giannetti (Éds), Handbook of the brief psychotherapies (pp. 27-53). New York: Plenum Press.

- Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research. Clinical Psychology Review, 13, 593-618.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. et Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? American Psychologist, 41, 165-180.
- Strenger, C. (1991). Between hermeneutics and science. Madison, CT: International Universities Press.
- Strupp, H. H. (1980a). Success and failure in time limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases: Comparison 1. Archives of General Psychiatry, 37, 595-603.
- Strupp, H. H. (1980b). Success and failure in time limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases: Comparison 2. Archives of General Psychiatry, 37, 708-716.
- Strupp, H. H. (1980c). Success and failure in time limited psychotherapy: With special reference to the performance of a lay counselor. Archives of General Psychiatry, 37, 831-841.
- Strupp, H. H. (1980d). Success and failure in time limited psychotherapy: Further evidence (comparison 4). Archives of General Psychiatry, 37, 947-954.
- Strupp, H. H., Schacht, T. E. et Henry, W. P. (1988). Problem-treatment-outcome congruence: A principle whose time has come. In H. Dahl, H. Kächele et H. Thomä (Éds), Psychoanalytic process research strategies (pp. 1-14). Berlin: Springer-Verlag.

- Tuckett, D. (1998). Evaluating psychoanalytic papers: Towards the development of common standards. International Journal of Psychoanalysis, 79, 431-448.
- Wampold, B. E. (1992). The intensive examination of social interactions. In T. R. Kratochwill et J. R. Levin (Éds), Single-case research design and analysis: New directions for psychology and education (pp. 93-131). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. et Kim, K. (1989). Sequential analysis applied to counseling process and outcome: A case study revisited. Journal of Counseling Psychology, 36, 357-364.
- Wheeler, M. A., Stuss, D. T. et Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and auto-noetic consciousness. Psychological Bulletin, 121, 331-354.
- Yin, R. K. (1993). Application of case study research. Newbury Park: Sage Publications.

Note des auteurs

La correspondance concernant cet article peut être envoyée à Marc-André Bouchard, Département de Psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3J7. Le courrier électronique peut être envoyé à: [[marc.andre.bouchard@umontreal.ca](mailto:marc.andre.bouchard@umontreal.ca)].

## Notes de Bas de Page

<sup>1</sup>La notion de facteur commun englobe d'une part les facteurs dits non spécifiques, implicitement restreints aux éléments de la relation thérapeutique (les variables interpersonnelles et sociales auxiliaires des opérations et des techniques du thérapeute, la motivation du client et les attentes) et d'autre part, certains éléments empiriquement spécifiés, tels que par exemple le conditionnement opérant. Ce dernier facteur, reconnu d'emblée comme un facteur commun, a été précisément décrit et son effet évalué au sein des méthodes humaniste et psychanalytique ainsi que bien entendu, dans les approches comportementales (voir Castonguay, 1987).

<sup>2</sup>L'article de Tuckett (1998) s'adresse de façon exclusive à l'évaluation de la qualité d'articles théorico-cliniques d'orientation psychanalytique soumis pour publication dans l'International Journal of Psychoanalysis. Il est néanmoins inclus dans cette synthèse, vu sa pertinence pour les études de cas d'approche intensive et la recherche qualitative.

Tableau 1

Caractéristiques des paradigmes qualitatif et quantitatif de recherche en psychothérapie

Paradigme qualitatif	Paradigme quantitatif
Phénoménologie. Épistémologie constructiviste et compréhension herméneutique. Recherche avant tout le point de vue du sujet et de l'acteur.	Épistémologie déterministe, empiriste et positiviste. Positivisme logique: recherche les facteurs ou les causes des phénomènes par la mesure et la transformation opérationnelle. La subjectivité de l'individu est un artefact.
Observation non contrôlée et naturaliste.	Observation en situation contrôlée.
Idéal de respect de la subjectivité.	Idéal de respect de l'objectivité.
Perspective intérieure. Enracinée, au plus près des données ( <u>grounded</u> ).	Perspective extérieure. Distance nécessaire face aux phénomènes bruts de la psyché ( <u>ungrounded</u> ).
Accent mis sur la découverte: approche exploratoire, expansionniste, descriptive et inductive.	Accent mis sur la vérification: approche de confirmation, de réduction, d'inférence et hypothético-déductive.
Accent sur les processus du changement ( <u>process</u> ).	Accent sur l'efficacité et les résultats ( <u>outcome</u> ).
Sources d'observation uniques et contextuelles. Validité clinique: données « vraies », « riches » et « profondes ». Validité par triangulation.	Fiabilité: données répétables et objectivées. Validité interne dans la recherche de la causalité: données « dures ».
Risque de généralisation restreinte. Étude de cas.	Préoccupation explicite pour assurer une généralisation. Études extensives de groupe.
Approche holistique et centrée sur la signification.	Approche particulariste et causale.
Assume une réalité dynamique et construite.	Assume une réalité stable et invariante.
L'initiative est à l'interrogation et à la théorie.	L'initiative est à l'observation, qui révèle ce qui est là, accessibles aux sens.

Note. Adapté de Krantz (1995).

Article 3

Quality of Psychotherapeutic Relationship in Two Contrasted  
Beginnings With the Same Therapist

Running head: QUALITY OF THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN TWO  
BEGINNINGS

Quality of Psychotherapeutic Relationship in Two Contrasted  
Beginnings With the Same Therapist

Caroline Audet, Marc-André Bouchard, Daniela Wiethaeuper, and Patrice St-Amand

Université de Montréal, Montréal, Canada

To be submitted to Psychotherapy Research



## Abstract

The relational quality of two psychotherapies, one premature termination (case A) and one with a positive outcome (case B), offered by the same experienced therapist is examined with the Positive and Negative Relationship Configurations measure (PNRC; Audet, 1999). A mixed design combining traditional quantitative methodology and qualitative research is used. Clinicians evaluations of the quality of the therapeutic process detected a deterioration in helpfulness in pair A, measured by the modified version of the Helpfulness Rating Scale (HRS; Elliott, 1985). The Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS; Perry, 1990) showed more defensive activity as sessions progressed in this case. The PNRC supported those results: case A presented more negative relationship configurations (NCs) than case B. However, positive (PCs) and neutral configurations (NTs) do not differ between cases. The results support the validity of the PNRC's NCs and strengthen the negative impact of relational impasses onto the process and outcome of psychotherapy.

Key words: therapeutic relationship, interaction, transference, countertransference, qualitative research.

## Quality of Psychotherapeutic Relationship in Two Contrasted

## Beginnings With the Same Therapist

The therapeutic relationship is now more fully understood as resulting from a mutual and reciprocal influence between the participants (Fosshage, 1994; Gill, 1996; Hoffman, 1994, Ponsi, 1997; Schwaber, 1995). Although still controversial, it seems that the quality of the therapeutic relationship is revealed to be a crucial contributor to therapeutic outcome, as shown by recent empirical findings (Bänninger-Huber & Widmer, 1999; Henry, Schacht, & Strupp, 1986, 1990; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994; Saunders, 2000). However, the question remains as to how the quality of the relationship influences outcome. Technically and theoretically specific factors and factors associated to the relationship are often seen as dichotomous, but they may in fact be related in complex ways. Technique could have its greatest impact exclusively in the context of a positive relationship, or perhaps in the absence of negativity (Henry et al., 1986, 1990). The relationship may modulate or influence the strength of the causal association between treatment intervention and outcome<sup>1</sup> (Saunders, 2000). Conversely, specific techniques may be part of what enhances the quality of the relationship. This important issue requires the development of observer-rated measures of the therapeutic relationship.

Studies on psychodynamic technique have drawn contradictory conclusions concerning the impact of transference (TR) interpretations on outcome (Henry, Strupp, Schacht, & Gaston, 1994; Ogrodniczuk, Piper, Joyce, & McCallum, 1999). Also, the Vanderbilt I and II projects (Henry et al., 1986, 1990) examined the interpersonal

processes in 14 contrasted therapeutic dyads, 7 linked to a good outcome and 7 to a poor outcome. In the poor outcome condition, both patients and therapists demonstrated significantly more hostile behaviors towards each other: e.g., belittling and blaming, avoiding, ignoring and neglecting, while being less disclosing and expressive. Using the Structural Analysis for Social Behavior (SASB; Benjamin, 1974), the authors observed a greater frequency in the poor outcome cases of negative interpersonal complementarities, where hostility from one partner was correlated with hostility from the other.

Such reports robustly support the notion that the quality of the therapeutic interaction impacts on outcome. This suggests that the relational context in which verbal communications are delivered exerts at least as much if not more influence than the actual nature, technical merit, timing, accuracy or aptness of the intervention per se (Binder & Strupp, 1997). Yet few studies have focused on the patient and therapist interplay (Bachelor & Horvath, 1999; Bänninger-Huber & Widmer, 1999), which underlines the importance of a closer study of the impact of interactional variables, as opposed to individual (patient or therapist) variables (Bänninger-Huber & Widmer, 1999). Fine-grained analyses of important but often subtle changes in the state of the relationship using context-sensitive measures and methodologies are required (Crits-Christoph & Connolly, 1999; Greenberg, 1986; Schaffer, 1983). Moreover, Schut and Castonguay (2001) noted that “the majority of research investigating proposed links between therapeutic techniques and outcomes have typically failed to consider the interpersonal tone and/or context from within which such interventions are provided” (p. 43).

Generally, the field is still in search of a more appropriate, fuller and more valid methodological paradigm to approach the unique complexity created by the meeting and influence of two minds involved in a psychotherapy process. Intensive designs recently appeared as offering a crucial methodological contribution to examine contextually the relational and specific factors related to outcome (Ablon & Jones, 1999; Dahl, Kächele, & Thomä, 1988; Gedo & Schaffer, 1989; Gedo, 1999; Greenberg, 1986, 1999; Rice & Greenberg, 1984; Schaffer, 1983; Silberschatz & Curtis, 1993; Silberschatz, Curtis, Fretter, & Kelly, 1988; Strupp, Schacht, & Henry, 1988). Indeed, the intertwining of process and outcome is a good argument to use single-case design (Gill, 1994). Yet, in our opinion, within-session qualitative variations of process variables (including the therapeutic interaction) can hardly if not impossibly, be fully assessed within a traditional empirical, even if intensive paradigm. In short, the quantification designs by themselves, do not fully grasp the complexity of the psychotherapeutic process. For instance, it has been found that empathic listening at critical moments is clinically more important than the therapist's general empathic attitude (Schaffer, 1983). The qualitative empathic presence, rather than the quantity of empathy is what imports clinically. Beyond the potential relevance of combining both quantitative and qualitative designs, our research literature still indicates the virtual absence of any published work which would expand on these ideas or put them to test.

The first objective of the present study is to test the application of the Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC; Audet, 1999) measure, an instrument that describes within-session variations of the valence of the therapeutic interaction. The

second goal is to assess the potential of a mixed methodological design combining the quantitative and qualitative approaches, the former derived from the empirical-objective paradigm, the latter inspired by the so-called constructivist-subjectivist-qualitative paradigm.

### Epistemology

While some authors argue that a dialogue between the two traditions is “epistemologically chaotic” (e.g., Yanchar, 1997), others insist on their complementarity (Arknoff, Glass, Elkin, Levy, & Gershefski, 1996; Howe, 1992; Huberman, 1981). We support the idea that both traditions can be used in a complementary manner, in a kind of “methodological pluralism” (Howard, 1983; Polkinghorne, 1984).

#### The Received-View: Empirical Paradigm

The empiricist standards insist on the following notions: (a) the use of “objective” observations, or facts, is the only fecund type of knowledge and any proposition not strictly reducible to a fact has no value; (b) the approach must be sufficiently external to the participants involved and observations must rest on the development of operational measures, which are tested for reliability (consistency, inter-observer agreements, etc.) and validity (content, construct, predictive, etc.); (c) the ultimate goal is to establish through the internal validity of an experimental protocol, a causal relationship between phenomena; and (d) theoretical formulations and deductions are closely related to their associated operational definitions (construct validity).

### Hermeneutic-Constructivist Paradigm

The hermeneutic-constructivist tradition, grounded on phenomenology, holds first that experience is by nature irreducible: lived experience is a given, the main object of study. This has been called the “phenomenal realism” premise. Secondly, in terms of method and approach, meaning is believed to emerge from circular, contextually sensitive, historically determined efforts at understanding. In psychotherapy research, the method operates under the following principles and consequent general rules of validity (Bouchard, 1995; Gadamer, 1975; Palmer, 1969; Strenger, 1991):

1. The psychotherapeutic situation creates a “hermeneutic constellation” formed by each participant’s verbal and non-verbal productions and interpretations (expectations, cognitions, fantasies), listening and relational contributions. The aim is to reveal implicit meaning, notably by tracing back symbolic derivatives to their origins.

2. Understanding is a circular and dialectic process. It begins with an initial interpretation of the global meaning. Both participants’ initial intuition serves as a ground for other formulations and is itself put into question. This has been labelled the hermeneutic circle.

3. Understanding is temporal, historically relative and evolving. Attitudinal slants in the form of biases and expectations are inevitable and omnipresent; differences in our sensitivities lead us to understand and formulate what our patients tell us in significantly different ways. Countertransference is crucial, both as an obstacle and as an instrument.

4. The patient is an hermeneut, a self-symbolizing, self-theorizing and self-translating interpreting being (Laplanche, 1989) who generates complex self-interpretations, in search of further synthesis, confirmation, disconfirmation, etc.

5. Observers and clinicians whose judgement is recruited as part of a research protocol inevitably generate their own understanding, which in essence results from a different hermeneutic situation. On the contrary, in the empirical methodology, trained observers are explicitly asked to leave these judgements aside, and to submit to manualized rules of observation and opinion.

6. Finally, these principles hold for clinical researchers adopting a so-called “qualitative” approach.

#### Measuring Relational Patterns

The approaches to the investigation of the psychotherapeutic relationship have been described as an heterogeneous set (Bänninger-Huber & Widmer, 1999). For instance, Weiss and Sampson's (1986) cognitive model (see also Weiss, 1995) holds that psychopathology stems from pathogenic beliefs which the patient will put to test in the context of the relationship. As a result, the therapist is pressured to act in particular ways. Helpful interventions which disconfirm the belief are described as accurate and have been shown to relate to outcome (Bush and Gassner, 1986; Curtis, Silberschatz, Sampson, & Weiss, 1994; Silberschatz, Fretter, & Curtis, 1986). This model has been fruitful, but perhaps seen as too cognitive (conscious and explicit) and restrictive in content. For instance, a therapist may accurately and verbally disconfirm a patient's plan, while confirming it at a different level by enacting a critical posture. The Vanderbilt I

and II projects (Henry et al., 1986, 1990) vigorously showed that such enactments can indeed make a crucial difference on outcome. Recently, Caspar et al. (2000) explicitly commented on the limits of Weiss and Sampson's model, stating that an "interpretation might be plan compatible in content, but incompatible in terms of process" (Caspar et al., 2000, p. 309, our italics). Bringing the model one step further, they showed the importance of taking the process aspect into account while studying "plan compatibility".

Sandell, Rönnas and Schubert (1992) found that a therapist's evaluation of an hour as "bad" is characterized by countertransference (CT) acting-out or the inability somehow to control a CT response. Conversely a constructive use of CT contributes to make an hour feel particularly good. This work signals that the therapist's state of consciousness may help to differentiate between negative and positive moments. Unfortunately, no external observers were used in this study to validate the assessment of the quality of the sessions or therapist's mental state.

Bänninger-Huber and colleagues' micro analytic method combines verbal and nonverbal aspects to identify specific interactive patterns (Bänninger-Huber, Juen, & Widmer, 2001; Bänninger-Huber & Widmer, 1999). A client's verbal inducement of a specific role for the therapist defines a so-called "trap", perceived as an appeal to show a particular reaction. For instance, the patient generates guilt feelings and appeals to the therapist as an authority figure. Successful and unsuccessful "traps" can be identified, depending on the therapist's responding or not to the prescribed role. Further, at a non-verbal level, what has been called prototypical affective microsequences (PAMs) are



described. PAMs are distinct emotional patterns, documented by the Facial Action Coding System. In successful PAMs clients are able to establish a resonant affective state whenever the therapist reciprocates. In this research paradigm, a positive interaction involves an unsuccessful trap and a successful PAM: the therapist resonates with the patient's emotional state, while not responding to the patient's demand for role responsiveness. This revisits the classic necessary equilibrium between support and confrontation. In their conclusion, they underline that optimized technique is of less import than an "attitude of self-reflection which affects the therapist's interactive involvement with the client" (Bänninger-Huber & Widmer, 1999, p. 85). We share their view concerning the importance of this self-reflective function, but it remains to be empirically tested. Finally, it is now vigorously recommended that relational measures shall perform microanalyses of within-session variations in order to better grasp the vicissitudes of the relational context (Bänninger-Huber & Widmer, 1999; Crits-Christoph & Connolly, 1999).

#### Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC)

The PNRC (Audet, 1999) takes as a departure point that positive and negative relationship configurations are the meeting of the subjective systems of both participants, which includes the present mental states of each protagonist. First, the notion of intersubjectivity (Atwood & Stolorow, 1984; Stolorow, 1997; Stolorow, Atwood, & Branchaft, 1994; Stolorow, Branchaft, & Atwood, 1987) implies that both participants mutually influence and determine the nature of the interaction. A second major influence is the theoretically broad view put forward within the object-relations framework of

Klein, Jacobson and Kernberg, of self and object representations held together by an affect, which are being reactivated and projected within the therapeutic situation.

The PNRC is a descriptive and operational measure of the present state of the dyad. It is based on an evaluation of each participant's mental state as either reflective, reactive or objective-rational measured by the Mental State Rating System (MSRS; Bouchard, Audet, Picard, Carrier, & Milcent, 2001; see also Normandin, 1991; Normandin & Bouchard, 1993) and on the confirmation or disconfirmation of the patient's reactivated and projected relational scenarios (internal object relations) within the interaction. The dyad is seen as either in: a) a positive state or configuration (PC); b) a negative state or configuration (NC) which is presumably detrimental to the relationship and to the process; and c) a neutral state (NT), when criteria for a) or b) are not met. Such micro-analytic descriptions of PC and NC should together contribute to a clinically relevant description of the quality of the therapeutic relationship, as a crucial aspect of any psychotherapeutic enterprise.

#### Positive Configurations

In a positive configuration, the patient is involved in inner, subjective self-observation and self-analysis. He is able to recognize and elaborate his present internal situation as a participating subject. The therapist validates and contributes to this moment by a process-oriented reflective position towards the patient and the therapeutic process, which implies a self-reflective awareness. Statements position him as different from what the patient is currently projecting and seeking to repeat. This is a cognitive

and affective disconfirmation, within the immediate relationship, of the patient's fears and expectations. It is important to note however, that PCs do not represent moments of "improvement", "change", or "progress"; they are rather meant to reflect the positive state of the immediate shared reflective relational state.

#### Negative Configurations

In a NC, the following sequence of intersubjective and intrapsychic events occurs: (a) an intrapsychic upsetting scenario (expectation, cognition, fantasy) is presently reactivated; and (b) it is being confirmed in the relationship with the therapist, who in some way or another is acting in conformity with the patient's projection (Racker, 1968). The patient "expects" this confirmation, as he is confirmed internally from his affective memory, that this is "as before and as always" and as he is also confirmed externally as it effectively happens. The mental state is typically reactive as opposed to reflective. The sequence illustrates a repetition, as opposed to a remembering and working through (Freud). This repetition is not to be attributed to the patient's activating scenario because by definition a NC also involves the therapist's participation, a present enactment of his CT, as seen since Freud (1910, 1912), as a distortion in technique and an obstacle.

#### The Montreal Transference and Countertransference Measure:

##### The Operational Foundation of the PNRC

The PNRC was elaborated as an extension of the Montreal Transference and Countertransference Measure (MTCM: Bouchard, 1996). The MTCM measures various

variables for both participants: the object relation reactivated in the transference, the mental state, the manifest relational focus, the impact and the level of inference of the therapist's interventions, etc. The PNRC is based on the hypothesis that specific sequences of MTCM's scores reflect positive, negative, and neutral relationship configurations.

Many instruments in the psychotherapy research literature are able to measure the central patient's conflicts or transference activated in the treatment, for example the Core Conflictual Relationship Themes (CCRT; Luborsky, 1990) and the Role-Relationship Model Configuration (RRMC: Horowitz, 1995). These instruments are efficient to measure the patients' central issues that can be evaluated by using the transcription of the psychotherapeutic sessions. However, they do not evaluate the sequential therapist's activity in relation to the patient's conflicts, the level of his contribution to the present state of the dyad nor the quality of the interaction between the patient's conflict and the therapist. The Structural Analysis for Social Behavior (SASB) developed by Benjamin (1974) has been widely used and can evaluate the therapist-patient interaction. This instrument scores the interaction between the participants based on their behaviors in session (hostile behaviors, supporting behaviors, etc.). Unfortunately, this instrument is not grounded on a theoretical model and, thus, would not be capable of measuring a PC or a NC as they are defined in the PNRC: confirmation or disconfirmation of unconscious relational scenarios in the therapeutic interaction.

In the PNR, the conceptual definition of the positive moment also describes the participants has being in a reflective mental state, while, on the contrary, in the negative configurations or relational impasses, the participants are understood to be taken by areactivated conflict, and consequently are in a reactive mental state. Fonagy and Target (1997) elaborated the Self Reflective Functioning measure that aims to evaluate the patient's reflective capacity. However, Fonagy and Target's concept of the Reflective function measures a trait, a person's capacity to be reflective, not a mental state. Moreover, their measure concentrates on the patient's capacity and the therapist activity is not taken into account or scored. As said before, the MTCM includes another instrument, the Mental State Rating System (MSRS; Bouchard et al., 2001) that specifically evaluate within-session variations of both participant's mental states.

In conclusion, the MTCM can evaluate both patients and therapists moment-to-moment activities in the therapeutic process and consequently can capture different sequences within the dyad. Moreover, the MTCM measures the mental states of the participants and the impact (negative, positive, neutral) of the therapist' interventions. The MSRS being part of the MTCM, the instrument offers a rigorous way to evaluate the immediate state of the relationship.

### Character and Relational Challenges

Beyond the unique nature of any therapeutic relationship, pre-existing dispositional characteristics of both patient and therapist influence the interactional exchange and quality of the therapeutic relationship (Bachelor & Horvath, 1999). In a psychotherapy situation, both patient and therapist's character structures will emerge and

take a definite identifiable form. For the patient, this structure will be observable through a typical level of object-relating in the transference and defensive activity. For the therapist, observation of mental states and interpretive activity is our entry.

The present study contrasts the evolving processes of two psychoanalytically inspired psychotherapies, observed in their initial phases and offered by the same experienced therapist. The aim is to test the application of the PNRC measure. Other instruments used will be the Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS; Perry, 1990) and a modified version of the Helpfulness Rating Scale (HRS; Elliott, 1985).

Pair A is a case of premature termination in a narcissistic personality<sup>2</sup>. Pair B is a case of fairly typical depression and adjustment difficulty in a neurotic personality organisation with hysterical traits (see details below). Narcissistic personalities (as Mrs A.) present several challenges to a clinician: they lack capacity to depend deeply on others, including the therapist; they use massive devaluation, as an essential defense against this dreaded dependency; and they deny the importance of the therapeutic relationship (Kernberg, 1975). Various countertransference reactions such as rage, rejection, exclusion and devaluation have been reported (Guerrini, 1991; Ivey, 1995; Koenigsberg et al., 2000; Ornstein, 1998). In contrast, the therapeutic relationship of the neurotic organisation patient (Mrs B. in the present study) offers a different picture. The conflict is expected to be activated mostly at an intrapsychic level, as opposed to being massively externalized and projected in the relationship. Further, inhibitions and a turning of aggression against the self are typical, in contrast to the active disinhibition and devaluating of others.

Some empirical findings support this clinical literature (see Henry et al., 1994). Patient's early relational experiences, as reflected by the quality of object relations, are important factors that influence their ability to form a productive therapeutic alliance (e.g., Piper et al., 1991). Hostile dominant therapist personality types have been negatively linked to the quality of the client's working relationship (see Bachelor & Horvath, 1999). Even experienced psychodynamic therapists showed a "surprising" vulnerability to countertransference reactions when faced with an hostile or difficult patient (Henry, Schacht, Strupp, Butler, & Binder, 1993). This seems to point that hostility in one participant co-occurs with hostility in the other. Therapist pretherapy characterological dispositions also determine the interactive field. Self-critical therapists for instance, were more likely to engage in subtly hostile and controlling interactions with their patients than were therapists with positive self-representations (Henry et al., 1994).

#### Defensive Activity

The overall maturity of defensive functioning is associated in clinical theory with the level of character structure and organization (Kernberg, 1984). Defense mechanisms have been assessed by manualized ratings of interview data (e.g., DMRS), self-report instruments (e.g., Bond, 1990; Bond, Paris, & Zweig-Frank, 1994) and projective techniques (Lerner & Lerner, 1980). The connection between defense mechanisms and psychopathology has been examined and substantiated to some extent (e.g., Busch, Shear, Cooper, Shapiro, & Leon, 1995; Leichsenring, 1999; Lerner & Lerner, 1980; Lingardi et al., 1999). The evolution of defensive activity during psychotherapy can be

used as an empirical indicator of the character structure and of therapy efficacy (Perry & Ianni, 1998; Perry, Kardos, & Pagano, 1993). However, although the DMRS is the most likely candidate for these purposes, it still awaits more empirical testing in the context of process research.

### Hypotheses

The present study compares and contrasts two psychotherapeutic beginnings with the same therapist. It is expected that each process will unfold following the patient's basic character structure, into unique responses which will create identifiable interactive pressures. Thus, transference level and form will be specific to the patient. The therapist will actualize distinct mental postures and styles (countertransference).

Negative relational patterns will be more frequent in the prematurely interrupted psychotherapy (case A) while the positive relational patterns are expected to predominate in the good outcome dyad initial sessions (case B). Levels of defensive activity and maturity should be higher in patient B. Further, differences will be noted between the level of specific defenses (as reflected by the DMRS) and the supraordinate level of relational defensive postures in the transference. Object relations activated within the transference (immediate therapy relationship) are expected to discriminate between the two cases. Mrs A. shall be situated within the narcissistic defensive grandiose mode and range of functioning, whereas Mrs B. should display more mature (neurotic) but hysterical forms, with much anxiety and self-devaluation.



## Method

### Participants and Material<sup>3</sup>

All patients were requiring psychoanalytic psychotherapy. Each received an information document and signed a consent form in which they accepted that their therapy sessions be recorded and that the information provided would be used for research purposes. Exclusion criteria included any psycho-organic or delirium disorder, any substantial alcohol or drug dependence, schizophrenia or other psychotic disorders, bipolar disorders, mental retardation and serious suicidal intent or ideation that may interfere with treatment. Inclusion criteria for the therapists were: being a psychoanalyst and/or a psychotherapist using a psychoanalytic or a psychodynamic framework, having substantial clinical experience (at least 10 years) and accepting to have the sessions audiotaped. All patients were seen three times by their therapist for an evaluation period. Those sessions are not taped and, consequently, not included in the material used for the study.

Mrs A. is a 44-year-old divorced woman, a mother of three children in their twenties. The youngest still lives with her. Unemployed at the time of her treatment, she had just completed 6 years as a management secretary. She entertains a stable but distant relationship with a man. Mrs A. suffered from anxious and depressive symptoms following a burnout episode. Following three evaluation sessions with the therapist, she received an adjustment disorder, with mixed anxiety and depressed mood (329,28) diagnosis on DSM-IV Axis I (APA, 1994) and she satisfied criteria for both Avoidant

(301,82) and Dependant (301,6) personality disorders on Axis II. Finally, on Axis V, her Global Assessment of Functioning (GAF) score was evaluated at 70, based on the first three sessions. She was seen twice a week. Her psychotherapy consisted of 14 sessions at the end of which she decided to terminate the treatment. These 14 sessions, conducted face to face, were audio-taped, transcribed and revised once. Following the criteria proposed by Mergenthaler and Stinson (1992), specific contextual information was indicated in the text (pauses, sighs, laughs, hesitations, etc.).

Mrs B. is a 27-year-old woman who had just completed an undergraduate program at the time she started her psychotherapy. Her main complaints were anxiety, depression and inhibition in her literary writings. On Axis I, she received a diagnosis of Depressive Episode (Not Otherwise Specified) (311). No Axis II personality disorders were noted. Based on the first three sessions, her GAF was evaluated at 70 on Axis V. The therapeutic process lasted for a total of 202 sessions, on a twice a week basis. The

therapy was first conducted face to face, but she eventually used the couch. All 202 sessions were audio-recorded and four blocks of 14 interviews were transcribed (1-14, 65-79, 120-135, 184-198) and revised once. The first block of sessions (1-14) is used in the present study.

The therapist is a male psychoanalyst, in his mid-forties, with more than 20 years of clinical experience as a psychodynamic psychotherapist and analyst.

### Instruments

#### Montreal Transference and Countertransference Measure (MTCM; Bouchard, 1996)

The MTCM offers a psychoanalytically grounded multidimensional descriptive and operational measure of the psychotherapeutic process, organized around the relational phenomena of transference and countertransference. Ten components are separately rated and specified. The MTCM identifies the specific type of object relations presently activated in the transference, on a continuum of five levels of maturity: Psychotic (1 and 2), borderline (3), narcissistic (“quasi four”), neurotic (4) and finally the level of integrative and reflective functioning (5). These levels are further subdivided into specific forms. For instance, a grandiose omnipotent narcissistic posture is rated, under the quasi-four level, as QF-NAR-GRAN. Also included are the manifest relational focus of both participants (TR, extra-TR, past), allusions to the TR and displacements (based on Gill’s contribution), the patient and therapist’s mental states, the therapist’s interpretive focus (genetic, here and now, contemporary) and level of inference (clarification, direct opinion, confrontation and interpretation). Finally, the micro-impact is assessed. Previous work (Bouchard, Audet, St-Amand, Picard, & Wiethaeuper, 1997)

produced mean percentages of agreement for the identification of significant units which varied from 67% to 79% ( $M=74\%$ ) and kappas for all criteria ranged from .63 to .87, which indicates satisfactory agreement beyond chance.

#### Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC; Audet, 1999)

Based on the MTCM's rating system, the PNRC was developed to identify the valence of the therapeutic relationship. A configuration encompasses three MTCM segments: in the first, the patient's activity is observed as context; the second segment must contain an identifiable therapist's interpretive activity; in the final segment of the sequence, the patient's activity is examined once more. All three segments must correspond to a specific and pre-defined combination of scores in order to be identified as a PC or NC. The variables used in the identification of the configurations are: the mental states of both participants, the register, the impact and the presence of allusions to the TR and displacements. For example, a NC in the TR would be identified with the following scores: (a) in segment 1, the patient is in a reactive mental state and addresses the transference; (b) in segment 2, the therapist's mental state is reactive (classical countertransference reaction), he addresses the transference and the impact of his intervention is rated as negative; and (c) in segment 3, the patient is in a reactive mental state and addresses the transference.

#### Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS; Perry, 1990)

The DMRS allows to locate and identify any of 27 defense mechanisms in a person's discourse. Each defense is defined with a description of its intrapsychic

function, a list of near neighbour defenses and criteria as to how to differentiate between them. Defenses are distributed on a hierarchic scale of seven levels of maturity, from most mature level 7, down to level 1 that includes action defenses. Raters identify each defense as it occurs, bracketing that part of the text over which it operates. In addition to the specific defenses observed, an Overall Defensive Functioning<sup>4</sup> (ODF; Perry & Høglend, 1999; Perry et al., 1993) index can be attained. Previously reported mean intra-class correlations are over .70 (Perry et al.).

#### Modified Helpfulness Rating Scale (HRS; Elliott, 1985)

The HRS is a 9-point, bipolar, adjective-anchored rating scale. The scale ranges from extremely hindering (1), through neutral (5), to extremely helpful (9). Originally, this instrument was elaborated to be used by the patients who were asked to review and rate the interview based on their recollection of how helpful the therapist's interventions were at the time. In the present study, judges were asked to review in sequence all 28 sessions and separately score each MTCM segment, on this 9-point scale, before rating the session as a whole. Since judges were not trained and were asked to make judgements based on their personal clinical experience, agreements are expected to be low.

#### Judges and Rating Procedure

For the MTCM and the PNRC rating processes, the selection criteria for the judges varied depending on the task involved. For the segmentation process (MTCM) and the identification of the relationship configurations (PNRC), since those tasks did not require any clinical decision, judges had to be in an undergraduate program in

psychology for at least 2 years and be bilingual (some therapeutic processes are in English, others are in French). For the scoring of the MTCM and the DMRS categories, judges had to be in a graduate program in psychology and have a minimum of 3 years of clinical experience using a psychodynamic and/or psychoanalytic framework.

Concerning the HRS, judges had to have an ongoing clinical practice in psychology within a psychodynamic and/or a psychoanalytic framework, be bilingual and have at least 2 years of clinical experience.

For the MTCM and the PNRC, the rating process involved three steps:

1. The segmentation was performed by two female clinical psychologists (6 and 7 years of clinical experience). Using the operational rules described in the manual, they read independently the transcriptions and identified the beginning and the end of significant units in the discourse.

2. Two other female clinical psychologists (4 and 7 years of clinical experience) independently scored the material using the set of MTCM criteria. These judges received approximately 40 hours of training.

3. The PCs and NCs were ascertained, with the PNRC. This task does not involve any complex clinical decision. Judges rely both on the MTCM scores and on the standardized decision tree elaborated in the PNRC scoring manual which describes criteria for the PCs and NCs. Two female undergraduate students in psychology completed the rating. They received a minimal 10 hours of training.

In rating the DMRS, judges listen to the tapes while reading the verbatim transcripts and precisely identify and locate defensive operations. Two graduate students in clinical psychology, one female and one male clinical psychologist, both with 3 years of clinical experience, received approximately 35 hours of training with J. C. Perry. For all instruments described above, consensus scores are obtained when disagreements are found.

For the HRS, judges were asked to review all 28 sessions and to score each MTCM segment on the 9-point scale, before rating the session as a whole. The judges were one female and two males psycho-dynamically oriented clinical psychologists with 5, 2 and 15 years of clinical experience, respectively.

#### Basic Scores For Analysis

Système d'Analyse de Texte par Ordinateur (SATO; Daoust, 1990) is a system for computer-assisted content analysis, which provides concordances, constructs and compare lexicons, categorizes words and the lexical forms, calculates percentages of words, etc. This system was used in this study to produce the basic scores

for analysis for all instruments except the HRS. SATO counted the number of words scored for each category, and divided this number by the total number of words of the session. These results were then expressed in percentage of words representing the proportion of words generated under a given category for each session. For the HRS, mean scores are used in all analyses.

## Results

### Reliability Estimates

For the segmentation of the MTCM, the percentage of agreement varied from 75.4% to 91.2% ( $M = 81.8\%$ ), based on a conservative method (Stinson, Milbrath, Reidbord, & Bucci, 1994), using 12 randomly selected sessions (2, 4, 5, 8, 10, 12 for case A and 4, 7, 8, 11, 12, 14 for case B). The MTCM rating procedure produced a mean kappa for all criteria of .72 (varying from .42 and .89). Concerning the identification of the configurations with the PNRC, the percentage of agreement varied from 91.2% to 100% ( $M = 96.6\%$ ), using all sessions for both cases. This high level of agreement was expected since the raters identified the configurations following a decision tree included in the manual, so that there is virtually no subjective effort to produce. The HRS showed a mean intraclass  $R$  of .39 (range of -.38 to .65 across sessions). It was not likely to produce strong reliability estimates, given that clinical judgments were asked to be based on personal experience and no formal training was offered. Interrater agreements for the DMRS yielded mean intraclass  $R$  of .81 (range .37 to .96 across sessions) and  $R$  of .71 (range .49 to .88) respectively for cases A and B.



### Overall Comparisons

Clinically, it is clear that the two cases have resulted in very contrasted consequences. But we still need to establish empirically that the various measures applied differentiate the two series of 14 sessions.

#### Clinical Evaluation: The Helpfulness Rating Scale

Global mean HRS scores do not differ statistically [ $M_A = 6.1$ ;  $M_B = 6.6$ ;  $t(13) = -1.98$ , n.s.] between the two cases. Yet, clinicians' HRS evaluations reveal a clear discrepancy in the evolution of perceived helpfulness. In case A, Spearman correlations of HRS session scores with session number follow an overall regressive tendency (HRS:  $r_s = -.83$ ,  $p < .05$ ). This means that clinicians rated a significant deterioration in the "helpfulness" of the sessions. In contrast, in case B, perceived helpfulness remains stable (HRS:  $r_s = -.33$ , n.s.). Further, for case A, a shift occurs following session 7 (see Figure 1). A comparison of the perceived helpfulness scores between sessions 1-7 and sessions 8-14 reveals a significant difference in HRS scores [ $M_{1-7} = 6.5$ ,  $M_{8-14} = 5.7$ ;  $t(6) = 4.8$ ,  $p < .05$ ]. On the contrary, this difference is absent in case B [ $M_{1-7} = 6.4$ ,  $M_{8-14} = 6.8$ ;  $t(13) = 0.91$ , n.s.].

---

Please insert Figure 1 about here

---

#### Object Relations

Examining the sum total of the 14 sessions, 85.27% of Mrs A.'s discourse was rated under the MTCM quasi-four level of object relating in the TR. Very low amounts

of level three (6.71%) and four (7.76%; neurotic) functioning were rated. This corresponds as expected to the activation of a characterologically determined narcissistic defensive posture of grandiose autonomy in the face of the risks involved in being dependent, at a level three (borderline) mode of object relating. In contrast, Mrs B. continually produced level four modes (100%; neurotic). But within this global mode, her most frequent object relational positions alternated between hysterical-castrated (18.36%), depressive-masochistic (14.51%), positive Oedipal and libidinal transference (unconscious desire for the therapist) (12.34%), anxious (10.77%) and Oedipal rivalry (9.09%). This undoubtedly places her within the neurotic level of object relating with strong hysterical traits and much aggression turned against self (the depressive-masochistic scores).

#### Defensive Activity

First, mean percent numbers of words rated as defensive differ, with Mrs A. being more defensive than Mrs B. [ $M_A = 45.01$ ,  $M_B = 27.89$ ;  $t(13) = 3.36$ ,  $p < .01$ ]. The ODF, a global indicator of the typical level of maturity in formal defensive functioning, also discriminates between the two patients: [ $M_A = 3.9$ ;  $M_B = 4.6$ ;  $t(13) = -2.4$ ,  $p < .05$ ]. This criterion situates Mrs A. within the narcissistic range of defensive functioning, and Mrs B. within the neurotic realm. This finding robustly corroborates the independent evaluation of the maturity of object relations (MTCM).

Further, Mrs A.'s maturity of defensive functioning deteriorated with time, as a significant correlation was found between ODF and session number (ODF:  $r_s = -.56$ ,

$p < .05$ ), in contrast to Mrs B.'s constant levels of maturity (ODF:  $r_s = -.04$ , n.s.).

Moreover, the quantity (i.e., percent number of words rated as defensive) of defensive activity diminished in case B but not in case A [ $r_s = -.91$ ,  $p < .01$ ; and  $r_s = .43$ , n.s., respectively].

At the level of specific defenses, both Mrs A. and Mrs B. demonstrated unique patterns. Taking the 14 sessions as a whole, Mrs A. most often employed the following defenses: hypochondriasis (8.32%), intellectualization (7.90%), passive-aggression (3.65%), displacement (3.33%) and omnipotence (3.01%). Mrs B.'s defensive signature was different: displacement (5.93%), repression (4.75%), intellectualization (4.71%), projection (3.37%) and devaluation of self (2.69%). Contrasting the two cases, mean comparisons revealed the following statistical differences between cases: Mrs A., compared to Mrs B, predominantly used hypochondriasis ( $\underline{M}_A = 9.69$ ,  $\underline{M}_B = 0.01$ ;  $t(13) = 3.11$ ,  $p < .05$ ), intellectualization ( $\underline{M}_A = 8.27$ ,  $\underline{M}_B = 3.56$ ;  $t(13) = 2.48$ ,  $p < .01$ ), omnipotence ( $\underline{M}_A = 2.60$ ,  $\underline{M}_B = 0.01$ ;  $t(13) = 3.33$ ,  $p < .01$ ), devaluation of others ( $\underline{M}_A = 1.58$ ,  $\underline{M}_B = 0.21$ ;  $t(13) = 3.39$ ,  $p < .01$ ) and passive aggression ( $\underline{M}_A = 4.02$ ,  $\underline{M}_B = 0.16$ ;  $t(13) = 3.65$ ,  $p < .01$ ). In addition, Mrs B. used significantly more repression ( $\underline{M}_B = 4.54$ ,  $\underline{M}_A = 1.55$ ;  $t(13) = 2.85$ ,  $p < .01$ ), devaluation of self ( $\underline{M}_B = 2.87$ ,  $\underline{M}_A = 0.25$ ;  $t(13) = 3.88$ ,  $p < .01$ ) and neurotic projection ( $\underline{M}_B = 3.31$ ,  $\underline{M}_A = 0.36$ ;  $t(13) = 4.47$ ,  $p < .001$ ), than Mrs A.

Therefore it seems clear that the two patients demonstrate different levels of character functioning, as reflected in object relating and defensive activity. Different evolutions within their treatment beginnings have also been noted. These observations

concur to underline that the basic early issues of trust and openness were at variance between the two patients; Mrs B. apparently being able to have this basic need met in contrast to Mrs A.'s sense of unsafety. This portrait is consistent with the clinical evaluations made with the HRS, where in dyad A the clinical quality of the sessions was seen as decreasing while in dyad B it remained stable. Now, we shall see if those results converge with the valence of the quality of the therapeutic relationship.

#### Positive and Negative Relationship Configurations

Relational configurations involve a descriptive index of the quality of therapeutic relationship. As expected, pair A showed higher mean amounts of the NCs than pair B [ $M_A = 22.18$ ;  $M_B = 4.9$ ;  $t(13) = 2.19$ ,  $p < .05$ ], as expressed in mean session percent numbers of words within a NC. PCs, although presenting mean figures in the expected direction, failed to show statistical differences: [ $M_A = 19.61$ ;  $M_B = 26.80$ ;  $t(13) = -.74$ , n.s.]. Finally, the NTs did not differ between cases [ $M_A = 58.27$ ;  $M_B = 68.20$ ;  $t(13) = -.98$ , n.s.]. This only partly supports our predicted differences and highlights that seemingly, the presence of a negative moment provides a potentially more crucial information on the quality of the process, compared to the other two indicators of the PNRC measure.

#### Intercorrelations between PCs, NCs, and NTs

For pair A, a significant negative correlation was found between the PCs and NCs ( $r = -.57$ ,  $p < .05$ ) and also between the NCs and NTs ( $r = -.67$ ,  $p < .01$ ). This seems to indicate that the NC is different from the PC and NT, whereas PC appears less

differentiated from the NT category, at least under a predominance of negative relational transactions.

For pair B, a negative significant correlation was found between PCs and NTs ( $r = -.92, p < .01$ ). This may be explained by the very low presence of NCs in that dyad. It seems as if the “space” is taken by only two variables, such that when PCs increase, NTs decrease and vice-versa.

#### Temporal Evolution of the Relational Configurations

To examine temporal trends of the quality of the relationship, Spearman correlations were computed between the percentage of words under each configuration and session number. Surprisingly, no correlations were found, neither for A nor B. However, visual examination of the evolution of difference scores<sup>5</sup> between PCs and NCs for both cases (see Figure 2) may help to clarify this.

---

Please insert Figure 2 about here

---

For case A, 8 sessions have a positive difference score, 6 are negative and 0 are neutral; for case B, 6 are positive, 1 is negative and 7 are neutral; a significant chi-square was found using these figures [ $\chi^2(1, N = 28) = 5.03, p < .02$ ]<sup>6</sup>. It thus seems that the most relevant information is given by the presence of negativity and not so much by the increasing or decreasing trends in the relationship valence. For Mrs A., sessions 1 to 7 present strong variations of the difference scores from one session to the other. This may indicate tensions in the state of the relationship and may reflect the sensitivity of the

measure to the phenomena under study. Following session 7, the difference is mostly positive and stable. This observation is in contradiction with the previously noted diminution in HRS global scores and the decrease in defensive maturity. For Mrs B., neutral sessions are frequent and only one session gets a negative differential. Those observations for both cases perhaps indicate that the presence of negativity and impasses in the relationship has a more deleterious and persistent effect on the quality of the therapeutic process and outcome, than its eventual "management". This concurs with previous findings (Henry et al., 1986, 1990). It may also suggest that it is not so much the presence of positive relational configurations that is imperative in order to reach a successful outcome, but the absence of negative ones.

#### Associations Between DMRS, HRS and PNR

##### Defensive Activity Within NCs, PCs, and NTs

For case A, the proportion of defensive mechanisms observed in the NCs is marginally greater than the NTs [ $M_{NCs} = 57.21\%$ ,  $M_{NTs} = 41.84\%$ ;  $t(8) = 2.02$ ,  $p < .058$ ]. No differences are observed between NCs and PCs [ $M_{NCs} = 57.21\%$ ,  $M_{PCs} = 38.16\%$ ;  $t(7) = 1.90$ , n.s.] nor between NTs and PCs [ $M_{NTs} = 41.84\%$ ,  $M_{PCs} = 38.16\%$ ;  $t(8) = .56$ , n.s.]. For case B, mean percentages of words rated as defensive are equally distributed between the PCs, NCs, and NTs ( $M = 28.86\%$ ,  $26.24\%$  and  $24.99\%$ , respectively). Table 1 shows the distribution of specific defense mechanisms within the relational configurations for both cases.

---

Please insert Table 1 about here

---

One-way analyses of variance were conducted separately for each case to determine whether some defenses would be significantly present in specific configurations. In both cases, none reached significance. These results indicate that the state of the relationship and defensive activity are globally independent phenomena. Perhaps this also reflects that the DMRS's formal description of defenses relates to relatively stable characterological, habitual modes of functioning in contrast to the momentarily urgent, shifting variations in mental states which characterized relational states.

Next, cases A and B were contrasted in their defensive activity within PCs and NTs (NCs were not included given their low frequency in pair B). In the PCs, Mrs B. used significantly more devaluation of self compared to Mrs A. [ $\underline{M}_B = 2.8$ ,  $\underline{M}_A = .01$ ;  $t(5) = 4.33$ ,  $p < .01$ ]. Within the NTs, it was shown that Mrs A. makes a more frequent use of the following defenses, compared to Mrs B.: hypochondriasis [ $\underline{M}_A = 8.93$ ,  $\underline{M}_B = .01$ ;  $t(13) = 3.25$ ,  $p < .01$ ], intellectualization [ $\underline{M}_A = 7.55$ ,  $\underline{M}_B = 2.71$ ;  $t(13) = 2.42$ ,  $p < .05$ ], omnipotence [ $\underline{M}_A = 4.09$ ,  $\underline{M}_B = .01$ ;  $t(13) = 3.01$ ,  $p < .01$ ], devaluation of others [ $\underline{M}_A = 2.42$ ,  $\underline{M}_B = .29$ ;  $t(13) = 2.68$ ,  $p < .05$ ] and reaction formation [ $\underline{M}_A = 1.02$ ,  $\underline{M}_B = .01$ ;  $t(13) = 2.19$ ,  $p < .05$ ]. By comparison, Mrs B. is using more devaluation of self [ $\underline{M}_B = 1.87$ ,  $\underline{M}_A = .01$ ;  $t(13) = 3.33$ ,  $p < .01$ ], repression [ $\underline{M}_B = 4.56$ ,  $\underline{M}_A = 1.48$ ;

$t(13) = 2.10, p < .05]$  and neurotic projection [ $M_B = 4.14, M_A = .36; t(13) = 3.14, p < .01]$ .

For Mrs A., this description of defensive activity may bring more light on the previously noted paradox of the slight but stable predominance of the positive valence in the second half of the process, following the tumultuous first seven sessions (see Figure 1). Mrs A.'s combined use of complaining (hypochondriasis) and devaluation of others, within the context of an omnipotent attitude and intellectualization may reflect her attempt at regaining a stronghold, a well known protective posture in a narcissistic context, away from the "disastrous negativity" of the first seven sessions. This will be elaborated in the qualitative analysis presented below.

#### HRS and Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC)

Session configuration scores and global HRS scores were correlated, using Spearman's formula. No significant relations were found. Similarly, a one-way analysis of variance conducted between the three configurations (positive, negative, and neutral) and mean HRS scores per segment, confirmed that segment configuration ratings are unrelated to perceived segment helpfulness for Mrs A. and Mrs B.: [ $F(2, 202) = .66, n.s.$ ] and [ $F(2, 147) = .66, n.s.$ ], respectively.

#### Shifting Method: The Issue of Context

At this point, we believed it was appropriate to implement a shift in methodology and take a "qualitative-subjective-hermeneutical" approach, hoping to bring a different light to these initial empirically derived observations. We were reminded that during the



scoring process, MTCM and DMRS judges were asked to leave the context out and rate each specific segment or defense under study as a separate entity. Clinicians assessing helpfulness using the HRS were involved in a different task. They were requested to consider the material having in mind the history of the process as they perceived it. Their task was thus closer to a typical hermeneutic-clinical process. The above noted important shift in their perception of pair A, following session 7 (see Figure 1). Their estimated helpfulness scores diminished while PNRC formal ratings indicate a high presence of PCs from this point on.

#### Case A

Defensive activity within relational configurations. We have already noted the frequent appearance of hypochondriasis<sup>7</sup> and omnipotence which indicates difficulties in the relationship and narcissistic activity. Their course and movement however is interesting to observe (see Table 1). Hypochondriasis is more present within NCs (15.24%) whereas omnipotence is more active in PCs and NTs (2.30 and 4.09, respectively), and absent from NCs. Hypochondriasis co-occurs with the most insecure and negative moments whereas omnipotence, at least for Mrs A., presumably facilitates and is associated with the more secure (positive and neutral) moments.

Hypochondriasis is used on a relational basis and appears to be intimately linked to the negative interaction core of this dyad. For example the patient says:

If I could be convinced that to look in one's past to explore certain things, only that, that would be a guarantee of success, but I have already confided certain things to a few people in my life, it was absolutely worthless, it did not change anything, and here it seems that

in a way I am doing the same thing, except that I open more doors, but I still don't see where I am going.<sup>8</sup> (Session 8)

In several moments scored as negative, the patient is almost constantly using this mechanism of simultaneously expressing a need for more concrete help and devaluating whatever help is offered. This is particularly present in session 7.

It first seemed surprising that hypochondriasis would also occur within PCs (7.05%); but these occurrences, as in a part of session 4, correspond to moments where the patient shares her understanding of the "origin" and justification of this complaining. Her mental state is then rated as reflective, but the DMRS leads to score the material as hypochondriasis, even though it is not presently active.

The mechanism of omnipotence handles a different function. Looking closely at the 28 sections of the text scored under omnipotence in the 14 sessions (see Appendix), it seems clear that this score encompasses two main phenomena in this dyad: (a) The moments where the patient identifies with the grandiose aspects of the self, e.g.: "...it's been 25 years that I've been working and studying at the same time, and that I've been involved in other activities at the same time, I, I, lived three lives in one in the last 25 and more years."<sup>9</sup> (Session 7); and (b) the moments where she uses her partners to voice that grandiosity, e.g.: "... he says you have so many aspects, you have so many, you are so many people at the same time, he says it is enough for me."<sup>10</sup> (Session 11).

Furthermore, and most importantly from an object relations perspective, this seems sometimes to have the function of projecting her dependency needs on her

partners. The patient says:

When someone loves me, he attaches his self to me, he would be ready to give me the moon, I escape because I am not comfortable with that, I am not used to people who, people for whom I count that much, and I am afraid of that, ...<sup>11</sup> (Session 10)

Omnipotence is a sophisticated mental mechanism, where the grandiose image also facilitates the projection of the devalued and dependent self onto others. In object relations terms, this is a projection at a more primitive level, a projective identification, whose form is not picked up by the DMRS. Stated differently, the mechanism of omnipotence here implies the use of primitive projection. The projection and omnipotence combine to protect against intrapsychic distress and help to maintain a secure (but false) status in the interpersonal sphere. The MTCM scores such moments as a quasi-four omnipotent relational “posture”, while the DMRS sees this as an essentially intra-personal, intrapsychic form of defense seen in a non-relational context. Both views seem legitimate, and overlap.

Omnipotence is present in PCs (2.30%) and NTs (4.09%), but totally absent from the several NCs. In positive relational moments, we observe that the patient alternates between moments of self-observation and omnipotence, between recognition of being the dependent one and quickly projecting this self-image onto her partner (omnipotence). Omnipotence, for her, serves a dual function: to re-establish a sense of self-esteem and to re-establish a sense of security in the face of the implied risks of dependency (i.e., “I have everything within myself, I will not depend”). This defense contributes to the possibility of formally “positive”, yet defensive interactions.

After this exploration of Mrs A.'s defensive manoeuvres active in PCs and NCs, we shall now look at the NTs. The neutral moments are mostly characterized by the objective mental states of the participants, or else by discordant mental states. Here, omnipotence is used by patient to address her past including some examination of the "function" of this grandiosity. In an exceptionally long sequence of omnipotence (642 words) in session 2 (within the context of a NT), the patient describes scenes from her childhood where she took risks (e.g., crossing between two four story buildings on a narrow piece of wood) to "impress" her friends. In session 12, she explains how she felt she constructed and maintained an image of herself as strong and invulnerable to protect her children. But, again at times rated as neutral, where her mental state was seen as objective-rational (at a distance), she acknowledges that she felt imprisoned by this image, and felt eventually like an omnipotent but unreachable "bonze". This "bonze" certainly served to rescue her from the risks involved in letting the therapist becoming important to her. It then felt safer.

Another look at transference and countertransference. Omnipotence, grandiosity and hypochondriasis were also very active within the transference. From the beginning and throughout the overall process, the patient expressed an ambivalence towards the psychotherapy and some frustrations in the face of an absence of response to her demands for more direct support. The therapist's contribution to the process was to provide accurate but highly inferential and maybe premature interpretations. She protected herself from perceived (and real) interpretive intrusion by closing herself from intimacy, by becoming unavailable, yet more challenging and frustrated (the

hypochondriasis). The therapist attempted to interpret this but his mental state then was often rated as reactive and Mrs A. also seemingly perceived it as confirming some of her expectations that he could not offer her support.

This conflict was most intense during session 7 when she spoke openly about the frustrations, fears and concerns that the treatment provoked in her. The therapist reactively interpreted this as a movement of anger, but this only increased her frustrations. At a clinical-phenomenological level, this session illustrates a projective identification where the patient is identified with an omnipotent, unattainable “bonze” and the therapist with the dependent, helpless, desiring but frustrated part. This of course is at an explicit defensive level, while at a level of wish or unconscious procedural affective memory, quite the reverse is being played out. Namely, that the patient feels threatened, desiring, frustrated and the therapist is seen as cold, intrusive, unattainable.

As noted above, it was intriguing, however, to first note that this dyad, characterized by a global negative valence and premature termination, would nevertheless present a predominance of PCs in the second part of the process (sessions 8 to 13). How to explain that during those positive but grandiose moments, HRS scores are decreasing? Stepping back a little, following the difficult session 7, a collusion seems to have developed within the dyad, away from the heat, frustration and insecurity, to re-establish a defensive alliance defining a formally positive relational configuration. Formally, the PNRD detects a positive relationship state (reflective mental states, in a manifest transference, no allusions or displacements, no negative microscopic impact). But contextually evaluated, the spirit is quite different. These sessions (8 to 14) can only

be understood from the historically specific perspective of whatever was being reconfirmed as a result of the negative (“catastrophic”) session 7. Clinicians’ HRS ratings revealed this shift unambiguously. Finally, the contradiction between the formally (and “objectively”) positive states of the relationship and the qualitatively (and “contextually”) negative valence of such resistance is only apparent. What in our view is here illustrated is a leap from one realm to another, from a lower to a higher level of analysis. Included as part of this leap is a shift from the analytic (lower level) to the synthetic (higher level) apprehension of a more inclusive whole or emergent meaning. Naturally, this higher-level order may in turn be approached through another cycle of the objectifying empirical and analytic modality.

### Case B

Defensive activity within relational configurations. Looking at Table 1, Mrs B. more often used devaluation of self in the context of impasses in the relationship compared to other moments (NCs = 11.13%; PCs = 2.80%; NTs = 1.88%). This coincides with occurrences of self-castration and masochistic self-presentation in MTCM ratings. One also notes the intriguing total absence of intellectualization in NCs (.0%) compared to PCs (6.22%) and NTs (4.28%). It may be that this defense serves pretty much the same purpose for Mrs B. as omnipotence does for Mrs A.: re-establishing or maintaining a sense of safety. A brief review of that therapeutic process will attempt to illustrate those specific defenses and to demonstrate the difference between the positive, negative and neutral moments.

Qualitative review. The instruments converge to indicate that case B has a more positive initial development. This patient's predominant hysterical neurotic mode, oscillated between an inhibited and anxious (castrated and masochistic) position and a more assertive one in the transference. She slowly and intensively developed a strong erotic transference from early sessions up until the end of treatment, which was contained and interpretatively resolved (at least partly). The therapist's style remained inferential, but overall his mental states were more reflectively process-oriented which turned out to be more productive.

Sessions 1 to 5 initiate the process, characterized by positive moments slowly increasing. The patient appears anxious and hesitant, she is highly self-conscious of the research context, feeling extremely vulnerable in her position of being "the observed", and exposed. She is afraid of being less interesting than other patients, feeling she may be taking someone else's place. For the MTCM, this manifest defensive posture against a wish to the contrary illustrates an oedipal theme and a presentation of self as the likely "castrated" loser. This also coincides with frequent devaluations of self. In response, the therapist reflectively clarifies this conflict and underlines that there are perhaps two forces inside of her: one that wants to hide and feels too vulnerable, the other that wants to be seen.

To illustrate a PC, on session 4 she feels frustrated with her difficulty in talking and refers to her two previous therapists, implicitly suggesting that they were more active. The therapist tactfully responds: "Am I hearing that you're not receiving the attention you got from [Therapist 1] and [Therapist 2]?" The alliance then intensifies as

she shares more of her feelings on this issue. But interestingly, this “success” (Oedipal?) raised her anxiety and need for protection against the inner risks involved (intrapsychic conflict) and she says she knows that professional standards lead the therapist not to talk much (rated as intellectualization). This shift marks the end of the PC and after a silence, she wonders what he might be thinking of what she has said (rated as projection). In addition, she felt as if he could see through her, illustrating a painful reactive-defensive mental state.

In another PC, she was still debating on what topics are “correct” to talk in the sessions. She then reports having had, in a previous session, a fantasy of a man masturbating. Later on, the therapist interprets that when she talks about sex, her whole self-image is in question, her whole way of being a woman. This seems to meet her needs for “safety”, her anxiety does not become overwhelming and inhibiting and she produces more reflective and private discourse.

From sessions 6 to 9, the same themes develop and intensify as she appears less inhibited, sometimes more self-assertive and expressive. Illustrating the strong erotic developments, she reports feeling “wrapped up” in the therapist and also more conscious of his presence in the session. She expresses feeling very vulnerable to be exposed and wonders why she is so sensitive. In the context of the therapist leaving for the summer break she reports feeling “very fragile”. She also shares dreams in which she had anal sex and felt “penetrated”; this is interpreted in the context of how she may feel in therapy with him and also given that the sessions were being taped. This occurs within a PC, the patient elaborating on her inner and interpersonal process in therapy and the therapist



succeeding in containing and pointing to the central theme for the patient. But in accordance with what seems to be a pattern, the patient becomes defensive and interrupts this successful moment or step forward. This is presumably because of her inner conflict. For instance, an intense devaluation of self is then observed in the context of a (rare) negative moment. This reflects that the subject turns aggression against herself and devalues herself. It also illustrates the psychodynamic concept of conflict and of aggression turned against self, as related also to her presenting complaint (depression).

The following NC occurs after a positive work in session 7 where the patient has shared two dreams involving the therapist, one in which she felt close to him, the other where she was away. This was interpreted by the therapist as her concern with not being sure she could “stand the intimacy of the therapeutic relationship”. At the beginning of the following session, she is hardly able to get the session started, not knowing what to talk about. She then recalls the previous session and reports assertively that she felt offended when she heard the therapist saying that she could not “handle<sup>12</sup>” the intimacy in their relationship. This was felt as a confirmation of her sense of castration, her inability to “handle” sexual intimacy. The therapist recognizes that maybe she felt that he was reducing her feelings. But as he said this, he looks for the right word and not finding it she attempts to help him with his vocabulary, thus “handling” the relationship. This segment was scored as reactive on his part (indicated in part by his linguistic lapse). But interestingly, again, following this “successful” handling and gratification, the patient then immediately switches to a reactive self-devaluating mode saying she feels “like a resisting brat” and that she “was the one not being able to accept his interpretation”. This

again illustrates a typical sequence of the neurotic conflicting mode of functioning, from risk, gratification and self-assertion to inhibition, the result of turning aggression against self for reasons of safety (Gray).

In the following session, she feels more inhibited than usual, unable to speak. In a slightly disguised erotic-provocative but inhibited way, she then talks about her fear that he might encapsulate her in a psychoanalytic theory and that this theory could have a grip on her. She then adds that she often “intellectualizes” because she wants “to do it before him”. This was rated simultaneously as a reflective mental state and as a defense of intellectualization. As noted above, intellectualization appears specifically in the context of PCs and NTs and is not often used. In other words, her reflective elaborations sometimes take an intellectualized form.

The later phase of this already fruitful beginning (sessions 10 to 14) is characterized by a predominance of NTs. Sessions 10 and 11 illustrate this. Mrs B. feels “paralyzed” and particularly overwhelmed by her anxiety, worried with fears that the therapist would find her boring. Even the research assistant transcribing the sessions must be disappointed, she says. This is rated as a reactive-defensive mental state. In a process-oriented mode, the therapist interprets that her fears about him are her “construction” of the reality. But the patient remains reactive and anxious. In this neutral moment, the therapist does not succeed to interpret what is most central to the patient. He is manifestly reflective but in naming her experience as being “her construction” and giving it back to her, he is also showing that he is not fully containing the patient’s projection.

### Discussion

This study was designed to test the application of the Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC; Audet, 1999) to psychotherapeutic sessions. It also investigated the potential of our proposed methodological dual model that includes both quantitative and qualitative approaches. The NCs were more frequent in the prematurely terminated case (Mrs A.) compared to the more positive beginning (Mrs B.). However, and contrary to our prediction, the PCs did not differ statistically between the two cases. Perhaps this reveals a possible limitation of the positive PNRC rating, as some shared reflective moments can also be interpreted at a higher level as a form of shared defensive collusion (as in case A). But certainly this main finding would seem to suggest that the frequency of negative relational moments exert an unconstructive, perhaps even destructive impact on outcome, at least in the early phases of a psychotherapy process. Intercorrelations between the PCs, NCs and NTs sustain the possible importance of the NCs, compared to PCs or NTs. Considering the time-consuming aspect of this methodology, it may be sufficient and more practical in future work to concentrate on the scoring of NCs only as an indicator of the valence of the evolving state of the relationship.

This finding concurs with previous observations by Henry et al. (1986,1990) of the potential impact of negativity in the relationship on outcome. The relational model investigated here proposes a theory driven model that estimates the valence of the therapeutic space by a careful description of the participant's endopsychic activity, as

opposed to a more restricted view of negativity as reflected by “verbal actions” (blaming, avoiding, being less disclosing).

The results also support the general initial hypothesis that a patient’s typical mode of functioning, or character structure, can be observed, revealed and measured in a psychotherapy context. This is at least possible within a context that favours the activation of the components of such character structure, in this case object relating and defensive activity, that become part of an evolving process. The range and typical level of defensive functioning is validated in both cases by the independent evaluation of the maturity of object-relations showing a clear difference between Mrs A. and B., respectively in the narcissistic and neurotic range of functioning.

Comparing sessions to one another, clinical examination of helpfulness corroborates the PNRG findings. A deterioration in perceived helpfulness was observed in case A, whereas case B showed a constant, slightly positive evolution. Independent evaluations of defensive activity concurred, as Mrs A. was more defensive, and showed decreasing maturity while Mrs B. demonstrated less defensiveness and consistently higher maturity. However, specific HRS scores per segment and specific defensive activity did not distinguish PCs, NCs, and NTs.

A second-order, “qualitative” re-examination of the data then took place. The history of the process as revealed in the HRS scores was then emphasized. Initially contradictory results could be hypothetically explained. For example, the frequent and formally rated PCs for Mrs A. in sessions 8-14, were nevertheless not perceived as positive but as occurring in less helpful sessions while the negative clinical impacts were

picked-up by judges. This is a time where omnipotence became most influential which supports the interpretation that both therapist and patient were formally acting “as if” the relationship was still productive and positive but retrospectively it seems that “it was too late”. The rupture in the relationship that was openly discussed and actualized during session 7 persisted, but covertly, until the final decision was reached.

This qualitative clinical re-examination also brought a deeper understanding of the complex interrelations between defensive activity, relational texture and perceived helpfulness on a microscopic level. Some defenses seemed to be recruited for specific relational purposes. However it is not clear if these unique patterns should be attributed to character configuration, or to the specific relational field, including the characteristics of the therapist’s activity and mental state. For example, hypochondriasis for Mrs A. and devaluation of self for Mrs B. played a key role in their respective negative configurations. Other defenses showed a trajectory completely independent of relational configurations (e.g., intellectualization for Mrs A.). It may be that defenses have, at a microscopic level, universal functions shared between all patients. For instance reaction formation is always about transforming some attitude into its opposite; intellectualization is always about not quite clearly taking full responsibility, etc. But at a more global level, the function of a defense may be quite unique to a particular patient’s internal history, character structure and specific mode of communication. For example, on a microscopic level, intellectualization serves to momentarily bring the person away from “the heat”, diminishing intrapsychic distress. For Mrs A., this process appeared to be in the service of her more global resistance to the process, very much part of the

fabric of the figure of the bonze, the omnipotent grandiose, unattainable self-image. For Mrs B., this defensive process was often mixed to positive and reflective instants and had the specific function of supporting her defensive need to “hide” herself when she felt too exposed (and maybe vulnerable).

In most designs, the factors of patient and therapist are confounded. The present intensive design offered a unique opportunity by including a form of systematic replication (Hilliard, 1993). In our view, the present findings illustrate once more the crucial determining nature of the quality of the relationship to outcome. It would ideally be quite useful to further test this in a “direct replication” study contrasting “similar” patients (Hilliard, 1993) with different therapists. One easily realizes the complexity of such a task. It is true that the patient character structure emerges somewhat clearly beyond the unique relational constellation. But what would be considered a patient’s “similar” character structure? One criterion would certainly involve the relational defensive style of the patient, for example “resistance to dependency” (Mrs A.), evaluated by both object relations and defense mechanisms. Perhaps this could be added to other measures, for example, the Core Conflictual Relationship Themes (CCRT; Luborsky, 1990). However, even if one could measure the patient’s psychic organization, this study also points to the patient’s character effect on the relational field. Indeed, this problem of replication concurs with the often underlined importance of a closer study of the impact of interactional variables, as opposed to the patient’s or therapist’s variables (Bänninger-Huber & Widmer, 1999). In that same vein, even if the therapist is the same for both cases, his style is partly similar for both cases and also partly different and

influenced by the particular field being co-created with the patient (an hermeneutic principle). In both cases, this therapist's activity could be described as highly inferential and mostly accurate. However, it is also coloured by the specific relational background of the dyad. With a devaluating patient, he showed a narcissistic vulnerability which surfaced as his being more reactive; when facing a patient that invested him in a libidinal, oedipal manner, this issue was either protected or gratified and he was simultaneously less reactive.

The present length of the PNR segments based on MTCM object relational segmentation, varies considerably from a few lines to as much as three pages of text. Shorter material would most likely enable us to better grasp the sometimes rapidly shifting relational positions and the impact of each participant on the other, thus increasing the validity of the measure. We also would argue that in applying the DMRS to process research, it should be mandatory to specify whether a defense is presently active or not, to better identify moments where the patient is simply telling situations where a defense was active in the past. For example, if a patient reports an acting-out that happened last week, he or she can presently be reflecting on this process and this may become part of a PC. Such an observation would naturally be quite different from a presently active acting-out, in the session, such as shouting or actively being seductive, etc. It also appeared that the DMRS scale of maturity is sometimes debatable. For instance, devaluation of self is seen by the DMRS as less mature than what clinical observation indicates. The description of projective mechanisms could be refined and the

definition of what constitutes projective identification should be expanded and its scope enlarged to be more in line with clinical understanding.

Both the quantitative-empiricist and the qualitative methods need to establish a dialogue with each other if we are to maximize their potential contributions to psychotherapy research. We are just beginning to understand how we might proceed in doing this in a single research protocol. Their complementarity seems particularly powerful. Empirically derived “objective pictures” of the process need to be taken and then put to life within a more complex, dynamic scenario, adding a qualitative analysis including the context of where and when the pictures were taken. Mixed designs are more adapted to the study of the meeting of two subjectivities. According to some, the gap between research and clinical work is impenetrable (Smith, 1999). We believe that a more imaginative and widespread use and development of pluralistic methodologies holds a promise to decrease the rift between the method used and its object.



## References

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of depression collaborative research program. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *67*, 64-75.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistic manual of mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Arknoff, D. B., Glass, C. R., Elkin, I., Levy, J. A., & Gershefski, J. J. (1996). Quantitative and qualitative research can complement each other: Reply to Rennie. Psychotherapy Research, *6*, 269-276.
- Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1984). Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology. London: The Analytic Press.
- Audet, C. (1999). Positive and Negative Relationship Configurations. Scoring manual. Unpublished manuscript. Université de Montréal.
- Audet, C., & Bouchard, M. A. (2000, May). Configurations positives et négatives et mécanismes de défense dans un cas d'abandon de psychothérapie. Paper presented at the Association Canadienne Française pour l'Avancement des Sciences (ACFAS), Montréal, Canada.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, L. Duncan, & S. D. Miller (Eds), The heart and soul of change: What works in psychotherapy (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.

- Bänninger-Huber, E., Juen, B., & Widmer, C. (2001, June). Keeping the balance: Interactive emotion regulation and change in psychotherapy. Paper presented at 32<sup>nd</sup> annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.
- Bänninger-Huber, E., & Widmer, C. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. Psychotherapy Research, 9, 74-87.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. Psychological Review, 81, 392-425.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. Clinical Psychology: Science and Practice, 4, 121-139.
- Bond, M. (1990). Are "borderline defenses" specific for borderline personality disorders? Journal of Personality Disorders, 4, 252-256.
- Bond, M., Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1994). Defense styles and borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders, 8, 28-31.
- Bouchard, M. A. (1995). The specificity of hermeneutics in psychoanalysis: Leaps on the path from construction to recollection. International Journal of Psychoanalysis, 76, 533-546.
- Bouchard, M. A. (1996). Montreal Transference and Countertransference Measure. Scoring Manual. Unpublished manuscript. Université de Montréal.

- Bouchard, M. A., Audet, C., Picard, C., Carrier, M., & Milcent, M. P. (2001). The Mental States Rating System. Scoring Manual. Unpublished manuscript. Université de Montréal.
- Bouchard, M. A., Audet, C., St-Amand, P., Picard, C., & Wiethaeuper, D. (1997). Towards a multidimensional model of the psychoanalytic process: The Montreal Transference and Countertransference Measure. [CD-ROM]. In H. Kächele, E. Mergenthaler, & R. Krause (Eds), Psychoanalytic process research strategies II. 20th Ulm workshop of empirical research in psychoanalysis. ISBN 3-926002-12-3.
- Busch, F. N., Shear, M. K., Cooper, A. M., Shapiro, T., & Leon, A. C. (1995). An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease, 183, 299-303.
- Bush, M., & Gassner, S. (1986). The immediate effect of the analyst's termination interventions on the patient's resistance to termination. In J. Weiss, H. Sampson, & Mt. Zion Psychotherapy Research Group (Eds), The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research (pp. 299-320). New York: Guilford Press.
- Caspar, F., Pessier, J., Stuart, J., Safran, J. D., Samstag, L. W., & Guirguis, M. (2000). One step further in assessing how interpretations influence the process of psychotherapy. Psychotherapy Research, 10, 309-320.
- Crits-Christoph, P., & Connolly, M. B. (1999). Alliance and technique in short-term dynamic therapy. Clinical Psychology Review, 19, 687-704.

- Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H., & Weiss, J. (1994). The plan formulation method. Psychotherapy Research, 4, 197-207.
- Dahl, H., Kächele, H., & Thomä, H. (Eds). (1988). Psychoanalytic process research strategies. Berlin: Springer-Verlag.
- Daoust, F. (1990). Système d'Analyse de Texte par Ordinateur (SATO): Manuel de référence. Université du Québec à Montréal.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. Journal of Counseling Psychology, 32, 307-322.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and Reflective Function: Their Role in Self-Organization. Development and Psychopathology, 9, 679-700.
- Fosshage, J. L. (1994). Toward reconceptualizing transference: Theoretical and clinical considerations. International Journal of Psychoanalysis, 75, 265-280.
- Freud, S. (1910). Perspectives d'avenir de la thérapie analytique. In La technique psychanalytique (pp. 23-34). Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- Freud, S. (1912). La dynamique du transfert. In La technique psychanalytique (pp. 50-60). Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- Gadamer, H. G. (1975). Truth and method. New York: Crossroads.
- Gedo, P. M. (1999). Single case studies in psychotherapy research. Psychoanalytic Psychology, 16, 274-280.
- Gedo, P. M., & Schaffer, N. D. (1989). An empirical approach to studying psychoanalytic process. Psychoanalytic Psychology, 6, 277-291.

- Gill, M. M. (1994). Research in psychoanalysis. Newsletter of section I psychologist-psychoanalyst practitioners division of psychoanalysis (39). American Psychological Association, 10, 8-12.
- Gill, M. M. (1996). Discussion: Interaction III. Psychoanalytic Inquiry, 16, 118-134.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 4-9.
- Greenberg, L. S. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change processes. Journal of Clinical Psychology, 55, 1467-1480.
- Guerrini, R. A. (1991). Clinical approach to a narcissistic aspect. International Journal of Psychoanalysis, 72, 433-443.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 27-31.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 768-774.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 441-447.

- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp. 467-508). New York: John Wiley & Sons.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 373-380.
- Hoffman, I. Z. (1994). Dialectic thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. Psychoanalytic Quarterly, 53, 187-218.
- Horowitz, M. J. (1995). Defensive control of states and person schemas. In T. Shapiro & R. N. Emde (Eds), Research in psychoanalysis: Process, development, outcome (pp. 67-89). Madison: International Universities Press.
- Howard, G. S. (1983). Toward methodological pluralism. Journal of Counseling Psychology, 30, 19-21.
- Howe, K. R. (1992). Getting over the quantitative-qualitative debate. American Journal of Education, 100, 236-256.
- Huberman, A. M. (1981). Splendeurs, misères et promesses de la recherche qualitative. Éducation et Recherche, 3, 233-249.
- Ivey, G. (1995). Interactional obstacles to empathic relating in the psychotherapy of narcissistic disorders. American Journal of Psychotherapy, 49, 350-370.
- Kernberg, O. (1975). Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aaron.
- Kernberg, O. (1984). Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies. New Haven: Yale University Press.

- Koenigsberg, H. W., Kernberg, O. F., Stone, M. H., Appelbaum, A. H., Yeomans, F. E., & Diamond, D. (2000). Borderline patients: Extending the limits of treatability. New York: Basic Books.
- Laplanche, J. (1989). New foundations for psychoanalysis. Cambridge: Blackwell.
- Lecours, S., Bouchard, M. A., St-Amand, P., & Perry, J. C. (2000). Assessing verbal elaboration of affect in psychotherapy: A preliminary report and single case study. Psychotherapy Research, 10, 47-56.
- Leichsenring, L. (1999). Primitive defense mechanisms in schizophrenics and borderline patients. The Journal of Nervous and Mental Disease, 187, 229-236.
- Lerner, R., & Lerner, H. (1980). Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure. In J. Krawer, H. Lerner, P. Lerner, & A. Sugarman (Eds), Borderline phenomena and the Rorschach test (pp. 131-156). New York: International Universities Press.
- Lingiardi, V., Lonati, C., Delucchi, F., Fossati, A., Vanzulli, L., & Maffei, C. (1999). Defense mechanisms and personality disorders. The Journal of Nervous and Mental Disease, 187, 224-228.
- Luborsky, L. (1990). The everyday clinical uses of the CCRT. In L. Luborsky & C. Christoph (Eds), Understanding transference: The CCRT method. New York: Basic Books.
- Mergenthaler, E., & Stinson, C. H. (1992). Psychotherapy transcription standards. Psychotherapy Research, 2, 125-142.

- Normandin, L. (1991). La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutique. Unpublished doctoral dissertation, Université de Montréal.
- Normandin, L., & Bouchard, M. A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflective countertransference. Psychotherapy Research, 3, 77-94.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., & McCallum, M. (1999). Transference interpretations in short term dynamic psychotherapy. The Journal of Nervous and Mental Disease, 187, 571-578.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp. 270-376). New York: John Wiley & Sons.
- Ornstein, A. (1998). The fate of narcissistic rage in psychotherapy. Psychoanalytic Inquiry, 18, 55-70.
- Palmer, R. (1969). Hermeneutics: Interpretation theory in Schleiermacher, Dilthey, Heidegger and Gadamer. Evanston: Northwestern University Press.
- Perry, J. C. (1990). Defense Mechanisms Rating Scales. Cambridge, MA.
- Perry, J. C., & Høglend, P. (1999). Convergent and discriminant validity of the Overall Defensive Functioning. The Journal of Mental Disease, 186, 529-535.
- Perry, J. C., & Ianni, F. F. (1998). Observer-rated measures of defense mechanisms. Journal of Personality, 66, 993-1024.



- Perry, J. C., Kardos, M. C., & Pagano, C. (1993). The study of defenses in psychotherapy using the Defensive Mechanisms Rating Scale (DMRS). In U. Hentschel & W. Ehlers (Eds), The concept of defense mechanisms in contemporary psychology: Theoretical, research and clinical perspectives (pp. 122-132). New York: Springer.
- Piper, W. E., Azim, F. A., Joyce, S. A., McCallum, M., Nixon, G., & Segal, P. S. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of alliance and outcome. Journal of Nervous and Mental Disease, 179, 432-438.
- Polkinghorne, D. E. (1984). Further extensions of methodological diversity for counseling psychology. Journal of Counseling Psychology, 31, 416-429.
- Ponsi, M. (1997). Interaction and transference. International Journal of Psychoanalysis, 78, 243-263.
- Racker, H. (1968). Transference and Countertransference. New York: International Universities Press.
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process. New York: The Guilford Press.
- Sandell, R., Rönnas, P. A., & Schubert, J. (1992). Feeling like a good therapist – or a bad one: Critical incidents in psychotherapists' experiences. Psychoanalytic Psychotherapy, 6, 213-229.
- Saunders, S. M. (2000). Examining the relationship between the therapeutic bond and the phases of treatment outcome. Psychotherapy, 37, 206-218.

- Schaffer, N. D. (1983). The context of therapist behavior and outcome prediction. Professional Psychology: Research and Practice, 14, 656-669.
- Schut, A. J., & Castonguay, L. G. (2001). Reviving Freud's vision of a psychoanalytic science: Implications for clinical training and education. Psychotherapy, 38, 40-49.
- Schwaber, E. A. (1995). Towards a definition of the term and concept of interaction. International Journal of Psychoanalysis, 76, 557-564.
- Silberschatz, G., & Curtis, J. T. (1993). Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 403-411.
- Silberschatz, G., Curtis, J. T., Fretter, P. B., & Kelly, T. J. (1988). Testing hypotheses of psychotherapeutic change processes. In H. Dahl, H. Kächele, & H. Thomä (Eds), Psychoanalytic process research strategies (pp. 129-145). Berlin: Springer-Verlag.
- Silberschatz, G., Fretter, P., & Curtis, J. (1986). How do interpretations influence the process of psychotherapy? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 646-652.
- Smith, D. L. (1999). Getting our act together: Lessons on meaningful psychotherapy research from the philosophy of science. Journal of Clinical Psychology, 55, 1495-1505.

- Stinson, C. H., Milbrath, C., Reidbord, S. P., & Bucci, W. (1994). Thematic segmentation of psychotherapy transcripts for convergent analysis. Psychotherapy, 31, 36-48.
- Stolorow, R. D. (1997). Dynamic, dyadic, intersubjective systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. Psychoanalytic Psychology, 143, 337-346.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Brandchaft, B. (Eds). (1994). The intersubjective perspective. Northvale, USA: Jason Aronson.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Strenger, C. (1991). Between hermeneutics and science. Madison, CT: International Universities Press.
- Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Henry, W. P. (1988). Problem-treatment-outcome congruence: A principle whose time has come. In H. Dahl, H. Kächele, & H. Thomä (Eds), Psychoanalytic process research strategies (pp. 1-14). Berlin: Springer-Verlag.
- Waldron, S., Scharf, R. D., Crouse, J., Firenstein, S. K., Burton, A., & Hurst, D. (2000, June). Saying the right thing at the right time: Psychoanalytic interventions of good quality lead to immediate patient productivity. Paper presented at the Joseph Sandler Research Conference, London, England.
- Weiss (1995). Empirical studies of the psychoanalytic process. In T. Shapiro & R. N. Emde (Eds), Research in psychoanalysis: Process, development, outcome (pp. 7-29). Madison: International Universities Press.

Weiss, J., & Sampson, H. (1986). The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research. New York: Guilford Press.

Yanchar, S. C. (1997). William James and the challenge of methodological pluralism. Journal of Mind and Behavior, 18, 425-442.

Authors Notes

Caroline Audet and Marc-André Bouchard, Département de Psychologie, Daniela Wiethaeuper, Département de Psychologie (now at the Universidad of do Vale do Rio dos Sinos, Brazil), Patrice St-Amand, Montréal.

Preparation of this manuscript was supported in part by the Département de Psychologie of the Université de Montréal and grants to the second author from the Research Advisory Board of the International Psychoanalytic Association and the FCAR, Ministère de l'Éducation, Québec, Canada.

The authors want to thank Karène Brenner, Sylvie-Hélène Brisson, Maurice Carrier, Danielle Côté, Anna Krajewska, François Lefebvre and Jean-Pierre Marceau for their precious collaboration in the scoring of the MTCM, the PNRC and the HRS.

Correspondence concerning this article should be addressed to Marc-André Bouchard, Département de Psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3J7. Electronic mail may be sent via Internet to: [[marc.andre.bouchard@umontreal.ca](mailto:marc.andre.bouchard@umontreal.ca)].

## Footnotes

<sup>1</sup>The other hypothesis concerning the impact or the quality of the relationship on outcome is that “the relationship may mediate the effects of treatment” (Saunders, 2000, p. 206). According to this view, treatment causes the relationship, which in turn causes outcome. So, the relationship is the treatment intervention.

<sup>2</sup>Parts of this case have been previously reported (Audet & Bouchard, 2000; Bouchard, Audet, St-Amand, Picard, & Wiethaeuper, 1997; Lecours, Bouchard, St-Amant, & Perry, 2000).

<sup>3</sup>The material used for this study is taken from our current access to a Multi-Site data bank, which include the following: The Psychoanalytic Research Consortium, New York (see Waldron et al., 2000); the Centre de Psychologie Gouin, Montreal; the Département de Psychiatrie of the Hôpital Notre-Dame, Montreal; the Jewish General Hospital, Montreal, as well as the Centre d'Études et de Recherche Psychanalytique (CERP), Montreal. All participants, patients and therapists have written a signed consent for the present anonymous use of the material. Our deep appreciation to all is now renewed.

<sup>4</sup>Usually, the ODF is estimated using the frequency of appearance of each defense. In the present study, the percentage of words of each defense mechanism was calculated (e.g., in session 1, hypochondriasis = X%, repression = Y%, etc.); this percentage was multiplied by the level of maturity (hypochondriasis = 1, repression = 5, etc.) and divided by the total percentage of words scored as defensive for each session. This method was preferred because it takes into consideration an additional information,

the “weight” of the frequency of each defense mechanism used. It is also in congruence with our current content-analytic approach.

<sup>5</sup>This difference score was calculated by subtracting NC from PC, giving a positive valence to PC and a negative valence to NC. For example, for session 3, NCs = 80.75%, PCs = 9.91%, so the difference score for this session is:  $-80.75 + 9.91 = -70.84$ .

<sup>6</sup>The categories of positive and zero difference scores were combined to increase total frequencies.

<sup>7</sup>It is perhaps important to remind the reader that hypochondriasis is defined by the DMRS as an essentially relational phenomenon of wishing help and simultaneously complaining about it and eventually rejecting the help offered. In object relation terms, this may reflect, but not always, a relation where a form of projective identification is active. Instead of keeping the other at a distance, hypochondriasis maintains a link with the other by making marked requests for help.

<sup>8</sup>From the French: “Si moi je pouvais être convaincue de fouiller dans mon passé pour attraper des choses, juste ça, ce serait une garantie de succès mais j’ai déjà confié certaines choses, à quelques personnes dans ma vie, ça n’a absolument rien donné, ça a rien changé puis il me semble qu’ici je fais un peu la même chose sauf peut-être j’ouvre plus de portes, je vois toujours pas où est-ce que je m’en vais.” (Session 8; Our translation).

<sup>9</sup>From the French : “ ... ça fait 25 ans que je travaille puis que j’étudie en même temps puis je suis impliquée dans d’autres activités en même temps, j’ai, j’ai fait trois vies

dans une quasiment les 20 dernières et quelques dernières années. ” (Session 7; Our translation).

<sup>10</sup>From the French: “ ... il dit t'as tellement d'aspects, t'as tellement de personnes à la fois, moi il dit ça me suffit.” (Session 11; Our translation).

<sup>11</sup>From the French : “ Quand quelqu'un m'aime, il s'attache à moi, il serait prêt à me donner la lune, je m'enfuis parce que je suis pas confortable avec ça, je suis pas habituée à des gens qui euh pour qui je compte autant puis ça me fait peur, je suis inconfortable. ” (Session 10; Our translation).

<sup>12</sup>The polysemia of the verb handle is obvious, and is also directly related to the patient's masturbation fantasy.



Table 1

Specific Defensive Activity Within Negative, Positive and Neutral Relational Configurations for Both cases, Expressed in Percent Number or Words

Defense Mechanism	Case A			Case B		
	PCs	NCs	NTs	PCs	NCs	NTs
Self-observation (7) <sup>a</sup>	2.33	0.31	2.02	0.00	0.00	0.55
Intellectualization (6)	7.82	7.71	7.55	4.74	0.00	2.71
Displacement (5)	5.17	3.14	3.20	6.21	6.23	4.40
Undoing (5)	1.31	3.96	1.53	2.59	3.96	1.31
Repression (5)	1.72	0.49	1.48	4.08	2.77	4.56
Reaction formation (5)	2.21	2.09	1.02	0.00	0.00	0.00
Devaluation of others (4)	0.40	0.61	2.42	0.61	0.25	0.29
Devaluation of self (4)	0.01	1.09	0.00	2.80	11.31	1.88
Omnipotence (4)	2.30	0.00	4.09	0.29	0.00	0.00
Rationalization (3)	2.30	4.86	2.07	1.41	0.00	2.73
Projection (3)	0.74	0.72	0.36	2.04	1.31	4.14
Hypochondriasis (1)	7.05	15.24	8.93	0.31	0.00	0.00
Passive Aggression (1)	1.49	11.21	2.39	0.00	0.00	0.28
Nil	61.84	42.79	58.16	71.14	73.76	75.01

Note. Defense mechanisms for which means of apparition were not significantly different from zero (intercept test) were excluded. PCs = Positive Configurations. NCs = Negative Configurations. NTs = Neutral Configurations.

<sup>a</sup>The numbers in brackets express the level of maturity of the defense mechanism.

Figure 1. Mean session of global Helpfulness Rating Scale (HRS) scores for cases A and B.

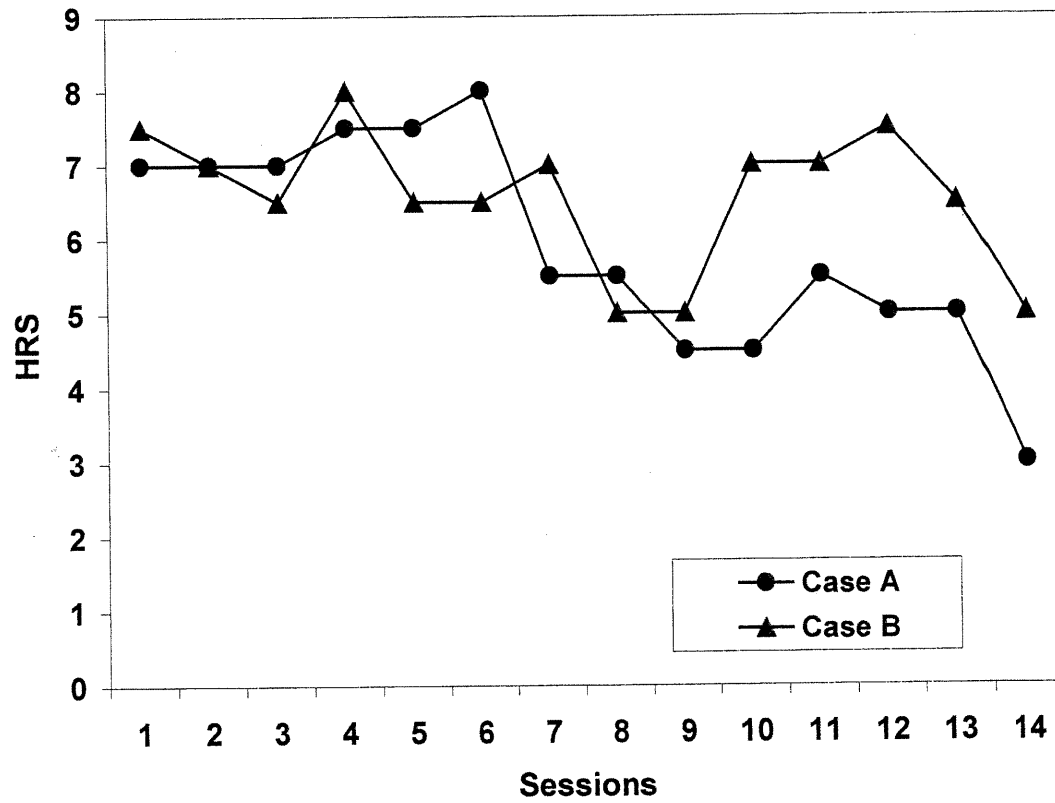
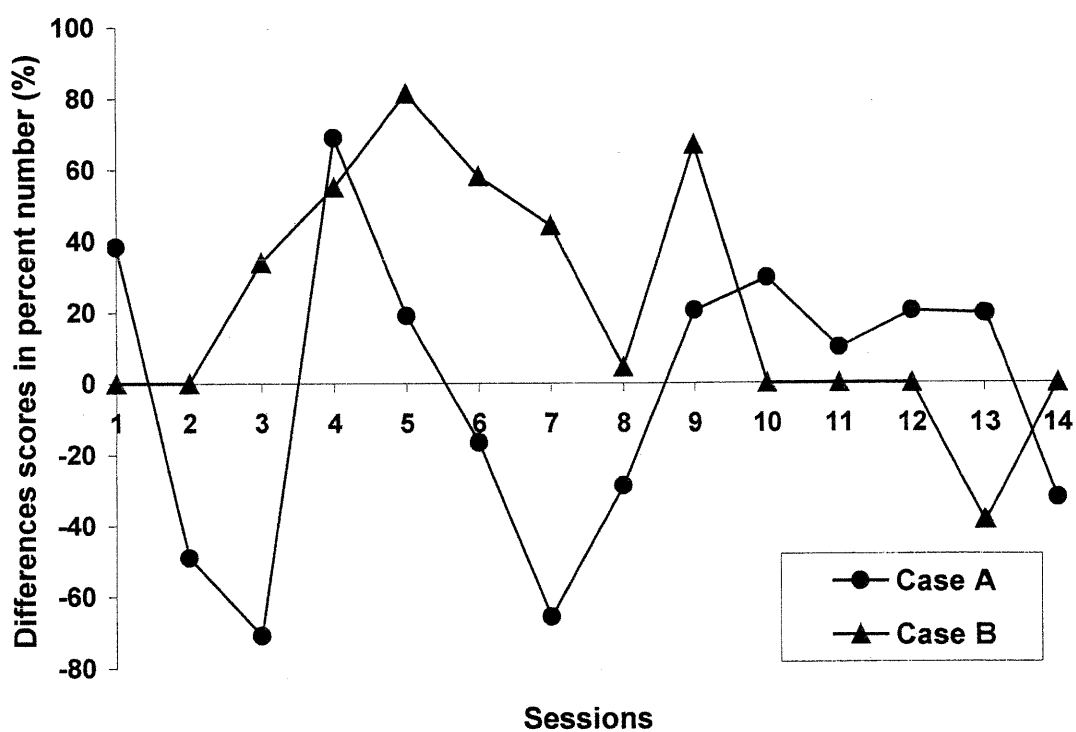


Figure 2. Differences scores between positives and negative configurations, expressed in percent number of words per session.



## Appendix

Occurrences of the Defense Mechanism of Omnipotence in Case AIn Neutral Configurations:

1.

« ... j'ai été portée à me faire amie avec des gens de différents pays qui m'acceptent très facilement comme une des leurs, on dirait que c'est devenu un avantage, c'est euh ça me sert encore aujourd'hui, il y a plein de gens de nationalités diverses qui, qui euh qui aimeraient que je fasse partie de leur clan. » (Session 1)

2.

« Mais par contre euh il m'a dit je souffre à ses côtés parce qu'elle a aucun enthousiasme, il dit je suis habitué moi avec mes sœurs et toi, il dit on s'émerveille pour tout, pour rien euh on fête à tout bout de champ, on, on est super enthousiastes... » (Session 1)

3.

« ... puis pourtant j'avais des notes fantastiques dans toutes les autres matières. Mais lui avait comme euh décidé que j'étais ou il s'était pas informé peut-être sur le reste du tableau que j'avais au point de vue scolaire. » (Session 2)

4.

« Je passais toujours pour la brave celle qui prenait des défis stupides comme ça comme par exemple euh traverser euh sur une planche euh pas plus large que ça euh l'espace qui sépare deux « blocs-appartements », quatre étages. C'est le genre de folie que je faisais ou euh [soupir] ou je demeurais près de, des écluses qu'on appelle la [Lieu 1] puis euh cinq heures pile euh ça ouvre et puis là bien ça tombe une chute d'eau [soupir] puis il y a des pierres puis euh... chaque, j'essayais toujours de me rapprocher de cinq heures pour, pour avoir juste à peine le nombre de secondes que ça prenait pour [inaudible], j'ai fait ça bien des fois, ça me donnait des sous mais je le faisais pas vraiment pour l'argent, ça épatait mes amis peut-être mais euh je me suis plus souvent souhaité que, que [inaudible]. Mais c'est toujours quelque chose qui m'empêchait de faire le pas, je pense que, je crois pas que je serais allée jusqu'au suicide, je frôlais toujours mais jamais aller jusqu'au suicide puis mes parents avaient tellement de médicaments à leur maison que j'aurais pu me faire un cocktail n'importe quand euh ça aurait pu remplir facilement euh quatre tablettes de la bibliothèque, c'est effrayant les médicaments qu'ils prenaient puis pour rien, puis non, j'ai pas été attirée à faire ça, j'aurais pu mais cette fois-là, c'est cette fois-là où vraiment j'ai euh je me suis dit ça sert à quoi à date cette farce-là, c'est quoi ça la vie, ça, ça mène où puis je voyais absolument pas, rien [inaudible], rien du tout, tout ce qu'il y avait de positif c'est la relation que j'avais avec ma grand-mère puis ma mère l'aimant pas tellement, je la voyais pas beaucoup donc euh il n'y avait rien d'autre puis

euh puis les garçons, les garçons, j'avais vraiment pas de difficultés à les avoir après moi puis euh [sourir] c'est leur amitié que je voulais, tout ce que eux voulaient c'était m'amener dans un coin ça m'attirait pas plus que ça, je faisais la drague avec eux puis euh la difficile à obtenir, celle qu'on gagne pas [sourir] je jouais à disons l'inaccessible [inaudible] puis euh [sourir] puis c'est ça, avec ma bicyclette bien j'ai vraiment failli me tuer cette fois-là, cette fois-là j'ai eu peur par contre [rire] parce que je me suis euh je me suis jetée en bas d'un genre de falaise mais c'était pas très haut mais j'aurais pu me blesser beaucoup plus puis euh ça a pas fonctionné parce que j'ai glissé puis j'ai juste réussi à me, à me, à m'érafler une jambe puis un bras mais quand je suis revenue à la maison, j'étais tellement euh tu sais, quand je dis des fois je me gèle d'anesthésie j'étais tellement débranchée que c'est la seule fois que j'ai vu ma mère inquiète, vraiment inquiète puis elle m'a demandé d'où je venais puis euh où j'étais puis j'ai pas voulu lui répondre, je suis allée dans ma chambre euh cette fois-là euh j'ai trouvé que j'avais été un peu trop loin. Par la suite bien euh ça j'avais quinze ans, après quinze ans, après cette fois-ci, peut-être j'ai réalisé que ça aurait pu fonctionner euh [sourir] je me, je me suis mise, parce que j'écrivais depuis l'âge de huit ans, j'écrivais beaucoup, beaucoup alors je me suis comme jetée là-dedans, ça puis le dessin, le dessin, la peinture, l'écriture, je pense c'est un peu ça qui m'a sauvée [rire] de, de, d'avoir des idées morbides, je me suis mise à avoir plus d'amis aussi euh je me suis euh j'ai été nommée présidente de ci, de ça euh j'ai dirigé beaucoup de choses puis euh je devenais plus créative euh j'étais tellement occupée que je voyais presque jamais mes parents, c'était l'idéal. » (Session 2)

5.

« ... même si j'aime mon intérieur puis euh je lis beaucoup, j'ai mes études à faire mais ça me manque, ça fait tellement longtemps que, ça fait 25 ans que je travaille puis que j'étudie en même temps puis je suis impliquée dans d'autres activités en même temps, j'ai, j'ai fait trois vies dans une quasiment les 20 dernières et quelques dernières années. » (Session 2)

6.

« ... il me disait pourquoi, est-ce que t'as parlé il dit à ton médecin euh de ce que lui appelle mon, mon hyperacuité des sens, j'ai dit bien...

Thérapeute : Votre hyperacuité?

Patiente : Oui.

Thérapeute : De?

Patiente : Des sens, l'oreille, l'ouïe puis tout ça, j'ai dit non parce que j'ai jamais été certaine que c'est aussi important qu'on le dit mais euh que j'ai l'ouïe fine euh ma vue a baissé mais avant euh avant j'avais la vue, de loin j'ai gardé une vue excellente, de près non, mais euh [sourir] si je vais préparer un plat par exemple [inaudible] je sais ce qu'il va manquer dedans puis lui, ce sont des choses que, qu'il trouve euh spéciales [inaudible] c'est, c'est particulier puis il me dit peut-être que ça fait partie d'un [inaudible] je vois pas ce que ça peut apporter de plus ou de moins. » (Session 4)

7.

« ... dans un cours d'art plastique mais ça a été facile par la sculpture, la peinture euh je fais des bijoux, j'écris. » (Session 4)

8.

« Puis cette structure-là c'était tombé en place, avec [inaudible], avec les années ça se renforçait de plus en plus [inaudible], là je l'avais menacé puis je lui avais dit si jamais il levait encore la main sur ma mère [inaudible] c'est la première fois que j'ai vu mon père [inaudible] il n'a plus jamais [inaudible] ça a été fini [inaudible] s'il y avait eu une chance que je me rapproche [inaudible] il a commencé à, il a commencé vraiment [inaudible], une certaine crainte il a encore cette crainte-là aujourd'hui. » (Session 5)

9.

« ...je jouais toujours à la guerre puis je gagnais toujours [rire], j'ai jamais [inaudible] puis un moment donné, bien je devenais le chef. » (Session 5)

10.

« ...comme cette histoire-là qu'ils me changeaient constamment d'école euh puis euh j'ai fait tous les cours possibles et différents, dans toutes les écoles différentes. » (Session 5)

11.

« ...c'est complètement en dehors de lui puis euh ça l'affole quand il sent qu'il peut rien faire mais il fait pas partie de ça, il fait pas partie de ça puis euh il s'agrippe. » (Session 7)

12.

« ... il me dit il s'aperçoit que c'est la première fois qu'il aime quelqu'un. J'ai jamais eu tant d'hommes ces dernières années, tant d'hommes que j'attire, qui me disent qu'ils m'aiment, ça m'atteint pas. C'est pas pour être euh capricieuse ou désagréable, je me dis qu'est-ce qu'ils me veulent, qu'est-ce que c'est que ces histoires-là. Je sais qu'il y a des femmes qui aimeraient ça qu'on s'attache à elles, on dirait que moi j'aimerais ça [inaudible] des amis, tout ça, [inaudible] copain [inaudible] mais ils finissent toujours par s'attacher à moi puis euh m'envoyer des belles lettre puis dire des belles choses... » (Session 9)

13.

« Puis il le dit lui-même dans le fond, que je suis la personne la moins rassurante qui soit, qu'il a toujours l'impression que je peux lui filer entre les doigts. Je ne suis même pas dans ses doigts. Quand il a appris que j'avais eu une petite aventure, il a dit j'aime pas prêter ma blonde. Je lui réponds je ne suis pas vraiment ta blonde, je nous perçois pas en couple puis en plus on peut, on peut juste prêter ce qui est à soi, je suis pas à toi donc tu peux pas me prêter. » (Session 9)

14.

« Quand quelqu'un m'aime, il s'attache à moi, il serait prêt à me donner la lune, je m'enfuis parce que je suis pas confortable avec ça, je suis pas habituée à des gens qui euh pour qui je compte autant puis ça me fait peur, je suis inconfortable, un peu comme [Conjoint 2], lui c'est le marginal mais moi je suis confortable avec ceux qui euh, sont pas stables. Mais ça dure combien de temps ce cercle vicieux-là, est-ce qu'on va aller rechercher constamment ce qu'on connaît, c'est une des choses que j'aimerais [inaudible] j'aimerais euh... » (Session 10)

15.

« ...elle était, elle était vraiment très surprise, elle a dit il a vraiment eu cette réaction-là, bien, j'ai dit oui, elle a dit ça c'est pas dans les règles, puis ça c'est pas dans le jeu, j'espère. [pause 30 secondes]. Puis, je voudrais pas que ça inquiète [Amie 3] non plus parce qu'elle l'a jamais vu jaloux depuis qu'elle le connaît. C'est bizarre. » (Session 11)

16.

« ... il se passionnait d'architecture, j'avais pris la précaution de m'informer [inaudible] donc là euh j'ai donné beaucoup d'attention à cette fille-là [inaudible] et puis euh après ça j'ai commencé à lui dire euh ça doit être intéressant d'être avec quelqu'un qui s'occupe d'architecture [inaudible]. Elle a dit, ça m'intéresse pas bien, bien euh puis euh finalement, tranquillement pas vite je lui ai fait [inaudible] puis euh je lui ai dit bien écoute, il me semblait que [inaudible] d'architecture [inaudible] puis souvent je la prenais [inaudible] toi aussi [inaudible] tu dois trouver ça intéressant [inaudible] elle a dit bien, pas vraiment, finalement, elle s'est tellement embourbée que son ami l'a laissée puis elle a été congédiée [inaudible] [rire] j'ai pas fait ça. » (Session 11)

17.

« ... puis après ça aller voir le [Docteur 1] parce que quand on s'en va, il faut aller voir le [Docteur 1] qui est le président, on s'est toujours bien entendu, j'ai pas de problèmes [inaudible] parce que ses réponses aux journaux c'est presque toujours moi qui les ai composées, genre de complicité entre les deux [rire], il me donnait un brouillon puis je, je retravaillais ses textes euh c'est ça, ça fait que ça c'est demain matin. » (Session 13)

18.

« ... les enfants et moi, dans le temps qu'on vivait ensemble (s'éclaircit la gorge). Alors quand euh [Conjoint 2] nous a connus, il était vraiment étonné de voir à quel point nous autres on était beaucoup plus enjoués que lui puis c'est important pour nous autres la magie parce que les enfants avaient pas de luxe, moi non plus d'ailleurs, on dirait que quand on fêtait comme ça c'est là qu'on rattrapait peut-être euh des petits plaisirs qu'on avait pas pu se payer dans l'année, on se les payait, on faisait quelque chose de spécial, c'était important. » (Session 13)

19.

« Puis il me semble que ça fait tellement longtemps que je dépends de moi, je m'imagine même pas dépendre de quelqu'un euh j'avais 15 ans quand je me suis fait passer pour 16 ans, pour aller chercher des sous parce que mon père euh me disait qu'on doit commencer à travailler aussi jeune que possible, il n'avait pas l'intention de payer les dépenses puis tout ça puis euh ça a l'air un peu dramatique. » (Session 13)

20.

« Personne puis euh avec les années bien les enfants s'appuyant sur moi, j'ai dû, j'ai dû construire une image de pilier, une image de quelqu'un que rien ne lui fait peur, rien peut l'atteindre, je vais vous protéger contre tout et contre tous, ça a fonctionné un temps, avec le temps j'ai essayé de me montrer plus humaine, vulnérable parce que les enfants avaient tellement cru à ce personnage-là que ils avaient perdu l'aspect humain de vue, j'étais devenue comme mon bonze, tu sais s'il y avait du bruit la nuit ou n'importe quoi, je me levais. » (Session 13)

#### In Positive Configurations:

21.

« C'est le supposé mystère que je dégageais, il disait qu'il me trouvait mystérieuse et que ça l'attirait énormément mais dans le fond euh c'est, c'est pas comme ça il me semble qu'on doit, on doit établir une relation euh il me disait toi tu es une femme qui aime, qui aime les mystères et tout ça, ça ça m'attire beaucoup et puis euh tu es créative, moi je le suis pas puis euh on se complète, patati et patata. » (Session 1)

22.

« Ça fait que [soupir] j'ai comme pris en charge euh les responsabilités euh toutes les responsabilités, c'est moi qui payais les comptes euh à toutes les fois où c'était difficile, j'allais travailler, j'ai fait ça tout le long de notre mariage, j'essayais toujours de, de devancer ses, ses périls là [soupir] de, d'empêcher les faillites ou euh toujours essayer de garder la, la balance puis quand je me suis retrouvée avec les enfants bien ça c'est euh les responsabilités devenaient encore plus lourdes parce que là je me suis comme fait serment que ces enfants-là jamais manqueraient de rien euh autant que possible. C'est, je pense ce que j'ai fait mais disons que matériellement, psychologiquement, j'ai essayé de leur donner tout ce que j'ai pu puis euh mais c'était probablement plus lourd que je le réalisais. Quand [Conjoint 3] est arrivé en me disant euh tu es rendue mon, mon seul apport d'oxygène ou quelque chose comme ça puis euh c'est, c'est comme si on avait ajouté au fardeau qui était là il était déjà assez lourd déjà je l'avais porté avec [Conjoint 1]. » (Session 1)



23.

« ... j'ai toujours été la personne qui écoutait beaucoup les autres, on venait souvent me voir pour se confier, j'ai une bonne oreille, puis tout ça. » (Session 4)

24.

« ... j'ai eu souvent l'impression qu'un autre enfant aurait passé les mêmes choses puis ça aurait pas été si grave que ça, on dirait que des détails m'ont marquée au fer rouge puis euh ça a l'air à faire partie de moi ça. » (Session 4)

25.

« ... j'étais une bonne amie à aller chercher parce qu'on était tellement complices, c'est quelqu'un on va arriver puis on, dans le passé, c'était comme ça, on peut se retrouver dans, dans un groupe ou quoi que ce soit, une soirée puis d'un regard, il a jamais besoin de [inaudible], je sais toujours ce qu'il veut dire, [inaudible] bon, bien, telle personne euh [inaudible] peut-être parler à telle autre personne, on s'est toujours euh à 50 pieds, on s'est toujours compris du regard, on s'est toujours beaucoup devinés. » (Session 10)

26.

« ... il laissait un peu ça de côté avec moi euh il savait que [inaudible] puis que ça, que ça servait à rien de, d'essayer son charme puis tout ça parce que je le connais depuis qu'il est tout petit puis euh je l'ai vu dans toutes sortes de situations, je l'ai vu euh quand les policiers le ramenaient après euh après l'avoir trouvé dans un parc puis euh toutes sortes de choses euh je l'ai vu saoul, de la drogue [inaudible]. J'ai consolé plein, plein de, de ses femmes [rire] [inaudible] je le connais bien puis il joue pas ce jeu-là avec moi. » (Session 11)

27.

« ... il dit je trouve pas mal chez toi il dit t'as tellement d'aspects, t'as tellement de personnes à la fois, moi il dit ça me suffit. » (Session 11)

28.

« ... lui aussi euh s'était fait prendre par l'image, il était certain que mon mariage ça m'avait pas affectée, que j'avais bien passée à travers tout [inaudible] plus forte que lui, il me voyait euh presque invulnérable. Puis euh il dit je t'ai jamais vu pleurer, je t'ai jamais vu tout lâcher. » (Session 12)

Article 4

Models of Positive and Negative Interactions in Three Psychoanalytic

Processes: An Exploratory Study

Running head: POSITIVE AND NEGATIVE INTERACTIONS

Models of Positive and Negative Interactions in Three Psychoanalytic

Processes: An Exploratory Study

Caroline Audet, Marc-André Bouchard and Daniela Wiethaeuper

Université de Montréal, Montréal, Canada

To be submitted to Canadian Journal of Psychoanalysis

## Abstract

This exploratory study aimed to assess two dimensions of psychotherapeutic process episodes: The Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC; Audet, 1999) model, based mostly on immediate relational reflective or reactive transactions, and the Liberman Linguistic Styles Measure (LLSM; Wiethaeuper, 1999), an indicator of complementarity in analyst and patient linguistic forms. Those models were contrasted with both Bucci and Mergenthaler's (B-M's) model of referential activity and with clinical evaluations measured with the modified version of the Helpfulness Rating Scale (HRS; Elliott, 1985). Based on the comparison of three psychoanalytic oriented psychotherapies, the PNRC emerged as a good measure of the negativity in the relationship. The amount of negative configurations (rated with the PNRC) scored in each cases were validated by both the literature and the perceived helpfulness rated by experienced clinicians with the HRS. The LLSM's evaluations of the linguistic complementarities of the cases were also validated by the HRS and the literature. Moreover, the epic style demonstrated its importance to the relational texture of the participants, on both the relational and linguistic levels. B-M's model did not captured any positive or negative sequence in sessions and came out as an independent measure from LLSM and PNRC.

Key words: therapeutic interaction, relationship quality, linguistic complementarities, referential activity.

## Models of Positive and Negative Interactions in Three Psychoanalytic

### Processes: An Exploratory Study

The empirical study of the quality of the therapeutic relationship has gained much interest in the field of psychotherapy research (Binder & Strupp, 1997; Crits-Christoph & Connolly, 1999; Gelso & Carter, 1994; Kolden, Howard, & Maling, 1994; see also Bachelor & Horvath, 1999). For example, the positive quality of the relationship is now revealed to be a key factor in determining the efficacy of the interventions and outcome of the treatment (Bänninger-Huber & Widmer, 1999; Henry, Schacht, & Strupp, 1986, 1990; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994; Saunders, 2000). However, in spite of its centrality, the concept is still not clearly defined (Gelso & Carter, 1994) and the term relationship has been used to refer to quite different concepts. The working alliance (Horvath, 2001) is generally defined as the collaborative aspect of the relationship and the agreement on goals of treatment. The facilitative conditions offered, such as empathy, genuineness, unconditional positive regard (Rogers, 1951, see Bachelor & Horvath, 1999), the empathic resonance (Kolden et al., 1994), the real relationship and the transference (TR) (Gelso & Carter, 1994), etc., have all been used with varying degrees of fortune.

Nevertheless there is a substantial agreement on the importance of the quality of the relationship factor on outcome in all forms of psychotherapy (Bachelor & Horvath, 1999). This empirical and clinical exploratory study aims to compare two models of positive and negative quality of the relationship. The first model specifies the conceptual and operational aspects of the valence of the relationship, being either in a positive,

negative, or neutral state. The Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC; Audet, 1999), is based on immediate relational reflective or reactive transactions, as contributed by both participants. The second model is concerned with a description of linguistic forms and their complementarity, based on the Liberman Linguistic Styles Measure (LLSM; Wiethaeuper, 1999). As a complement, computer-assisted scoring of referential activity, emotional tone and abstract words (CRA) (Bucci, 1993, 1997a, 1997b; Mergenthaler, 1996, 1997; Mergenthaler, Baucom, & Stern, 2001; Mergenthaler & Bucci, 1999), combined with a thematic and sequential description of referential activity (Bouchard & Brisson, 2000) are used. Three therapeutic dyads are examined, applying each model. Their convergence, divergence and complementary aspects are explored in order to seek a multidimensional index of the quality of the therapeutic relationship. A separate evaluation of the clinical helpfulness of each session is also used and contrasted with the three theory driven instruments.

#### Positive and Negative Relationship Configurations

The PNRC is an attempt to integrate notions from the intersubjectivity movement (Atwood & Stolorow, 1984; Stolorow, 1997; Stolorow, Atwood, & Branchaft, 1994; Stolorow, Branchaft, & Atwood, 1987) with the object relations framework of Klein, Jacobson and Kernberg. The notion of intersubjectivity implies that the interaction is contextually determined by the nature of the phenomenal interaction, which results from the unique meeting of each participant's subjective system. This includes each participant's present mental state. Further, it is assumed that self and object representations held together by an affect, are reactivated and reprojected within

the therapeutic situation. In psychotherapy, we can observe a confirmation or disconfirmation of the patient's reactivated and projected relational scenarios (internal object relations) within the interaction. As a result, the dyad is seen as either in a positive, negative, or neutral state. A positive configuration (PC) reflects that the state of the relationship is presumably enhancing the therapeutic process. A negative configuration (NC), although present and inevitable, is presumably damaging to the relationship and to the process, whenever predominant. Finally, a neutral configuration (NT) is the most frequent and common; its occurrence is presumably non detrimental and even necessary.

#### Positive Configurations

In a PC, the patient is in a reflective mental state, i.e. involved in an inner, subjective self-observation and self-analysis. He is able to recognize and elaborate his present internal situation as a participating subject. The analyst validates and contributes to this moment by a shared process-oriented reflective position towards the patient and the therapeutic process, which also implies a self-reflective awareness. If necessary, statements position him as different from what the patient is currently projecting and seeking to repeat. This amounts to a cognitive and affective disconfirmation of the patient's fears and expectations within the immediate relationship (Weiss & Sampson, 1986). It is important to note however, that PCs do not necessarily represent moments of "improvement", "change", or "progress". The PCs moments are meant rather to mirror the positive state of the immediate shared reflective relational state. Their regular presence however in the larger context is here postulated to contribute to change.

### Negative Configurations

In a NC, the following sequence of intersubjective and intrapsychic events occurs: (a) An intrapsychic upsetting scenario (a mix of expectation, cognition and fantasy) is presently reactivated; and (b) it is being confirmed in the relationship with the analyst as a participant who, in some way or another, is acting and reacting in conformity with the patient's projection and scenario. The patient is confirmed both internally from his affective memory, that this is "as before and as always" and externally, within the observable interaction. Both subjects' mental states are typically reactive as opposed to reflective. The sequence illustrates a repetition, as opposed to a remembering and working through (Freud). This repetition is not to be attributed exclusively to the patient's activating scenario, because by definition a NC also involves the analyst's participation, a present enactment of his countertransference (CT) as seen since Freud (1910, 1912) as a distortion in technique and an obstacle (see Bouchard, Normandin, & Séguin, 1995).

### Liberman's Model of Linguistic Styles

According to Liberman, the organization of character-based traits is expressed through observable and specific linguistic patterns. These constitute the particular style of communicating of that individual. A style is defined as the manner through which someone communicates using verbal, non-verbal and paraverbal channels. A person may express herself mainly in one manner, explaining every idea, paying attention to details, using a monotone voice and almost no gestures. Another will employ numerous



channels and their transmission is rich in terms of metaphors, vivid scenes and dramatic expressions (Lieberman, 1982).

A style is presumably formed throughout the various developmental stages and it involves communication skills acquisition, influenced by the various relational contexts emerging from on-going communication with caregivers. Ways of communicating of both parties, their conflicts and resolution within the ego, all are interacting to create a style, a crucial component of character (Lieberman, 1982). Such character-stylistic organizations modulate the further acquisition of new functions and complexities in the use of language and channels of communication. Plasticity or rigidity in stylistic communication will result. Lieberman (1982) has described a number of ego components and capacities, expressed in observable styles: (a) The capacity to dissociate oneself and observe things as a whole without becoming involved in what is observed. Little or no affective participation is implied, within this schizoid<sup>1</sup> style; (b) the capacity to select details from the whole without confounding part-whole, associated with the lyrical style; (c) the capacity to maintain an equilibrium between desire and the possibility of its fulfillment. This is related to the epic style, and the faculty of listening to wishes, and of satisfying them when possible; (d) the ability to adapt to different circumstances and relationships, which also implies the capacity to be alone, associated with the narrative style; (e) the strength involved in one's power to bear a certain amount of anxiety, which prepares the individual towards the action mode, as related to the dramatic suspense style; and (f) a competence in sending a message in which the action, the idea and the affect expression are adequately combined is associated with the dramatic aesthetic

style. Each style has been introduced as expressing a capacity, but when used rigidly or defensively, these linguistic modes of communicating may serve as resistances in the psychotherapeutic treatment (Lieberman 1982, 1983) and reflect character-originated difficulties.

According to Liberman's model, a positive or complementary interaction is characterized by the analyst using "linguistic forms of verbal communication that are different in nature and quality from the ones used by the emitter at a certain point in the session" (Wiethaeuper & Bouchard, 2001, p. 31). This also helps patients to acquire new linguistic components that are lacking both in message transmission and inner experience. If this does not occur and the therapist uses a non-complementary linguistic style, this creates and maintains noises in the communication. This may become unbearable to the relationship, leading eventually to a rupture (Lieberman, 1974).

#### The Referential Activity Model

Bucci's multiple code theory intends to build a connection between cognitive theory and psychoanalysis (Bucci, 1997a). She proposes an emotion information-processing model in which referential activity integrates symbolic and subsymbolic processing systems allowing integration of functions, organization of goal-directed behavior and establishment of a unified sense of self (Bucci, 1997a, 2001; Bucci & Roussos, 2001).

Sensory modalities like olfaction and taste are difficult to describe in words, but through the use of imagery and descriptions, the information can be shared with others (Bucci, 1997a). The referential process connects nonverbal and emotional experiences

and modalities to words, as well as the modality-specific representations and processes of the nonverbal system to one another, independently of language.

Thus, all systems are equally important and constitute the human processing system through normal and conscious mental life (Bucci & Fredman, 1978; Bucci & Miller, 1993). Observer-rated and computer-generated measures of referential activity (CRA), emotional tone (ET) and abstraction words (AB) have been developed and tested (Bucci, 1997a; Buccheim & Mergenthaler, 2000; Mergenthaler, 1996; Mergenthaler et al., 2001; Mergenthaler & Bucci, 1999). People differ in their capacity to integrate nonverbal systems and connect them with language (Bucci, 1997a). Some psychopathological situations, for example abused adolescents (Jepson & Bucci, 1999) have been examined with these measures. Referential activity is presumed to be an indicator of resilience and of the capacity to engage in a fruitful psychoanalytic treatment. Bucci (1997a, 1997b) has attempted to characterize “good” and “bad” hours, in terms of the facilitation in completing the referential cycle. For instance, in this view, a “bad” hour or a “bad” part of a session is distinguished by a defensive interruption of the referential cycle. Based on Bucci-Mergenthaler’s (B-M’s) model, Bouchard and Brisson (2000) have proposed a thematic and sequential model of referential activity that describes positive and negative sequences in the psychotherapeutic process, based on the added criterion of thematic unity within a given referential cycle.

In the present work, the PNRC (Audet, 1999), the LLSM (Wiethaeuper, 1999) and the modified B-M’s model were applied to three sessions (early, middle and late) taken from each of three psychoanalytic treatments.

## Hypotheses

Given our present knowledge, it is generally expected that compared with “poor outcome” sessions and processes, “good outcome” material should be characterized by more frequent positive configurations (measured by the PNR), more frequent therapist complementary styles (as reflected by the LLSM), and more frequent B-M positive sequences (with B-M’s model). Further, it is expected that these indicators should relate with independent clinician generated evaluations of the usefulness of sessions.

## Method

### Participants and Material<sup>2</sup>

All patients were requiring a psychoanalytic treatment. Patients with any psycho-organic or delirium disorder, substantial alcohol or drug dependence, schizophrenia or other psychotic disorders, bipolar disorders, mental retardation and serious suicidal intent or ideation that may interfere with treatment were excluded from the study. The therapists had to be psychoanalysts with at least 10 years of clinical experience. All participants had to accept to have their sessions audiotaped.

Three psychoanalytic treatments were used in the present study. In terms of material, three sessions were examined for each case, one session from the early, middle and the late phase of the treatment.

Case A2, a middle-class agoraphobic woman, started her analytic treatment in her late twenties, four times a week with an experienced male analyst. She was a housewife and mother who worked part-time in a home-based sales job. She suffered

from acute anxiety, which would be expressed by nausea and gastrointestinal distress every time she would go out. As a result, she would not only be criticized by her husband but would also develop a phobic restraint in going out. The treatment lasted two and a half years (324 sessions). The patient's symptoms substantially improved. The analyst explored actively her paternal transference issues. She ended the analysis sooner than the analyst expected, having already diminished the frequency of sessions from four times a week to twice a week. For this case, we analyzed sessions 4, 162 and 312.

Case C., has been studied by several researchers (Bucci, 1997a; Dahl, Kächele, & Thomä, 1988; Jones & Windholz, 1990; Spence, Dahl, & Jones, 1993; Weiss & Sampson, 1986). This patient started her treatment at age 28, five times a week, also with an experienced male analyst. At the beginning of her treatment, she was complaining of frigidity and unhappiness in her marriage. She also had complaints of anxiety and dissatisfaction with her work and other personal relationships. She completed her analysis at session 1114. We have analyzed sessions 5, 766 and 943.

The third case, V4, is of a male patient who started his second analytic treatment four times a week. He experienced serious relationship difficulties, especially with women with whom he tended to be distant. In the analytic treatment, he became increasingly alienated, complaining of not being understood. The analyst became increasingly frustrated, sometimes blaming the patient for his relationship problems and missing sessions. The analyst became increasingly confrontational and hostile and the analysis was terminated by the patient on session 660. Sessions 4, 340 and 652 are here examined.

### Instruments

#### Montreal Transference and Countertransference Measure (MTCM; Bouchard, 1996)

The MTCM offers a psychoanalytically grounded multidimensional descriptive and operational measure of the psychotherapeutic process, organized around the relational phenomena of TR and CT. Ten components are separately rated and specified. The MTCM identifies the specific type of object relations presently activated in the transference, on a continuum of five levels of maturity: psychotic (1 and 2), borderline

(3), narcissistic (“quasi-four”), neurotic (4) and finally the level of integrative and reflective functioning (5). Also included are the manifest relational focus of each participant (TR, extra-TR, past), allusions to the TR and displacements (based on Gill’s contribution), the patient and analyst mental states, the analyst interpretive focus (genetic, here and now, contemporary) and level of inference (clarification, direct opinion, confrontation and interpretation). Finally, the micro-impact is assessed. Previous work (Bouchard, Audet, St-Amand, Picard, & Wiethaeuper, 1997) produced mean percentages of agreement for the identification of significant units which varied from 67% to 79% ( $M = 74\%$ ), and kappas for all criteria ranged from .63 to .87, which indicates satisfactory agreement beyond chance.

#### Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC; Audet, 1999)

Based on the MTCM’s rating system, the PNRC was developed to identify the valence of the therapeutic relationship. The PNRC is a descriptive and operational measure of the present state of the dyad, based on an evaluation of each participant’s mental state as either reflective, reactive, or objective-rational (Bouchard, Audet, Picard, Carrier, & Milcent, 2001; Normandin, 1991; Normandin & Bouchard, 1993). A configuration encompasses three MTCM segments: in the first, the patient’s activity is observed as context; the second segment must contain an identifiable analyst’s interpretive activity; in the final segment of the sequence, the patient’s activity is examined once more. All three segments must correspond to a specific and pre-defined combination of scores in order to be identified as a PC or NC. The variables used in the identification of the configurations are: the mental states of both participants, the

manifest relational focus, the presence of allusions to the TR, displacements and micro-impact. For example, a NC occurring in the TR would be identified with the following scores: In segment 1, the patient is in a reactive mental state and addresses the TR. In segment 2, the analyst's mental state is reactive (classical countertransference reaction), he addresses the TR and the impact of his interventions are rated as negative. Finally, in segment 3, the patient is in a reactive mental state and he addresses the TR.

Liberman Linguistic Styles Measure (LLSM; Wiethaeuper, 1999)

The LLSM is a multidimensional, process-oriented and descriptive approach to the various sequences in stylistically distinct communicative mental states of the ego as observed in sessions. This instrument offers a detailed definition of eight linguistic styles and their expression in the discourse. A separate presentation is provided for the patient and analyst. The styles are as follows: concrete, reflective-schizoid, lyric, epic, narrative, dramatic suspense, dramatic aesthetic (see the Appendix for a brief description of each style). Two meta-styles (insight-form) are also included: concrete mode and the meta-styles were added to the initial list proposed by Liberman (1982; see also Wiethaeuper, Bouchard, Audet, & St-Amand, 2001). The LLSM also proposes a list of complementary and non-complementary stylistic interactions, which allows to define episodes within sessions which may be considered as positive, negative or neutral, from this point of view.



Bucci and Mergenthaler's Model (B-M's; Mergenthaler and Bucci, 1999) and the Thematic and Sequential Model of Referential Activity (TSMRA; Bouchard & Brisson, 2000)

B-M's model is developed into a lexical computerized system, based on lists of empirically selected words (dictionaries). Scores for referential activity, level of abstraction and emotional tone are derived from automated computations for predetermined blocks of 150 words reflecting the frequencies of occurrence of words from the lists. Graph scores are expressed in standard deviation from the mean session score for each variable. Four phases are identified: (a) phase I is the sub-symbolic (SUB-SYMB) phase, defined by a low level of referential activity, either alone or in combination with abstraction, experiencing, or reflecting; (b) phase II involves moments of high referential activity (HI-RA) and includes HI-RA with either connecting, abstraction, experiencing and reflecting phase; (c) Phase III is the reflecting phase, and represents the combination of low referential activity and connecting (RALCO); and (d) phase IV is the defensive pattern (DEF) which includes low referential activity combined with abstraction, or abstraction alone. The first three phases represent an ideal and positive succession of events, while phase IV has a negative value attached to it. In practice, all four phases may be seen in various sequences, concerned with the same theme or not. For this reason, Bouchard and Brisson (2000) have elaborated a manual that specifies the appropriate sequences while taking into consideration manifest thematic unity. For example, a patient may in sequence follows through phases I and II, under the same theme of "anger towards others" which would be considered more

positive than phase I moment concerned with a completely different subject (i.e., coming to the session) followed by a phase II on anger. Sequence including SUB-SYMB followed by HI-RA and finally RALCO would be scored positive. This system identifies particular moments linked to the patient's activity in a session in contrast to other measures of analyst-patient interactions.

#### Modified Version of the Helpfulness Rating Scale (HRS; Elliott, 1985)

The HRS is a 9-point, bipolar, adjective-anchored rating scale, modified from Elliott (1985) to measure the immediate usefulness of a psychoanalytic moment or session taken as a whole. The scale ranges from extremely hindering (1), through neutral (5), to extremely helpful (9). Originally, this instrument was elaborated to be used by patients who were asked to review and rate the interview based on their recollection of how helpful the analyst's interventions were at the time. In the present study, experienced clinicians were asked to review in sequence all 9 sessions and to separately score each segment on this 9-point scale, before rating each session as a whole. Since judges were purposely not trained but were asked to make judgements based on their personal clinical experience, agreements are expected to be low.

#### Judges and Rating Procedure

For the MTCM, PNRC and the LLSM, the selection criteria for the judges varied depending on the task involved. For the segmentation process (MTCM and LLSM), the identification of the relationship configurations (PNRC) and the identification of the identification of B-M's different phases, since those tasks did not require any clinical decision, judges had to be in an undergraduate program in psychology for at least 2 years

and be bilingual (psychotherapies are all in English). For the scoring of the MTCM, the LLSM and the DMRS categories, judges had to be in a graduate program in psychology and have a minimum of 3 years of clinical experience using a psychodynamic and/or a psychoanalytic framework.

Concerning the HRS, judges had to have an ongoing clinical practice in psychology within a psychodynamic and/or a psychoanalytic framework, be bilingual and have at least 15 years of clinical experience.

For the MTCM, the rating process involves three steps: First, the segmentation was performed by two female clinical psychologists (6 and 7 years of clinical experience). Using the operational rules described in the manual, they independently read the transcriptions and identified the beginning and end of significant units in the discourse. Secondly, two other female clinical psychologists (4 and 7 years of clinical

experience) independently scored the material using the set of MTCM criteria. These judges received approximately 40 hours of training. Lastly, the PNRC ascertained the PCs, NCs and NTs. This task does not involve any complex clinical decision. Judges rely both on the MTCM scores and on the standardized decision tree elaborated in the PNRC scoring manual which describes criteria for the configurations. Two female undergraduate students in clinical psychology completed the rating. They received a minimal ten hours of training.

The procedure for the LLSM also involves three steps. First, two graduate students in clinical psychology segmented the material into linguistic units following operational rules described in the manual. They received 10 hours of training. These units are then independently scored with the LLSM categories by a second team of judges composed of two graduate students in clinical psychology who received 45 hours of training. Consensus is obtained whenever there is disagreement. Finally, two graduate students in psychology identified the positive and negative interactions, based on the list of positive complementary linguistic intercommunication.

Applying M-B's system meant using the graphs produced by the software for every session and required that one judge identified the different phases relating them back to the corresponding units in the text.

For the HRS, judges were two male psychoanalytically-oriented clinical psychologists (one being a training analyst) with 21 and 26 years of clinical practice and one female psychoanalytically-oriented clinical psychologist, with 23 years of clinical experience. Each unit was rated on the HRS before securing a global session rating.

### Basic Scores for Analysis

For the PNRC, LLSM and B-M's model, results are expressed in percent number of words under a category, over the total number of words produced by the subject (patient or analyst). For the HRS, mean scores are used in all analyses<sup>3</sup>.

### Results

#### Reliability Estimates

Reliability estimates for the identification of significant units for the MTCM varied from 61% to 71% ( $\bar{M} = 67\%$ ) using a conservative method (Stinson, Milbrath, Reidbord & Bucci, 1994), based on the scoring of 7 randomly chosen sessions of the 9 psychoanalytic sessions (A2: 04, 162, 312, C: 5, 766, 943, and V4: 340). The scoring proper of the MTCM categories yielded mean kappa of .71 for all criteria (ranging from .56 to .81). Reliability estimates for the identification of PCs, NCs and NTs with the PNRC were performed using all nine sessions. This produced excellent percentages of agreement that varied from 86% to 100% ( $\bar{M} = 96\%$ ). This was expected since this last task involved a minimal level of inference.

Reliability estimates for the LLSM were based on the scoring of all 9 sessions. Identification of the different linguistic units yielded percentages of agreements that varied from 68% to 91% ( $M = 79\%$ ) when considering a conservative method (Stinson et al., 1994). The scoring proper of the LLSM categories yielded mean kappa of .61 (range .46 to .73), which is considered satisfactory. One must also consider the complexity of the required task which involves an average of 170 decisions for each

session, and the fact that with every new case the forms for the nine linguistic styles varied.

The HRS showed a mean intraclass  $R$  of .34 (range of -.22 to .54 across sessions). As noted above, strong reliability estimates were not expected with this measure, given that clinical judgements were asked based on personal experience and that formal training was deliberately not offered.

#### Clinical Evaluations: A First Look at Good and Bad Hours

For case A2, mean global HRS scores for the three sessions is 6.17, which places that process between “somewhat helpful” and “moderately helpful”. Case C received the highest HRS scores ( $M = 7.50$ ), and V4 the lowest ( $M = 4.58$ ), which classifies it between “little hindering” and “neutral”.

Table 1 shows the distribution of HRS global scores and their within-session evolution. Spearman correlations were computed between mean segment HRS scores and segment number, for each session separately. Combining both mean scores and within session trends, it is possible to assign a categorical value (positive, negative and neutral) on each session, based on the clinical opinions. Using this system, case C was perceived as indicating the more helpful sessions; case A2 showed some positive evaluations, although her middle session (162) is seen as neutral; case V4 demonstrates a good early session but two clearly negative middle and late ones.

---

Please insert Table 1 about here

---

### Linguistic Styles

Table 2 shows the percent numbers of words per style, averaged across the three sessions. The narrative style predominates for all participants and is most frequent with case C (57.0% and 62.2% of words for patient and analyst, respectively). The dramatic aesthetic style is most frequently used in case A2, by both patient and analyst. Case V4 comes out with a different pattern: the dramatic suspense style is more typical of both patient (26.4%) and analyst (17.1%), along with the interesting addition of the epic style (Patient = 6.8%; Analyst = 20.6%). Finally, the analyst of case V4 is less reflective than others (10.8%). More frequent epic style and less reflective style would tend to suggest the presence of intense pragmatic pressures, i.e., enactments. It is not clear however at this point if these observations reflect more the unique characteristics of each individual participant or of the dyad.

---

Please insert Table 2 about here

---

### Intercorrelations Between PNRC, LLSM and B-M's Models

Table 3 presents the intercorrelations between the variables of each model<sup>4</sup>. The PNRC-NC is not correlated with the PNRC-PC index, which suggests that these two

aspects relate to separate phenomena. The significant correlation between PNRC-PC and PNRC-NT ( $r = .68, p < .05$ ) would indicate some overlap between these two categories, underlining some redundancy. The LLSM matrix reveals strong negative correlations between its neutral category (NEU) and both the positive (POS) and negative linguistic interactions (NEG) ( $r = -.99$ , and  $-.83, p < .01$ , respectively). This may suggest to drop the NEU category altogether. Further, LLSM-POS and NEG are highly correlated ( $r = .73, p < .05$ ) which may lead eventually to select one or the other. Finally, B-M's variables emerge as independent from one another, with the exception of the negative correlation observed between the SUB-SYMB (low referential activity and relaxing, experiencing or abstraction) and RALCO (low referential activity combined with connecting) ( $r = -.67, p < .05$ ). This would underline the importance of the B-M set of low referential and connecting conditions, as they seem to define a "containment" dimension from externalizing (low referential and absence of the connecting pattern, i.e. no containment) to connecting, without low referential (i.e. containment). It would be interesting to further explore possible relationships with measures of mentalization (i.e., Lecours, Bouchard, Perry, St-Amand, 2000).

Comparing the three measures with one another, B-M variables come out as most different and independent, compared with the LLSM and the PNRC. The one exception to this general trend is the positive link between HI-RA and the PNRC-NC category ( $r = .73, p < .05$ ; Table 2). This indicates that the "narrative" peaks of referential activity do



not in themselves reflect positive moments, contrary to what Bucci's (1997) model would suggest. In fact narratives can also be used in a defensive manner in moments where the relationship is strained, as is well known from clinical experience. Further, it is noteworthy that B-M's defensive variable is negatively correlated with HRS global scores ( $r_s = -.69, p < .05$ ). Therefore, sessions with high abstractness and a low amount of emotional tone tend to be perceived by clinicians as being of low helpfulness, lending validity to both measures, one computer generated, the other resulting from careful clinical opinion.

The PNRC-NC is strongly linked with all three LLSM scales: positively with both LLSM-NEG and LLSM-POS ( $r = .72$  and  $.75, ps < .05$ , respectively) and negatively with LLSM-NEU ( $r = -.79, p < .05$ ). Positive or negative LLSM ratings indicate the presence of linguistic "events", in Liberman's sense of a positive complementarity or of a concordant (negative) but linguistically validating therapist response to the patient's stylistic mode. As seen here, these linguistic events are clearly related to ratings of a negative scenario being repeated (PNRC-NC). Thus the PNRC-NC emerges as more important than the other PNRC categories, which is similar to other findings (Audet, Bouchard, Wiethaeuper, & St-Amand, 2001).

#### Correlations Between LLSM, PNRC and Patient Linguistic Styles

The epic style is positively related to both LLSM-POS and LLSM-NEG moments ( $r = .81, p < .01$ ;  $r = .68, p < .05$ , respectively), and negatively to the LLSM-NEU ( $r = -.83, p < .05$ ). This style thus seems to play a key role in terms of establishing the "valence" of the linguistic interaction. When the patient uses words as action, this

apparently has a considerable impact on the analyst, who is then stimulated somehow to respond at a linguistic level, either positively or negatively, but certainly not in a neutral mode. Further, the epic style is positively related with the PNRC-NC ( $r = .87, p < .01$ ) and negatively with the PNRC-NT ( $r = -.77, p < .05$ ). This again underlines the considerable influence of the epic style on the texture of the relational field between the patient and the analyst. This observation casts new light on what happens when the relationship is under the impact of a negative scenario and it also underlines that enactment is present. This contrasts with other styles that are independent from the valence attributed to the interaction.

The following section will present each instrument's verdict concerning the positive or negative valence of each session, separately for each case.

#### Comparisons Between PNRC and LLSM

##### Individual Cases

Table 4 presents, separately for each case, the distribution of positive and negative moments for both the PNRC and LLSM.

---

Please Insert Table 4 about here

---

Case C. This case is characterized by neutral PNRC ratings, and a complete absence of either PNRC-PC or PNRC-NC moments. There is a convergence with the LLSM noting almost no negative moments (session 05 = .9%; session 766 = 2.1%; and session 943 = .3%). Although surprising at first, this observation may reflect in part the

fact that the analyst is not very active, which reduces the probability to observe any interaction, positive or negative. Further, his mental state is essentially scored as objective-rational, which is a central feature of the PNRC-NT. Nevertheless this finding is at odds with the opinion of our clinicians and with most observations from the literature (see below).

The LLSM detected positive linguistic complementarities (2.3% in session 05; 2.2% in session 766; and 14.3% in session 943), which are represented by four combinations: dramatic aesthetic-reflective (twice), dramatic suspense-reflective (twice), narrative-epic (twice) and one utterance of lyric-narrative. The analyst is at least occasionally and appropriately focused on inner images and endopsychic contents (schizoid-reflective) when Mrs. C. is in the hysterical mode, either avoiding anxiety (dramatic-suspense) or providing a more abstract approach to the patient's autoplasmic activity compromised by her dramatization (dramatic-aesthetic). Interestingly, this case shows the highest amounts of narrative style for both participants (57.0% for the patient and 62.2% for the analyst; see Table 2). Those obsessional attitudes converge with the frequent objective-rational mental states. By contrast, in the narrative-epic complementarity, the analyst uses the action language to introduce a new modality in an otherwise closed narrative system. More frequent use of this complementarity might have increased the potential for deeper and more robust analysis of character resistances. Finally, the LLSM converges with the PNRC by noting the almost total absence of negative interactions.

Clearly in this case, the PNRC did not capture the positive aspect of the process perceived by the clinical judges. This may mean that considerable therapeutic progress can be made while participants are under the influence of an objective-rational mode. Further, a neutral relational valence, as defined by the PNRC (which implies an absence of PNRC-NC moments), may coexist with positive clinical developments, as rated otherwise. It seems that the absence of negative relational moments is the key element, as far as the PNRC goes. The more powerful and discriminant PNRC category appears to be the NC.

Jones and Windholz (1990), analyzing 70 sessions with 10 sessions taken from each year, observed that the patient's discourse became increasingly less intellectualized, more reflective and showed a greater access to emotional life through increasing free associations. The analyst became progressively active in confronting the patient's perceptions of reality, in identifying recurrent pattern and in interpreting defenses. Weiss and Sampson (1986) analyzed that case with their model, using the first 10 sessions of the process and the last 114 sessions. According to their study, she was also found to have benefited from her analysis. They also pointed that her discourse became less intellectualized, showing progressively greater access to her emotional life. Spence et al. (1993) analyzed the same 70 sessions used in Jones and Windholz (1990) and also found that Mrs. C.'s associative freedom increased significantly over the course of treatment.

In contrast to these findings, Bucci (1997a), again examining the same 70 sessions, reported:

[patient showed a] general decline in the expression of emotional experience across the six years of her treatment, as reflected in level of both CRA and ET, and that her language style becomes more intellectualized and abstract, as reflected in the increase in AB (p. 172).

Such discrepancies need to be further examined and understood, as it remains unclear if Mrs. C's reflective process is at the service of the therapeutic progress as sustained by many (Jones & Windholz, 1990; Spence et al., 1993; Weiss & Sampson, 1986) or if it is more intellectualized (rationale) discourse at the service of a resistance, as proposed by others (e.g., Bucci, 1997a).

Case A2. The PNRC portrays a mixture of PC and NC scores throughout the process for Case A2 with a predominance of PC. This is globally convergent with HRS ratings and the LLSM, with frequent POS moments and minimal NEG interactions. More precisely, for sessions 04 and 312, the PNRC and the LLSM are consistent with the HRS scoring by showing a positive value. However, in session 162, the PNRC and the LLSM received their highest positive scores (41.1% and 22.1%, respectively), while clinical judges gave a contrasted global mean score of 4.5, their lowest for that case. This result is contradictory, and seems to reflect the complex evolving processes of the judges' initially more positive impressions followed by a more guarded final opinion. One judge for instance commented that the interpretations seemed correct but poorly timed. Another rated within session moments as rather positive (6, 7, or 8) but in the end

rated the session globally as 3. In our opinion, this is a clear reflection that, as used presently, the formal instruments (PNRC, LLSM, B-M) are focused on segments, while the HRS may be used for both segments and global session assessments, leading to contrasted inferences.

Globally, the PNRC, LLSM and HRS converge with previous reports from the literature on this case. Scoring 20 randomly chosen sessions using Gill and Hoffman's (1982) coding system, Gedo and Schaffer (1989) showed that this dyad developed a good synchrony more quickly than expected, with interpretations leading to significantly more transference insights. The patient became progressively able to explore her inner life, making more use of her "observing ego" and was able to better tolerate anxiety in the face of criticism from her analyst ("paternal transference"). Waldron et al. (2000) study the impact of the quality of the analyst's interventions on the patient's productivity in order to evaluate the benefit of treatment. They recently provided an evaluation of this case rated by experienced independent analysts. Based on 4 sessions from various points in the analysis, using the Analytic Process Scale (APS; Sharf, Waldron, Firestein, Goldberger & Burton, 1999), this case received a score of 3 for the benefit of treatment, on a five-point scale (0 = none; 5 = strong benefit). Overall, this relates to the present observations.

Case V4. This case emerged as mostly negative, with an important percentage of PNRC-NC (70.5%) in the last session and few positive moments in session 340 only (14.3%). This concurs with HRS clinical ratings. Waldron et al. (2000) examined three sessions from case V4 (one early, middle and late in the analysis, although not

specified) using the APS (Sharf et al., 1999). They also concluded that both the analyst's interventions and the patient's productivity were low. They noted that the analyst used frequent transference interpretations, but with decreasing complexity in terms of connections between affect, impulses, defenses and examples of similar responses with others. On the patient's side, there was slow demonstrated progress in his understanding of the depth and extent of his own conflicts.

While the PNRC captured the negative valence for session 652, it did not for session 340 which was evaluated to be slightly positive but somewhat hindering by the clinicians. A closer examination may help to clarify this apparent discrepancy.

A detailed examination: Session 340. The patient introduces the session saying that he has been feeling very depressed. He then recalls the projects and dreams he had shared with his wife (e.g., building a greenhouse), which he realized may never be fulfilled. He reports his lack of affection and desire for her and notes that he continues to feel very depressed. On the MTCM, this is rated as involving an oral regressive transference, characterized by the self being anxiously and helplessly dependent, needy, feeling empty and depressed-deprived. The analyst at first remains silent and intervenes only to clarify something the patient has said, which was rated as PNRC-NT.

Meanwhile, HRS ratings are moderately high, ranging from 6.67 to 5.33 ( $M_{\text{segments 1-6}} = 5.95$ ). At the beginning of segment 7, however, the phone rings and the analyst takes the call. Mean HRS scores drop to 3.67. Clearly, the taking of the call is seen as unhelpful, if not hindering, but since the patient is reflective and the analyst objective-rational, a PNRC-NT rating is made. Sections 9 and 10 contain the only PNRC-PC moments for

this case. The patient reports a dream in which his wife appears as unattainable. The analyst reflectively asks what the patient is thinking about the dream. But the phone rings again, and again the analyst takes the call, after which he asks the patient how he feels about the situation with his wife. The patient reports feeling very helpless and discouraged. Clinicians sensitively give scores of 7.67 for section 9, 5.33 for the next, and their lowest sessions score (3.33) to section 11 following the taking of the second phone call.

As the session moves towards completion (sections 12 to 17), HRS scores significantly decrease ( $r_s = -.93$ ,  $p < .01$ ;  $M = 4.74$ , range from 6.33 to 3.67). These sections are rated as PNRC-NT: the patient is reactive, the analyst is in an objective-rational state, asking for clarification, which the clinicians evaluate as not helpful. By contrast in case C, the analyst was equally objective-rational and was still scored as much more helpful. This vignette illustrates in part shifting norms of practice between the moments of recording and the present views. But it also illustrates that the PNRC, being sensitive to mental states and interactions as opposed to content, does leave aside other important process dimensions. Obviously, there is more to rate, content-wise, beyond the important but incomplete coverage of PNRC interactions.

#### LLSM-PNRC Divergence.

The LLSM and PNRC are not always convergent with one another. LLSM-POS often refer to positive stylistic complementarities while the PNRC sees the presence of a mutual negative cycle of projection. The following excerpt, from session 652, illustrates



that. The linguistic styles used by the therapist and the patient are specified after each segment:

Patient (P) 1: (...) "I think this investing in the issue is that once again that somebody thinks differently and I can't tolerate it." (insight 1)

Analyst (A) 1: "It occurs to me that you may have a tremendous need to have the world reflect your images, in the absence of that, you're hurt and (inaudible)." (reflective)

P2: "I know that's what you've been telling me for a long time but I don't think it's true. I think there are particular situations in which I become very defensive or hurt depending on, I think I get defensive if I feel like you're trying to squeeze me into some model." (lyric)

A2: "It's interesting. The fact is that you're trying to squeeze me into your model. You tried last night, among other things, to squeeze [Wife] into your model." (narrative)

P3: "On the contrary. What happened was exactly the opposite. She was insisting. You know, it's very interesting. You have, I think you have a view of the world as being this kind of neutral place and I don't ever deal with anybody else's, the reality of anybody else's. You know, there are implications to what [Wife] feels and wants and my distress has a lot to do with having to face those implications". (epic)

Commentary. The linguistic style used by the analyst is complementary. For example, in P2 the patient's complaining and projecting of his guilt, and momentarily losing his capacity to differentiate between the self and others belongs to the lyrical style. The analyst narratively (in orderly sequence) tries to help differentiate between the protagonists involved and works on the patient's difficulty to momentarily differentiate himself from others. But simultaneously the interaction involves a scenario of mutual projection. Both participants are in a reactive mental state. The analyst feels "accused" by the patient and becomes defensive. The participants blame each other and

consequently the patient becomes even more reactive and defensive. This is reflected in the PNRC-NC score. Therefore, a Liberman complementary sequence may occur as embedded in a negative relational cycle.

Wiethaeuper and Bouchard (2001) also proposed that at a broader level, both protagonists may increasingly participate in different semantic fields. Wiethaeuper et al. (2001) also stressed the importance of the analyst's mental state while "producing" a linguistic mode. The analyst from the present vignette was in a reactive mental state and scored as Liberman positive but non-instrumental. It thus seems that considering mental states helps to detect "false positive interactions" on the LLSM.

#### Discussion

Considering the three cases, based on three sessions (one early, one middle and one late) for each case, the PNRC-NC category emerges as a good measure of the negative status of the relationship within a psychoanalytic session. This index is related to the HRS and to both the LLSM-POS and LLSM-NEG categories; it also converges with observations derived from other indicators reported in the literature. This contrasts with the PNRC-PC category, which does not seem to be able to identify the clinically positive quality of a session. This is demonstrated by the total absence of PNRC-PC ratings in case C, while others report a clear benefit and while HRS presents high scores. It could be relevant to observe that the absence of negative moments (as defined by the PNRC) is a plausible indicator that something else (although undefined) is going right.

More generally, the negative and positive PNRC categories are not correlated and clearly seem to measure different phenomena. The significant correlation between NT

and PC may reflect and underline the present limit of the instrument to differentiate between the neutral and the more truly positive moments.

Yet, the identity (validity) of the PNRN neutral category is ambiguous. At the present time, one cannot say if these moments are related to the construction of a positive analytic process in the long term, but from our limited sampling and as often commented for Mrs. C., it does seem to be the case. More work is required to clarify this point.

Based on Liberman's concepts of complementary linguistic interactions, the capacity of the LLSM to measure a linguistically based key element of the analytic process was given good support. More precisely, the careful observation of complementary interactions does seem to tap important moments within a session. A complementary linguistic style is defined by the analyst using a linguistic style that is different in nature and quality from the one used by the patient (Wiethaeuper & Bouchard, 2001). However, careful observation of case V4 and particularly of session 652, helped to focus on a crucial distinction between "true and false positive" complementary moments, the distinction being based on the additional criterion of the analyst's mental state.

Linguistic complementarities are presumed to help patients to acquire new linguistic components that are lacking both in message transmission and inner experience. But in our view, this may also be understood as a form of non-verbal confrontation at the relationship level, since the analyst offers an intervention that by its form distracts the patient from his repetitive and rigid linguistic style. From this vantage

point, such moments put the relationship to test. Clinically, it appears advisable ideally to reiterate the crucial relevance of ensuring a sense of trust and mutuality, before making use of complementary but presumably also “linguistically confronting” linguistic modes. When used in a negative relational context (as seen in V4) and a scenario of mutual projecting, such complementary modes may only compound the difficulty, and exert a greater negative impact. The reactive mental state may not be picked-up by the patient’s observing ego, in contrast to most manifest verbal confrontations focusing on content.

The epic style in particular demonstrated its important contribution to the relational texture, as it clearly co-occurred with moments of NC scored by the PNRC. This makes sense since the epic style is defined as a form of linguistic action, closely related to the common concept of acting in and to the classic concept of unconscious countertransference, here partly re-defined as a reactive mental state (see Bouchard et al., 1995). The epic style is significantly related to the presence of either a LLSM-POS or LLSM-NEG score and is clearly absent from the “linguistically neutral” moments. This underlines the impact this style has on the therapist, who typically seems to sense some pressure within the linguistic channel and to respond by either becoming complementary or by negatively confirming and strengthening the patient’s epic mode.

The HRS demonstrated a capacity to evaluate the clinical impact of a psychoanalytic session as results converge with other evaluations using other instruments. In contrast to both the PNRC and LLSM measures, computer generated indexes, based on Bucci’s and Mergenthaler’s variables, were unable to identify either

clear positive or negative moments in the observed nine sessions. This is all the more surprising given that clinicians seem to agree that such clearly negative moments were observed, as well as some clearly good ones. From our exploratory study, the clinical usefulness of the model should be addressed; at least as far as studying within-session variations go. However, one important finding showed that a lower helpfulness perceived by clinicians is significantly correlated with Mergenthaler's defensive pattern.

## References

- Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1984). Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology. London: The Analytic Press.
- Audet, C. (1999). Positive and Negative Relationship Configurations. Scoring manual. Unpublished manuscript. Université de Montréal.
- Audet, C., Bouchard, M. A., Wiethaeuper, D., & St-Amand, P. (2001, June). Quality of psychotherapeutic relationship in two contrasted beginnings offered by the same therapist: Premature termination versus positive outcome. Paper presented at the 32<sup>nd</sup> annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, L. Duncan, & S. D. Miller (Eds), The heart and soul of change: What works in psychotherapy (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bänninger-Huber, E., & Widmer, C. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. Psychotherapy Research, 9, 74-87.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. Clinical Psychology: Science and Practice, 4, 121-139.
- Bouchard, M. A. (1996). Montreal Transference and Countertransference Measure. Scoring Manual. Unpublished manuscript. Université de Montréal.

- Bouchard, M. A., Audet, C., Picard, C., Carrier, M., & Milcent, M. P. (2001). The Mental State Rating System. Scoring manual. Unpublished manuscript. Université de Montréal.
- Bouchard, M. A., Audet, C., St-Amand, P., Picard, C., & Wiethaeuper, D. (1997). Towards a multidimensional model of the psychoanalytic process: The Montreal Transference and Countertransference Measure. [CD-ROM]. In H. Kächele, E. Mergenthaler, & R. Krause (Eds), Psychoanalytic process research strategies II. 20th Ulm workshop of empirical research in psychoanalysis. ISBN 3-926002-12-3.
- Bouchard, M. A., & Brisson, S. H. (2000). Thematic and Sequential Model of Referential Activity. Scoring manual. Unpublished manuscript. Université de Montréal.
- Bouchard, M. A., Normandin, L., & Séguin, M. H. (1995). Countertransference as an instrument and an obstacle: A comprehensive and descriptive framework. Psychoanalytic Quarterly, 64, 717-745.
- Buccheim, A., & Mergenthaler, E. (2000). The relationship among attachment representation, emotion-abstraction patterns, and narrative style: A computer-based text analysis of the Adult Attachment Interview. Psychotherapy Research, 10, 390-407.
- Bucci, W. (1993). The development of emotional meaning in free association. In A. Wilson & J. E. Gedo (Eds), Hierarchical concepts in psychoanalysis: Theory, research and clinical practice. New York: Guilford Press.

- Bucci, W. (1997a). Empirical studies of "good" and troubled hours: A multiple code interpretation. Journal of the American Psychoanalytic Association, 45, 1-34.
- Bucci, W. (1997b). Psychoanalysis and cognitive science. New York: Guilford Press.
- Bucci, W. (2001). Pathways of emotional communication. Psychoanalytic Inquiry, 21, 40-70.
- Bucci, W., & Friedman, N. (1978). Language and hand: The dimension of referential competence. Journal of Personality, 46, 594-622.
- Bucci, W., & Miller, N. (1993). Primary process analogue: The referential activity (RA) measure. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, & J. Docherty (Eds), Psychodynamic treatment research (pp. 387-406). New York: Basic Books.
- Bucci, W., & Roussos, A. (2001, June). Psycholinguistic and clinical features of the referential process. Paper presented at the 32<sup>nd</sup> annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.
- Crits-Christoph, P., & Connolly, M. B. (1999). Alliance and technique in short-term dynamic therapy. Clinical Psychology Review, 19, 687-704.
- Dahl, H., Kächele, H., & Thomä, H. (Eds). (1988). Psychoanalytic process research strategies. Berlin: Springer-Verlag.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counselling interviews: An empirical taxonomy. Journal of Counseling Psychology, 32, 307-322.
- Freud, S. (1910). Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique. In La technique psychanalytique (pp. 23-34). Paris: Presses Universitaires de France, 1994.



- Freud, S. (1912). La dynamique du transfert. In La technique psychanalytique (pp. 50-60). Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- Gedo, P. M., & Schaffer, N. D. (1989). An empirical approach to studying psychoanalytic process. Psychoanalytic Psychology, 6, 277-291.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. Journal of Counseling Psychology, 41, 296-306.
- Gill, M. M., & Hoffman, I. Z. (1982). Analysis of transference: Volume II. Studies on nine audio-recorded psychoanalytic sessions. New York: International Universities Press.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 27-31.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 768-774.
- Horvath, A. O. (2001, June). The role of the alliance in therapy: Client factors, therapist variables and interactions. Paper presented at the 32<sup>nd</sup> annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.
- Jepson, L., & Bucci, W. (1999). Object relations and referential activity in physically abused adolescents. Adolescence, 34, 781-792.

- Jones, E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. Journal of the American Psychoanalytic Association, 38, 985-1015.
- Kolden, G. G., Howard, K. I., Maling, M. S. (1994). The counselling relationship and treatment process and outcome. The Counseling Psychologist, 22, 82-89.
- Lecours, S., & Bouchard, M. A., St-Amand, P., & Perry, J. C. (2000). Assessing verbal elaboration of affect in psychotherapy: A preliminary report and single case study. Psychotherapy Research, 10, 47-56.
- Liberman, D. (1974). Complementariedad estilística entre material e interpretación. Rev. Psicoanál., 31, 201-224.
- Liberman, D. (1982). Psicopatología. Rio de Janeiro: Ed. Campus.
- Liberman, D. (1983). Linguística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico tomos I e II. Buenos Aires: Kargieman.
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-abstraction patterns in the verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1306-1315.
- Mergenthaler, E. (1997). A cyclic model of therapeutic processes: The flow of emotion abstraction patterns in a long term psychoanalytic treatment [CD-ROM]. In H. Kächele, E. Mergenthaler, & R. Krause (Eds), Psychoanalytic process research strategies II, 20th Ulm workshop of empirical research in psychoanalysis. ISBN 3-926002-12-3.

- Mergenthaler, E., Baucom, D. H., & Stern, A. (2001, June). Patterns of therapeutic activity using computer measured concepts for a creative writer. Paper presented at the 32<sup>nd</sup> annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.
- Mergenthaler, E., & Bucci, W. (1999). Linking verbal and non-verbal representations: Computer analysis of referential activity. British Journal of Medical Psychology, *72*, 339-354.
- Normandin, L. (1991). La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutique. Unpublished doctoral dissertation. Université de Montréal.
- Normandin, L., & Bouchard, M. A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive, and reflective countertransference. Psychotherapy Research, *3*, 77-94.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp. 270-376). New York: John Wiley & Sons.
- Saunders, S. M. (2000). Examining the relationship between the therapeutic bond and the phases of treatment outcome. Psychotherapy, *37*, 206-218.
- Sharf, R. D., Waldron, S., Firestein, S. K., Goldberger, M., & Burton, A. B. (1999). The Analytic Process Scales (APS). Coding manual. Unpublished manuscript. New York.

- Spence, D. P., Dahl, H., & Jones, E. E. (1993). Impact of interpretation on associative freedom. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 395-402.
- Stinson, C. H., Milbrath, C., Reidbord, S. P., & Bucci, W. (1994). Thematic segmentation of psychotherapy transcripts for convergent analysis. Psychotherapy, 31, 36-48.
- Stolorow, R. D. (1997). Dynamic, dyadic, intersubjective systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. Psychoanalytic Psychology, 143, 337-346.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Brandchaft, B. (Eds). (1994). The intersubjective perspective. Northvale, USA: Jason Aronson.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B. & Atwood, G. E. (1987). Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Waldron, S., Scharf, R. D., Crouse, J., Firenstein, S. K., Burton, A., & Hurst, D. (2000, March). Saying the right thing at the right time: Psychoanalytic Interventions of good quality lead to immediate patient productivity. Paper presented at The Joseph Sandler Research Conference, London, England.
- Weiss, J., & Sampson, H. (1986). The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research. New York: Guilford Press.
- Wiethaeuper, D. (1999). The Liberman Linguistic Styles Measure. Scoring manual. Unpublished material. Université de Montréal.

Wiethaeuper, D., & Bouchard, M. A. (2001). Linguistic styles and complementarities in working with resistance: A clinical reexamination.  
Manuscript submitted for publication.

Wiethaeuper, D., Bouchard, M. A, Audet, C., & St-Amand, P. (2001). Linguistic styles and complementarities compared in two psychotherapy beginnings offered by the same therapist. Paper presented at the 32<sup>nd</sup> annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.

Authors Notes

Caroline Audet and Marc-André Bouchard, Département de Psychologie, Daniela Wiethaeuper, Département de Psychologie (now at the Universidad do Vale do Rio dos Sinos, Brazil).

Preparation of this manuscript was supported in part by the Département de Psychologie of the Université de Montréal, the Faculté des études supérieures of the Université de Montréal and grants to the second author from the Research Advisory Board of the International Psychoanalytic Association and the FCAR, Ministère de l'Éducation, Québec, Canada.

A shorter version of this article has been presented at the Society for Psychotherapy Research, Chicago, June 2000.

Correspondence regarding this article should be addressed to Marc-André Bouchard, Département de Psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3J7. Electronic mail may be sent via Internet to: [[marc.andre.bouchard@umontreal.ca](mailto:marc.andre.bouchard@umontreal.ca)].

## Footnotes

<sup>1</sup>This style has also been labelled reflective by Liberman. This usage we will not follow, to avoid unnecessary confusion with our own very different concept of reflective mental state.

<sup>2</sup>The cases were chosen from the the Psychoanalytic Research Consortium that has a catalogue of 25 recorded analytic patients available for professional study (see Waldron et al., 2000). The authors wish to express their gratitude to Dr Sherwood Waldron, President and Board Chairman Treasurer of the Consortium, for his precious collaboration in sharing data used in this study. Address for correspondence: 1235, Park Ave., New York, NY 10128, USA. Website: [<http://www.psychoanalyticresearch.org>].

<sup>3</sup>For the analyses using the HRS global scores, only two judges were used since the third judge failed to make the full use of the whole range of the scale, his rating ranged from 4 to 6 only. However, all three judges were used for the analysis concerning the scores per segment for each session; means of global scores for two judges were very highly correlated with the mean scores for all judges for in-session scores ( $M = .92$ , ranging between .80 and .98, all  $ps < .01$ ).

<sup>4</sup>Using B-M's model, no positive or negative sequences were observed, so all four primary variables are used (SUB-SYMB, HI-RA, RALCO and DEF).

Table 1

Distribution of HRS Global Scores per Session, HRS Specific  
Scores' Temporal Trends per Session and Category

Sessions	HRS	Temporal trends <sup>a</sup> (Spearman $r_s$ )	Category
Case A2			
Session 04	8.00	.53**	Pos
Session 162	4.50	.02	Neu
Session 312	6.00	.75**	Pos
Case C			
Session 05	7.50	.59**	Pos
Session 766	7.00	.71**	Pos
Session 943	8.00	.55**	Pos
Case V4			
Session 04	7.00	.44*	Pos
Session 340	3.25	-.50**	Neg
Session 652	3.50	-.30	Neg

Note. HRS = Helpfulness Rating Scale. Pos = Positive. Neu = Neutral.

Neg = Negative.

<sup>a</sup>For the temporal trends, Spearman correlations were computed between HRS score for every segment in a session and segment number.

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



Table 2

Mean Percentage or Words of Each Linguistic Style for Cases A2, C and V4

Styles	Case A2		Case C		Case V4	
	PT	AN	PT	AN	PT	AN
Narrative	35.1	35.9	57.0	62.2	38.8	35.4
Dramatic Suspense	18.1	13.9	17.1	2.8	26.4	17.1
Dramatic Aesthetic	20.3	14.5	8.8	3.7	9.9	10.8
Epic	2.7	.0	1.3	4.3	6.8	20.6
Lyric	12.9	1.6	7.4	2.2	10.0	.0
Reflective	.0	28.1	--	24.6	--	10.8
Reflective-Schizoid	2.7	-- <sup>a</sup>	.0	--	3.5	--
Concrete	0.7	.0	.0	.0	.0	.0
Insight 1	0.7	--	6.0	--	.0	--
Insight 2	.0	--	.0	--	1.5	--

Note. PT = Patient. AN = Analyst.

<sup>a</sup>The (--) signifies that the category does not apply for the patient or analyst (e.g., reflective-schizoid, insight 1 and insight 2 scores are only given to the patient).

Table 3

Intercorrelations Between PNR, LLSM and B-M Measures

Variables	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. HI-RA	.02	.01	.27	.24	.30	-.26	-.50	.73*	.13	-.09
2. DEF		-.45	-.03	.13	.21	-.15	.50	-.10	.44	-.69*
3. RALCO			-.67*	.11	.11	-.12	-.05	.33	.00	.27
4. SUB-SYMB				.17	.01	-.14	-.26	.06	-.17	-.20
5. LLSM-POS					.73*	-.99**	.21	.75*	.31	-.49
6. LLSM-NEG						-.83**	.53	.72*	.53	-.32
7. LLSM-NEU							-.29	-.79*	-.37	.36
8. PNR-PC								-.11	.68*	-.28
9. PNR-NC									.10	-.19
10. PNR-NT										.40
11. HRS <sup>a</sup>										

Note. N = 9. HI-RA = High referential activity. DEF = Defensive. RALCO = Low referential activity and connecting. SUB-SYMB = Sub-Symbolic. LLSM = Liberman Linguistic Styles Measure. POS = Positive interactions. NEG = Negative interactions. NEU = Neutral Interactions. PNR = Positive and Negative Relationship Configurations. PC = Positive configurations. NC = Negative configurations. NT = Neutral Configurations. HRS = Helpfulness Rating Scale.

<sup>a</sup>Spearman's correlation was used for the HRS variable, using an ordinal scale.

\*p < .05. \*\*p < .01.

Table 4

Positive and Negative Moments Scored by the PNRC and LLSM for Cases A2, C and V4, Expressed in Percent Number of Words

Sessions	PNRC		LLSM	
	PC	NC	POS	NEG
Case A2				
Session 04	14.5	38.9	9.5	7.3
Session 162	41.1	4.7	22.1	7.1
Session 312	17.9	6.1	18.0	6.6
Case C				
Session 05	.0	.0	2.3	0.9
Session 766	.0	.0	2.2	2.1
Session 943	.0	.0	14.3	0.3
Case V4				
Session 04	.0	.0	3.0	.0
Session 340	14.3	.0	9.7	1.8
Session 652	.0	70.5	42.3	8.5

Note. PNRC = Positive and negative relationship configurations. LLSM = Liberman linguistic style measure. PC = Positive configuration. NC = Negative configuration. POS = Positive linguistic interaction. NEG = Negative linguistic interaction.

Appendix

Table 5. Description of Liberman's Linguistic Styles (Liberman, 1982)

Styles	Patient	Analyst
<p>1. Dramatic Aesthetic</p>	<p>This mode fascinates by the richness of verbal and non-verbal expression. Usually, the subject effectively tell stories with a sequential and argumentative line so the analyst's attention never drops. Castration anxiety is managed through projection, dramatization and the creation of an aesthetic impact. The style's use of representative symbols or facts as if they were the facts themselves; others feel like the scene is happening just now, as if they were participating in the drama. This style includes the metaphors, hyperboles, exaggerations and other symbolic features of languages. The discourse can be also equated to a dream.</p>	<p>The analyst names the patients' internal contents but in a symbolic and imagistic manner linking the affect and the representation. It is rich in visual contents. He can also present exhibitionistic traits in his verbal expression. As the oedipal transference is activated, he can lose the capacity to perceive the impact of his seductive aspects on the patient.</p>
<p>2. Dramatic Suspense</p>	<p>This style usually has the worst syntax of all since the anxiety is almost always present and invades the verbalization process Patient will stop phrases in the middle and avoid certain themes by not using the first person (I) but the third (he, she). The effect on the listener is one of confusion, misunderstanding and obscurity. When the subject is able to get in contact with these repressed aspects, he is able to generate new symbolic meanings in phrases with optimal syntax.</p>	<p>The analyst avoids any theme implying an unconscious fantasy or object relation that could cause him anxiety (e.g, making transference interpretations to clear transference contents). The patients' inquires for clarifications are answered in a tangential manner. The verbalizations are ambiguous and unclear, sometimes expressed in long phrases where it is unclear what is the most important sentence. He can stop phrases in the middle leaving the patient to complete them. Or, he can make unclear and incomplete questions. The effect is one of "suspense".</p>
<p>3. Narrative</p>	<p>This style concentrates on the verbal aspects of communication especially the syntax and the semantics. The subject is not interested at all in the pragmatics or the effect his discourse has on others. This subject is excessively preoccupied with controlling the way people understand them and the way they must talk. The narrations are sequential, with very little (if any) images or dramatic aspects. The listener feels little 'room' to fantasize or to make a plastic image of the narration. The sentences are filled with logic and frequent usage of associations by temporal or spatial proximities or by similarities.</p>	<p>The analyst is very meticulous in describing situations or in asking questions about facts. Sometimes the questions may look as a court hearing where one can only respond with "yes" or "no". There is an emphasis on the use of formal logic and the correctness of the syntax. In some cases the analyst can put an emphasis on the differentiation of the subjects in the phrase such as "you" or "I" in order to work on the patient's conflicts on differentiating himself from others. The analyst descriptively explains the effects of patients' words and actions on others. Or, he can make interventions linked to the setting.</p>

Table 5. Description of Liberman's Linguistic Styles (Liberman, 1982) (continued)

Styles	Patient	Analyst
4. Epic	<p>This style always reveals a second intention towards the treatment, very different from the therapeutic purposes. The subject is an inoculator of his wishes. He presents a "conative language" where linguistic utterances evoke a conception of intentions towards the other person (receiver of communication) that are not usually clear or explicit. Scenarios and story characters change so much that it become impossible to understand the symbolic contents of the patient's discourse as well as what he intends to communicate. Usually, this kind of discourse is not used to communicate something, but rather to hide, control or to indirectly convince the listener with something. The characters in the stories are usually very "crude" as they often represent primitive partial object relations.</p> <p>There is a high degree of convergence between the verbal emissions and the affects. The subject tends to get overwhelmed with emotions. Their listener is an avid "open mouth" as the patient also loses the capacity to differentiate between the self and others. The analyst is seen as someone who regulates their self-esteem and the problems with the superego. So, interpretations are understood as a proof of the analysts' feelings towards the patient. This creates a semantic distortion of the messages. It is a complaining-type of expression, with the sense of guilt being always projected. It may seem the patient emits insight-form of verbalizations, as he demonstrates emotions, some culpability and preoccupation with causes of behaviours and situations; however, he is either projecting the guilt or turning it against himself.</p> <p>For the patients this style is called <u>Reflective-schizoid</u>. Thoughts rather than emotions and emotional connections with others are almost exclusively invested aspects. Anxiety is non-existent and the discourse is markedly philosophic, detached and abstract. This detachment is more structural than defensive. The subject usually has a good relation with the reception and transmission of messages since the dissociation helps him not be personally compromised with the message. The subject describes emotional situations or important facts in his live as if he was describing a scientific documentary. The impression is being in the presence of a good police report of the facts, without any emotion involved.</p>	<p>The analyst can try to induce the patient to feel things he is not prepared to. The analyst loses his capacity to think and can use action in words as a result of a countertransference reaction. He may interrupt the patient's speech, or becoming angry. He may instrumentally use the "action in words" in order to interrupt the patient's endless and controlling discourse. He can also (instrumentally or not) bring into the discussion a completely different subject, using an epic modality.</p>
5. Lyric	<p>There is a high degree of convergence between the verbal emissions and the affects. The subject tends to get overwhelmed with emotions. Their listener is an avid "open mouth" as the patient also loses the capacity to differentiate between the self and others. The analyst is seen as someone who regulates their self-esteem and the problems with the superego. So, interpretations are understood as a proof of the analysts' feelings towards the patient. This creates a semantic distortion of the messages. It is a complaining-type of expression, with the sense of guilt being always projected. It may seem the patient emits insight-form of verbalizations, as he demonstrates emotions, some culpability and preoccupation with causes of behaviours and situations; however, he is either projecting the guilt or turning it against himself.</p> <p>For the patients this style is called <u>Reflective-schizoid</u>. Thoughts rather than emotions and emotional connections with others are almost exclusively invested aspects. Anxiety is non-existent and the discourse is markedly philosophic, detached and abstract. This detachment is more structural than defensive. The subject usually has a good relation with the reception and transmission of messages since the dissociation helps him not be personally compromised with the message. The subject describes emotional situations or important facts in his live as if he was describing a scientific documentary. The impression is being in the presence of a good police report of the facts, without any emotion involved.</p>	<p>The analyst (as result of a countertransference) can make interpretations or use the patient in order to appease any negative internal feelings resulting from conflicts in his own superego. The analyst can feel he has to pacify the patient's superego through reassurances and encouragements. The analyst can be very critical or feel criticized by the patient.</p>
6. Reflective	<p>There is a high degree of convergence between the verbal emissions and the affects. The subject tends to get overwhelmed with emotions. Their listener is an avid "open mouth" as the patient also loses the capacity to differentiate between the self and others. The analyst is seen as someone who regulates their self-esteem and the problems with the superego. So, interpretations are understood as a proof of the analysts' feelings towards the patient. This creates a semantic distortion of the messages. It is a complaining-type of expression, with the sense of guilt being always projected. It may seem the patient emits insight-form of verbalizations, as he demonstrates emotions, some culpability and preoccupation with causes of behaviours and situations; however, he is either projecting the guilt or turning it against himself.</p> <p>For the patients this style is called <u>Reflective-schizoid</u>. Thoughts rather than emotions and emotional connections with others are almost exclusively invested aspects. Anxiety is non-existent and the discourse is markedly philosophic, detached and abstract. This detachment is more structural than defensive. The subject usually has a good relation with the reception and transmission of messages since the dissociation helps him not be personally compromised with the message. The subject describes emotional situations or important facts in his live as if he was describing a scientific documentary. The impression is being in the presence of a good police report of the facts, without any emotion involved.</p>	<p>The analyst makes an instrumental use of his "schizoid" parts (detachment) in order to name the inside contents that are avoided by the patient. This kind of dissociation makes possible to keep facts and situations vivid in our memory. The schizoid- reflective attitude may also help us to orient our approach in the face of dramatic-aesthetic impact. This helps to focus on either inhibited or dissociated parts instead of becoming a 'castrated' spectator of the highly metaphorical and plastic images that serve the theatrical mode. Silence can be used as a defense or as an important "refuge" in order to find a better way to interpret the patient's conflicts. The analyst can also ask interpretive questions, aiming to make the patient think about unconscious conflicts.</p>

## Conclusion

La présente thèse a exposé l'élaboration d'une mesure de la qualité de la relation thérapeutique et d'un protocole mixte réunissant l'analyse intensive quantitative à l'analyse qualitative. Ces deux modèles ont été mis à l'épreuve dans deux études empiriques. Tous les articles, ceux méthodologiques d'une part, et ceux empiriques d'autre part, se sont construits et rédigés de façon pratiquement parallèle, chacun contribuant à l'élaboration de l'autre.

Au départ, dans l'élaboration du projet de thèse, nous proposons d'utiliser les séries chronologiques (*time-series*) pour répondre aux objectifs de notre recherche. Cette analyse statistique permet de mesurer l'interaction car elle arrive à préciser l'influence que les participants exercent l'un sur l'autre. Cependant, il a été impossible de réussir à appliquer ce modèle en partie à cause de problèmes au niveau de la segmentation dans les entrevues. D'une part, les segments choisis par la MTCM sont très variables, couvrant aussi peu que quelques lignes de texte à plusieurs pages. Le plus souvent, ils incluent plusieurs interventions du patient et du thérapeute. Il devenait donc difficile, voire impossible d'évaluer le rapport entre les participants par cette méthodologie.

L'analyse qualitative s'est alors imposée comme façon de saisir l'information observée mais non relevée par les analyses statistiques. C'est à ce moment que le protocole méthodologique s'est élaboré, pour s'appliquer aux résultats de la première étude empirique.

Ce modèle mixte a démontré qu'il permettait de valider l'instrument et qu'il offrait une analyse plus « complète » et approfondie de l'interprétation des résultats.

Dans un premier temps, nous avons vérifié les hypothèses, les propriétés métriques (fidélité et validité) des instruments à l'aide des outils statistiques. Cette étape quantitative et empirique a produit des « photos » objectives et statiques des résultats. Par la suite, l'analyse qualitative, qui relève davantage d'une épistémologie herméneutique et constructiviste, a permis de donner vie à ces « objets », de dépeindre leur contexte et d'illustrer ce qui les entoure. Cette séquence herméneutique modifie inévitablement notre façon de percevoir l'objet, inaugurant ainsi un autre cycle d'analyse. Cette étape, trop souvent mise de côté est cependant des plus pertinentes dans ce champ de recherche. On réalise rapidement aussi qu'elle ne saurait s'effectuer sans un volet opérationnel et empirique strict non plus. Les deux mouvements dépendent l'un de l'autre et leur frontière n'est pas imperméable. Les deux entités assurent une triangulation de l'une par rapport à l'autre. Elles permettent en outre de faire ressortir un nombre plus élevé de facettes du processus à l'étude et d'en faire une saisie en profondeur. La limite principale de cette approche est sans doute sa lourdeur d'application concrète. Elle nécessite beaucoup de temps, d'effort de synthèse ainsi qu'une analyse du contenu et du discours de toutes les entrevues à l'étude. Nous sommes à des lieux du protocole complètement informatisé d'Erhard Mergenthaler et de Wilma Bucci.

Le protocole mixte a produit des résultats intéressants concernant l'application du PNRC et des autres instruments pertinents à l'étude des entretiens de psychothérapie et de psychanalyse. La catégorie des configurations négatives se démarque clairement des



autres dans sa capacité à discriminer les cas à l'étude sur leur bon fonctionnement ou non, du moins tels qu'étudiés ici. La catégorie dite positive de configurations relationnelles doit faire l'objet d'une réflexion critique, voire d'une révision. Contrairement à son nom, elle n'a pas su véritablement démontrer sa capacité de faire ressortir les éléments positifs du processus. Plusieurs hypothèses sont à envisager pour expliquer la façon dont cette variable se comporte. D'abord, les faits : dans la première étude comparant les paires A et B, la première s'étant terminée prématurément et la seconde ayant connu un départ favorable, les moments positifs sont statistiquement égaux dans les deux cas ; de plus, dans la paire A, les moments positifs sont considérablement présents dans la deuxième partie du processus, après les séances 7 et 8 finalement évaluées, par ailleurs, comme étant particulièrement négatives. La revue qualitative de ce processus à l'aide du DMRS (mécanismes de défense) a produit l'hypothèse suivante : ces moments considérés « favorables » selon le PNCR représentent une « fausse alliance » entre les participants, une collusion défensive, loin du conflit transférentiel. La configuration positive aurait donc une identité imprécise, pouvant être tantôt plutôt favorable au processus (p. ex., paire B), tantôt défensive. Cette hypothèse tient aussi pour les configurations neutres, du moins dans la seconde étude empirique alors que Mme C. ne démontre aucun moment négatif ni positif. Dans la littérature, l'analyse de cette paire a reçu des interprétations ambivalentes. Certains appuient les résultats favorables de ce traitement, alors que d'autres instruments déclarent que Mme C. est devenue de plus en plus défensive avec un discours infiltré

d'intellectualisation. Il est donc difficile d'interpréter le rôle des configurations neutres et ce que leur présence tend à exprimer, du moins d'un point de vue empirique.

Une autre hypothèse concernant la configuration positive concerne son rôle dans le processus thérapeutique. Tenant pour acquis, pour un instant, que la mesure est valide au niveau du construit, elle n'est donc pas en cause dans ses résultats et les moments positifs qu'elle indique reflètent « vraiment » des moments favorables. Alors on pourra penser que ce n'est pas tant la présence de moments positifs qui font la différence dans l'issue d'un résultat favorable, mais plutôt l'absence de négativité dans la relation (p.ex., Mme C. dans la seconde étude). De ce point de vue, c'est la présence ou non des moments négatifs qui aurait un poids plus important sur l'allure de croisière et l'aboutissement d'un traitement. Cette hypothèse réaffirme d'ailleurs les résultats des travaux de Henry, Schacht et Strupp (1986, 1990).

Cependant, si l'on revient à la théorie et à l'élaboration conceptuelle des configurations, les moments positifs sont définis comme des moments de « réflexivité » partagée entre les participants. Ceci inclut par définition que le thérapeute se positionne en dehors de ce que le patient projette. Cependant, cette dernière variable n'est pas évaluée comme telle lors de la cotation. Elle est plutôt implicite dans la partie théorique (sauf pour les configurations qui possèdent la cote « impact positif »). Si les moments positifs tels que cotés ici sont souhaitables dans un processus, ils ne sont effectivement pas suffisants. Disons qu'ils décrivent un « contexte favorable », mais il reste, d'après nous, à ajouter à cela un modèle de changement qui s'attarderait davantage au contenu

des interventions des participants. Par exemple, le modèle de Weiss et Sampson (1986) pourrait évaluer le « plan » du patient (*plan formulation*) et la capacité du thérapeute à interpréter celui-ci de façon de façon exacte (*accurate*) selon le contenu des interventions. Ceci, dans un contexte de réflexivité, représenterait, selon nous, des moments positifs plus complètement définis.

D'autres grilles pourraient aussi se jumeler à la cotation des configurations. Par exemple, des psychanalystes américains ont élaboré l'*Analytic Process Scale* (APS ; Sharf, Waldron, Firestein, Goldberger et Burton, 1999 ; voir aussi Waldron, Scharf, Crouse, Firestein, Burton et Hurst 2000) qui évalue sur de multiples critères la qualité du contenu des interventions du thérapeute (p.ex., jusqu'à quel point le thérapeute encourage l'élaboration, offre du support, se centre sur les défenses du patient, le transfert, etc.) et la productivité subséquente du patient dans son discours (p.ex., centralité, exploration de ses expériences subjectives et émotionnelles, etc.). L'ajout d'une telle grille à la PNRC offrirait aussi une solide complémentarité. De plus, tout comme au niveau méthodologique, les variables liées au « contenu » et au « processus » s'entrecroisent.

Enfin, de la mise à l'épreuve empirique du PNRC émerge une autre hypothèse, plus inférentielle et intuitive ; disons un début de réflexion en vue de la prochaine aventure empirique du PNRC. Les résultats montrent que la négativité a davantage d'impact que les moments positifs dans le cours du traitement. Dans ces configurations négatives, on peut penser que c'est plutôt l'état mental réactif des participants que le

contenu des échanges qui importe alors. Par exemple, c'est le non-verbal du thérapeute, sa façon d'être jugeant ou blâmant plutôt que le contenu de son intervention qui pèse lourd dans le processus. À l'inverse, on pourrait penser que c'est la non-pertinence du contenu dans plusieurs configurations positives qui leur enlèverait toute portée thérapeutique et ainsi tout caractère discriminant quant à la qualité du processus.

La *Lieberman Linguistic Styles Measure* a aussi ouvert des voies intéressantes pour la suite ; le style épique est très lié aux configurations négatives. Il pourrait être intéressant de jumeler la variable de ce style aux moments négatifs pour ainsi augmenter sa validité de construit (celui de négativité).

Au plan méthodologique, quelques modifications au niveau de la segmentation et de la cotation contribueraient aussi à l'amélioration de la grille. Malgré l'ajout de travail d'une telle décision, il serait profitable au PNRG que les segments cotés soient plus courts, d'une part pour augmenter particulièrement la fidélité de la mesure des états mentaux (p. ex., kappas) et, d'autre part, pour « purifier » les moments dits négatifs ou positifs. Les segments présentement utilisés englobent parfois trop de texte pour la « grandeur » d'une configuration observée. Un tel changement permettrait de peaufiner la partie empirique du protocole présenté. Ainsi, l'utilisation des séries chronologiques pourrait être à nouveau envisagée.

En terminant, s'il est vrai que cette thèse démontre l'effet néfaste de configurations négatives ou d'impasses relationnelles sur le fonctionnement du processus thérapeutique et même sur son terme, il n'est pas souhaité ni souhaitable que

ce résultat crée une pression surmoïque additionnelle pour les cliniciens que nous sommes, de ne pas « être réactifs » dans notre travail. S'il est vrai que ce mode a une teneur négative, le contre-transfert demeure inévitable, parfois plus parfois moins, selon nos propres sensibilités et le caractère du patient. Notre pouvoir comme clinicien ne se trouve pas tant dans « l'empêchement » d'être réactif que dans notre façon d'être sensible à notre impact sur le patient. Un travail réflexif qui se fait sur une interaction dans laquelle l'un et l'autre des participants ont été « happés » dans un conflit ou dans une collusion défensive peut être très profitable pour le patient.

## Références

- Henry, W. P., Schacht, T. E. et Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 27-31.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. et Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 768-774.
- Sharf, R. D., Waldron, S., Firestein, S. K., Goldberger M. et Burton, A. M. (1999). The Analytic Process Scale (APS). Manuel de cotation. Document inédit, New York.
- Waldron, S., Scharf, R. D., Crouse, J., Firestein, S. K., Burton, A. et Hurst, D. (2000, mars). Saying the right thing at the right time: Psychoanalytic Interventions of good quality lead to immediate patient productivity. Communication présentée à la Joseph Sandler Research Conference, Londres, Angleterre.
- Weiss (1995). Empirical studies of the psychoanalytic process. In T. Shapiro et R. N., Emde (Eds), Research in psychoanalysis: Process, development, outcome. (pp. 7-29). Madison: International Universities Press, Inc.
- Weiss, J. et Sampson, H. (1986). The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research. New York: Guilford Press.

Appendice

MTCM's Second Level of Analysis:

The Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC)

MTCM's Second Level of Analysis:  
The Positive and Negative Relationship Configurations (PNRC)

Version 3.1

by

Caroline Audet

Département de psychologie

Université de Montréal

July 2001

© Caroline Audet



## Introduction

The present scoring system is an extension of the Montreal Transference and Countertransference Measure elaborated by Bouchard (MTCM; 1996). Consequently, it needs to be used in conjunction with at least some elements of the MTCM. The MTCM offers a psychoanalytically grounded multidimensional descriptive and operational measure of the psychotherapeutic process, organized around the relational phenomena of transference (TR) and countertransference (CT), and applied to psychoanalytic and psychotherapeutic sessions. It is a psychoanalytically based descriptive and operational measure of "internalized object relations units" presently actualized in the TR. One principal aim of the MTCM is to use the psychotherapy situation to assess the quality of the patient's object relations through a detailed examination of continual moments and shifts in the TR. It is meant to be used both as a research instrument and for training.

Ten components are separately rated and specified within the MTCM. The instrument identifies the specific type of object relations presently activated in the TR, on a continuum of five levels of maturity. Also included are the following dimensions: the manifest relational focus of each participant (TR, extra-TR, past), allusions to the TR and displacements (based on Merton Gill's contributions, 1982), the patient's and analyst's mental states (see below), the analyst's interpretive focus (genetic, here and now, contemporary) and level of inference (clarification, direct opinion, confrontation and interpretation). Finally, the micro-impact of interventions is assessed. The reader is referred to the scoring manual of the instrument for a complete definition of the variables (available upon request from the author; email: [marc.andre.bouchard@umontreal.ca](mailto:marc.andre.bouchard@umontreal.ca)).

The present rating system, the Positive and Negative Relationship Configurations, **is based on the hypothesis that specific sequences of MTCM's scores reflect positive, negative, and neutral relationship constellations.**

## Global Approach

The Positive and Negative Relational Configurations (PNRC) is a descriptive and operational measure of positive and negative moments presumed to be presently occurring within the matrix of the patient-therapist interaction. The principal aim of the PNRC is to provide a measure of the valence of the state of the therapeutic relationship. Three states are differentiated: (a) A positive state, defined as a shared reflective activity; (b) presumed to reflect moments which are detrimental to the aims of a psychotherapy or psychoanalysis, and often indicative of mutual projection, a negative state is identified; (c) When criteria for either the positive or negative states of the relationship are not met, a neutral state is rated.

This rating system defines a positive configuration (PC) and a negative configuration (NC) in part in terms of the mental states of the participants, which have previously been defined as either reflective, reactive, or objective-rational (see Normandin, 1991; Normandin & Bouchard, 1993; Bouchard, Normandin & Séguin, 1995) and also in part depending on the notions of confirmation or disconfirmation of a patient's conflicts within the interaction. This approach is to be differentiated from one that would define good and bad moments and/or sessions based on the technique used by the therapist, the content per se of his<sup>1</sup> intervention or different theoretical views and related to outcome. The present rating system focuses on the "process", or "the way" the content is said by the participants, as an indicator of their present relational state. The PNRC is meant to be used both as a research instrument and for training.

This model is importantly framed and grounded in terms of the contemporary intersubjectivity theories (Atwood & Stolorow, 1984; Stolorow 1997; Stolorow, Atwood & Brandchaft, 1994; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987). It also attempts to integrate this notion with the traditional object-relations framework of Klein, Jacobson and Kernberg.

The theory of intersubjectivity is positioned within an hermeneutic tradition and was introduced as a development and expansion of psychoanalytic self psychology (Atwood & Stolorow, 1984). According to Dilthey (reported in Stolorow et al., 1984):

(...) the human sciences are to be distinguished from the sciences of nature (...): The natural sciences investigate objects from the outside, whereas the human sciences rely on a perspective from the inside. The supreme category of the human sciences is that of meaning, which is something that exists within human subjectivity rather than on the plane of material nature. (p. 2).

Appealing to a typically hermeneutic principle, he adds:

(...) the meaning of a particular passage is established primarily by considerations relating the passage to the structure of the text as a whole; part of the work are thus assessed in relation to an understanding of the totality while knowledge of the whole is constituted by study of the parts. (p. 3)

The notion of intersubjectivity implies that the interaction is contextually determined by the nature of the phenomenal interaction, the result of the unique meeting of each participant's subjective system. A fundamental assumption of the theory of intersubjectivity is that the only reality relevant and accessible to observation is a

---

<sup>1</sup> The masculine is used throughout to refer to both gender.

subjective reality. For instance Stolorow et al. (1987) argue that for instance, a psychoanalytic observation is always elaborated from a specific subjective point of view, so that we inevitably participate in what we see. Consequently, the interaction between the patient and the therapist within a psychotherapeutic process is a specific psychological field constituted by the intersection of two subjectivities - that of the patient and that of the therapist (Atwood & Stolorow, 1984). The concept of interaction is here defined as an action or a mutual and reciprocal influence between the patient and the therapist (Fosshage, 1994; Gill, 1996; Ponsi, 1997; Swchaber, 1995). The TR and CT together form an intersubjective system of reciprocal mutual influence. In other words, the participants co-determine their TR and CT.

The present model also attempts to integrate the object-relations framework. It is assumed that self and object representations held together by an affect, are reactivated and reprojected within the therapeutic situation (Kernberg, 1976). In a session, it is possible to observe a confirmation and disconfirmation of the patients' reactivated and projected relational scenarios (internal object-relations) within the interaction.

#### Measuring Relational Patterns: A Brief Empirical Review

The approaches to the investigation of the psychotherapeutic relationship have been described as an heterogeneous set (Bänninger-Huber & Widmer, 1999). For instance, Weiss and Sampson's (1986) cognitive model (see also Weiss, 1995) holds that psychopathology stems from pathogenic beliefs, which the patient will put to test in the context of the relationship. As a result, the therapist is pressured to act in particular ways. Helpful interventions which disconfirm the belief are described as accurate, and have been shown to relate to outcome (Bush & Gassner, 1986; Curtis, Silberschachtz, Sampson & Weiss, 1994; Silberschachtz, Fretter & Curtis, 1986). This model has been fruitful, but perhaps seen as too cognitive (conscious and explicit) and restrictive in content. For instance, a therapist may accurately and verbally disconfirm a patient's plan of not expecting support, while confirming it at a different level by enacting a critical posture. The Vanderbilt I and II projects (Henry, Schacht & Strupp, 1986; 1990) vigorously showed that such enactments can indeed make a crucial difference on outcome. Recently, Caspar et al. (2000) explicitly commented on the limits of Weiss and Sampson's model, stating that an "interpretation might be plan compatible in content, but incompatible in terms of process" (Caspar et al., 2000, p. 309, our italics). Bringing the model "one step further", they showed the importance of taking the process aspect into account while studying plan compatibility.

Sandell, Rönnsas and Schubert (1992) found that a therapist's evaluation of an hour as bad is typically characterized by CT acting-out or the inability somehow to control a CT response. Conversely a constructive use of CT contributes to make an hour feel particularly good. This work signals that the therapist's state of consciousness may help to differentiate between negative and positive moments. Unfortunately, no external

observers were used in this study to validate the assessment of the quality of the sessions or therapist mental state.

The micro analytic method of Bänninger-Huber and her colleagues combines verbal and nonverbal aspects to identify specific interactive patterns (Bänninger-Huber, Juen & Widmer, 2001; Bänninger-Huber & Widmer, 1999). A client's verbal inducement of a specific role for the therapist defines a so-called "trap", perceived as an appeal to show a particular reaction. For instance, the patient generates guilt feelings and appeals to the therapist as an authority figure. Successful and unsuccessful "traps" can be identified, depending on the therapist's responding or not to the prescribed role. Further, at a non-verbal level, what has been called "Prototypical Affective Microsequences" (PAMs) are described. PAMs are distinct emotional patterns, documented by the Facial Action Coding System. In successful PAMs clients are able to establish a resonant affective state whenever the therapist reciprocates. In this research paradigm, a positive interaction involves an unsuccessful trap and a successful PAM: the therapist resonates with the patient's emotional state, while not responding to the patient's demand for role responsiveness. This revisits the classic necessary equilibrium between support and confrontation. In their conclusion, they underline that optimized technique is of less import than an "attitude of self-reflection which affects the therapist's interactive involvement with the client" (1999, p. 85). We share their view concerning the importance of this self-reflective function, but it remains to be empirically tested. Finally, it is now vigorously recommended that relational measures perform microanalyses of within session variations, in order to better grasp the vicissitudes of the relational context (Bänninger-Huber & Widmer, 1999; Crits-Christoph & Connolly, 1999).

### The Concept of Mental State

The MTCM includes a specific scoring manual devoted to the rating of mental states of each participant: The Mental State Rating System (MSRS ; Bouchard, Audet, Picard, Carrier, & Milcent, 2001). This is an autonomous instrument that can function separately from the MTCM. The Mental States Rating System expands and elaborates on previous work separating the therapist mental states as part of the global CT response (Normandin, 1991; Normandin & Bouchard, 1993; Bouchard, Normandin & Séguin, 1995, Dubé & Normandin, 1999).

Mental states refer to "the modality or category of endopsychic activity that is inferred to take place within a human subject" (Bouchard et al., 2001, p.1). It is postulated that within the context of psychotherapy or psychoanalytic sessions, several kinds or forms of psychic activities are revealed. The MSRS differentiates three major mental states: the reflective, the reactive and the objective-rational mode. The present definitions are short versions inspired from the MSRS. The reader is referred to the Appendix A for a summary of the criteria.

In a reflective mental state, the patient activates his internal perceptual surface, to perceive, grasp, explore and understand his own subjective inner world. This implies some level of meta-cognitive capacity (e.g., Main, 1991; Pinard, 1989), as a basis for further self-exploration, self-reflection and self-understanding. This reflective process allows for a progression, however incomplete, in the acknowledgement and/or exploration of the patient's inner world in the present situation, by means of the activation of the inner perceptual surface. The patient tries to identify and give personal meaning to his own experience. He shows some capacity to perceive and refer in some verbal form to his inner, private reactions (emotions and affects, cognitions, memories, actions). The therapist in a reflective mode is in a "process-oriented" position towards the therapeutic process and facilitates either by clarification, confrontation or interpretation, the patient's observing or understanding of the present situation.

The reactive mental state corresponds to the familiar notion of unconscious mental processes (Freud, 1940; Solms, 1997). The subject is here unable to perceive his mental activity. The subject is taken by a conflict and loses the capacity to perceive this. This mode is characterized by an absence of awareness (no perception, no remembering) and the presence of an enactment. In psychoanalytical terms, this may be due to 1) intense defensive activity (defensive reactive mode), the aim being to reestablish the ego's sense of safety, or 2) some instinctual gratification (drive-related reactive mental state). For the therapist, this means that he is taken by a conflict and is acting-out his countertransferential reactions.

The participants taking on an observing-distancing stance characterize the objective-rational mental state. Here the subject is paradoxically treating his own endopsychic activity or interpersonal transactions as content or a thing observed and approached from the outside. The subject is by definition turning away from the emotional, private and subjective domains, or approached as a thing observed from a distance. The subject may tend to focus on objective facts and situations.

### The PNRRC Relational Configurations

#### Positive Relational Configuration

In a positive configuration (PC), the patient is in a reflective mental state, i.e. involved in inner, subjective self-observation and self-analysis. He is able to recognize and elaborate his present internal situation as a participating subject. The analyst validates and contributes to this moment by a shared process-oriented reflective position towards the patient and the therapeutic process, which also implies a self-reflective awareness. If necessary, statements position him as different from what the patient is currently projecting and seeking to repeat. This amounts to a cognitive and affective disconfirmation within the immediate relationship, of the patient's fears and expectations

(Weiss & Sampson, 1986). It is important to note however, that PCs do not necessarily represent moments of “improvement”, “change”, or “progress”. The PCs moments are meant rather to mirror the positive state of the immediate shared reflective relational state. Their regular presence however in the larger context is here postulated to contribute favourably to change.

### Negative Relational Configurations

In a NC, the following sequence of intersubjective and intrapsychic events occurs: 1) an intrapsychic upsetting scenario (a mix of expectation, cognition and fantasy) is presently reactivated; and 2) it is being confirmed in the relationship with the analyst as a participant, who in some way or another is acting and reacting in conformity with the patient’s projection and scenario. The patient is confirmed both internally from his affective memory, that this is “as before and as always” and externally, within the observable interaction. Both subject’s mental states are typically reactive as opposed to reflective. The sequence illustrates a repetition, as opposed to a remembering and working through (Freud). This repetition is not to be attributed exclusively to the patient’s activating a scenario, because by definition a NC also involves the analyst’s participation, a present enactment of his CT, as seen, since Freud (1910, 1912) as a distortion in technique and an obstacle (see Bouchard, Normandin, & Séguin, 1995).

### Operational Model Based on the MTCM’s Rating System

Because the influence of the patient and the therapist is mutual and continuous in psychotherapy it is difficult to say precisely where a behavioural sequence begins (Ponsi, 1997). According to the present model, the beginning of a configuration will be characterized by specific activity of the patient. A configuration will encompass three segments of the MTCM, which can represent concretely a half of page to 3 pages of transcription. The patient’s activity is observed in the first segment; the second segment is defined by a specific therapist activity; finally, in the third segment or part of it, the patient’s activity and response is observed.

All three segments must correspond to specific agglomeration of scores in order to be identified as forming a positive or a negative configuration. If the criteria are not met, the configuration will be considered neutral.

The reflective mental state of the participants characterizes the positive relationship configuration. The “positive impact” [impact is a specific score of the MTCM] of the therapist’s activity may be included in the positive configuration. This score is given when the therapist clearly positions himself as different from what the patient is currently projecting and seeking to repeat, and by doing so the therapist facilitates the reflective discourse of the patient.

The description of the configuration discriminates if the configuration occurs in the TR (participants actively speak about the therapeutic relationship) or not. Finally, the level of inference of therapist's intervention is specified.

The negative relationship configuration is in large measure, but not exclusively, characterized by both participants being in a reactive mental state. For the patient, the essence of this mental state is of a repetition without awareness (no perception, no remembering, no mentalizing). Processes of mental perception, monitoring and elaboration are blocked, inactive or have become distorted. The ego is in conflict and alternately may seem to lack the representations or symbols to express the presently actualised mental state (as in concrete thinking). Anxiety or inhibition is manifest. The therapist is also in a reactive mental state and is presently "enacting his countertransference", defending against some material, typically using interpretation to protect or gratify himself (Freud).

The "negative impact" of the therapist's activity may be included in the NEG. In a segment scored negative, the therapist is presumed to have contributed, in some way or another to the immediately observed patient's repetition compulsion. For a negative configuration to be identified, the therapist must presently appear to confirm by his attitude, in the immediate present, the patient's experience of the TR.

The description of the configuration discriminates if the configuration occurs in the TR (participants actively speak about the therapeutic relationship) or not. Finally, the level of inference of therapist's intervention is specified.

A specific sub-type of configuration includes Gill's contribution to the analysis of TR. In a NC, the patient is not in a "safe position", not only because an internal conflict is reactivated, but also (and most importantly) because this conflict is "confirmed" within the relationship, with the therapist as a participant, thus joining the external and internal scenes. According to Gill (1982), when a patient does not feel "secure" about a conflict reactivated in the TR, the conflict is often displaced but expressed indirectly, by allusions via a non-transferential object, while staying unconsciously linked to the TR. For example, the patient, frustrated with his therapist, may shift scenes and talk instead about his frustrations with his wife, in a way that would quite closely fit his experience with his therapist. We observe a displacement from therapist to wife, while the patient keeps talking (although unconsciously) about the transferential situation. The MTCM scores such displacements and transferential allusions. We believe that in a NC, when both protagonists are in a reactive mental state, the sequence of (a) the patient addressing the relationship with the therapist, followed by (b) the therapist interpreting the relationship, and (c) a displacement onto the extra-transferential scene with transferential allusion in the discourse of the patient, reflects a specific type of NC.

### Scoring Procedure

The steps in scoring the configurations are as follows:

1. The segmentation of the material into significant units.
2. The scoring of the MTCM [Patient: maturity and identification of the object relation activated in the TR, manifest relational focus, mental states; Therapist: manifest relational focus, level of inference, mental state, impact of interventions].
3. The identification of the configurations, using the decision tree.

The reader is referred to the MTCM's rating system for a detailed description of steps one and two.

Concerning step 3, two independent judges having in hand the following MTCM scores proceed to follow the decision tree described below: patient relational focus, allusions and displacements, mental state; therapist relational focus, level of inference, mental state; micro-impact<sup>2</sup>. They read the scores for each segment and identify the presence (or absence) of configurations. Consensus scores are obtained whenever disagreements are found. Appendix B provides clinical examples.

---

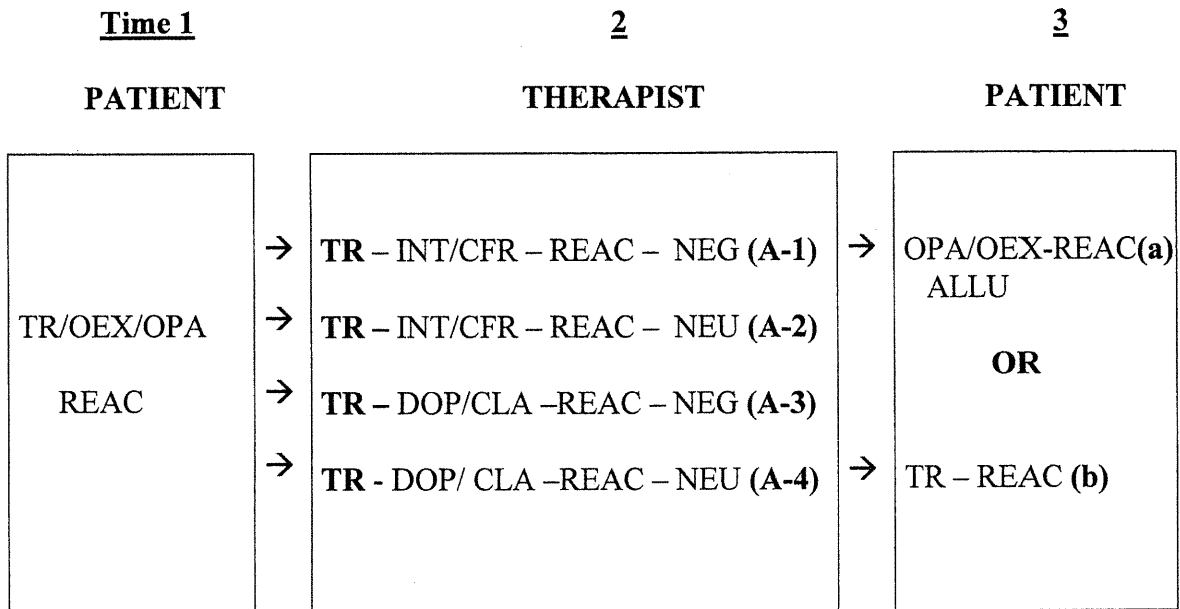
<sup>2</sup> MTCM ratings for level of maturity of object relating are not required.



Decision tree of the PNTC<sup>3</sup>

**1- NEGATIVE CONFIGURATIONS**

**1.1 Configuration A (Transference)**



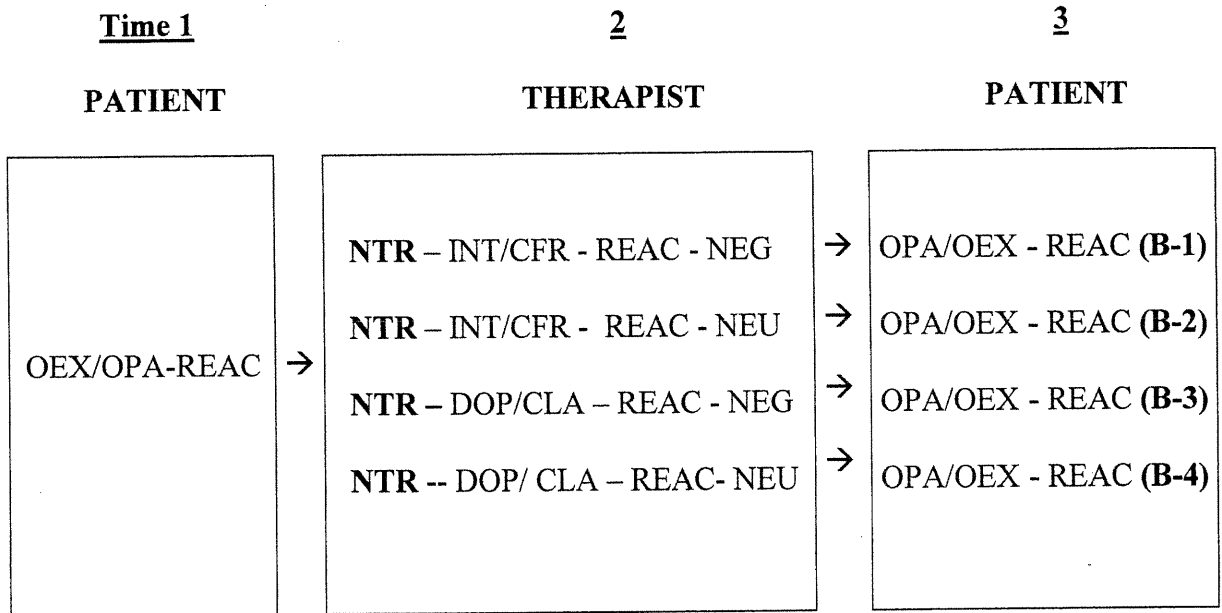
**Example:**

The negative configuration **A-2b** is described as follow: in segment 1 (taken as context) the manifest relational focus of the patient is either TR, OEX or OPA (the sign (/) means that it is one or the other). His mental state is REAC. In segment 2, the therapist is addressing the TR, either with an interpretation of a confrontation, his mental state is reactive and the impact of his interventions is considered neutral. Finally, in segment 3, the patient is addressing the TR and is in a reactive mental state. If we were observing that the relational focus of the patient is an exterior object, but with an allusion to the TR, this would be scored a **A-2a** (see the decision tree).

<sup>3</sup> Acronyms refer to MTCM ratings, as follows: TR = transference. NTR = non-transference. OEX = object is external. OPA = object from the inner past. INT = interpretation. CFR = confrontation. DOP = direct opinion. CLA = clarification. REF = patient reflective mental state. POR = therapist process oriented (reflective) mental state. REAC = patient or therapist reactive mental state. OBR = patient or therapist objective-rational mental state. ALLU= allusion to the TR. DIS = displacement. NEG = negative impact. POS = positive impact. NEU = neutral impact.

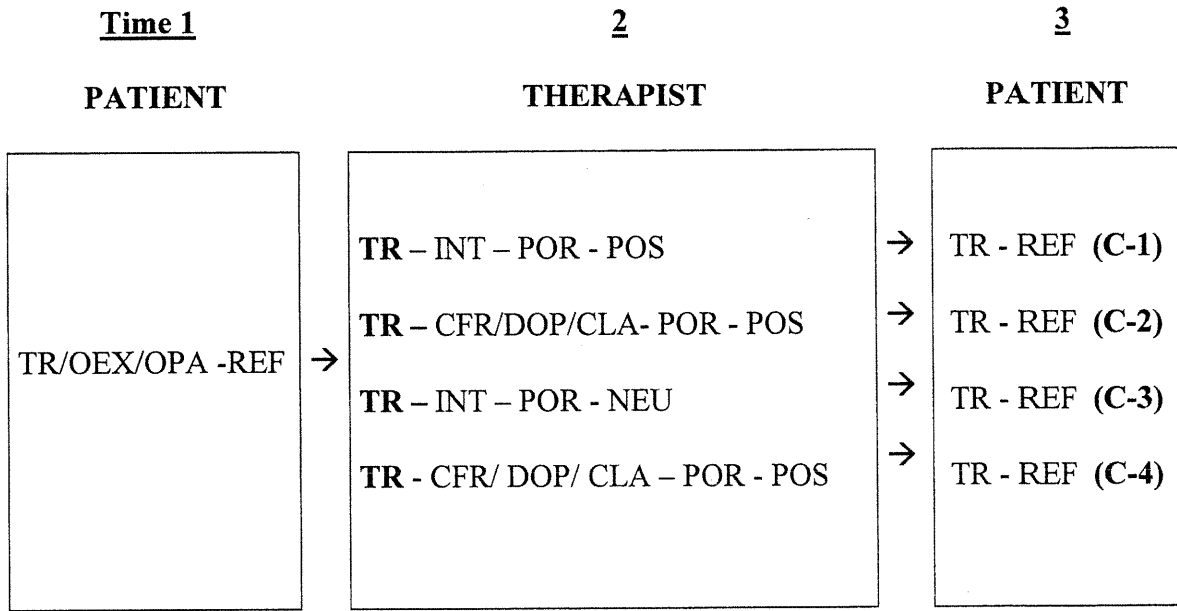
**1. NEGATIVE CONFIGURATIONS (continued)**

**1.2 Configuration B (Non-transference)**

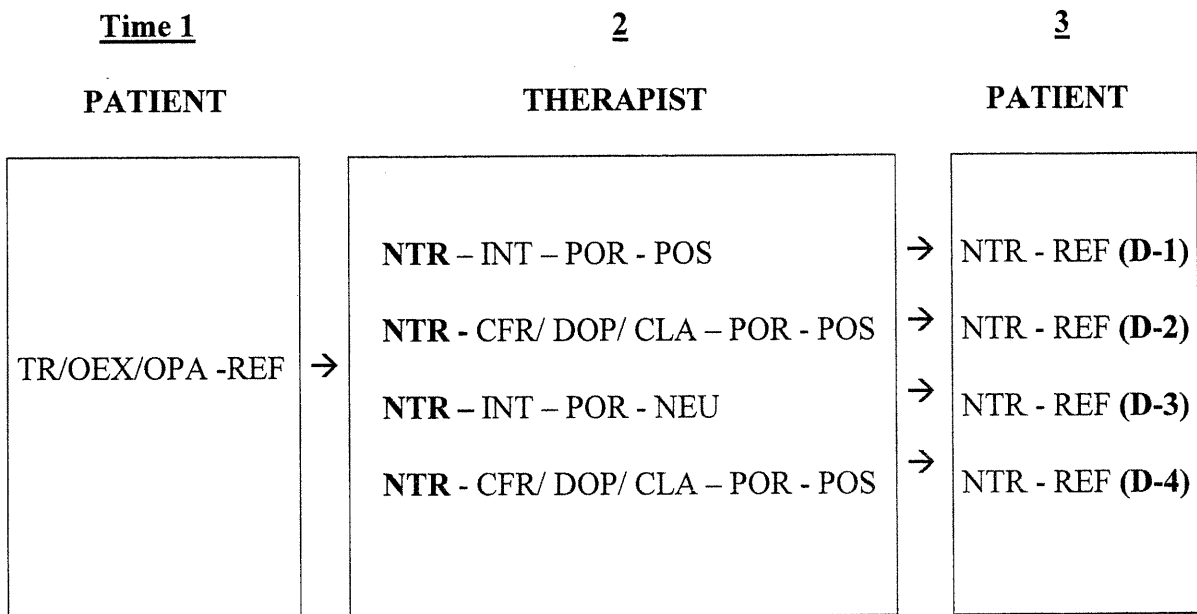


**2. POSITIVE CONFIGURATIONS**

**2.1 Configuration C (Transference)**



**2.2 Configuration D (Non-Transference)**



## References

- Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1984). Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology. London: The Analytic Press.
- Bänninger-Huber, E., Juen, B., & Widmer, C. (2001, June). Keeping the balance: Interactive emotion regulation and change in psychotherapy. Paper presented at the 32<sup>nd</sup> annual meeting of the Society for Psychotherapy research, Montevideo, Uruguay.
- Bänninger-Huber, E., & Widmer, C. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. Psychotherapy Research, 9, 74-87.
- Bouchard, M. A. (1996). Montreal Transference and Countertransference Measure. Scoring Manual. Unpublished manuscript. Université de Montréal.
- Bouchard, M. A., Audet, C., Picard, C., Carrier, M., & Milcent, M. P. (2001). The Mental States Rating System. Unpublished manuscript. Université de Montréal.
- Bouchard, M. A., Normandin, L., & Séguin, M. H. (1995). Countertransference as instrument and obstacle: A comprehensive and descriptive framework. The Psychoanalytic Quarterly, 46, 717-745.
- Bush, M., & Gassner, S. (1986). The immediate effect of the analyst's termination interventions on the patient's resistance to termination. In J. Weiss, H. Sampson, & Mt. Zion Psychotherapy Research Group (Eds), The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research (pp. 299-320). New York: Guilford Press.
- Caspar, F., Pessier, J., Stuart, J., Safran, J. D., Samstag, L. W., & Guirguis, M. (2000). One step further in assessing how interpretations influence the process of psychotherapy. Psychotherapy Research, 10, 309-320.
- Crits-Christoph, P., & Connolly, M. B. (1999). Alliance and technique in short-term dynamic therapy. Clinical Psychology Review, 19, 687-704.
- Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H., & Weiss, J. (1994). The plan formulation method. Psychotherapy Research, 4, 197-207.
- Dubé, É. J., & Normandin, L. (1999). The mental activities of trainee therapists of children and adolescents: The impact of personal psychotherapy on the listening process. Psychotherapy, 36, 216-227.
- Fosshage, J. L. (1994). Toward reconceptualizing transference: Theoretical and clinical considerations. International Journal of Psychoanalysis, 75, 265-280.

- Freud, S. (1910). Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique. In La technique psychanalytique (pp. 23-34). Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- Freud, S. (1912). La dynamique du transfert. In La technique psychanalytique (pp. 50-60). Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- Freud, S. (1940). An outline of psychoanalysis. SE, 23:144-207.
- Gill (1982). The analysis of transference. Vol. I. Theory and technique. New York: International Universities Press.
- Gill, M. M. (1996). Discussion: Interaction III. Psychoanalytic Inquiry, 16, 118-134.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 4-9.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 27-31.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 768-774.
- Jones, E. E. (1995). How will psychoanalysis study itself? In T. Shapiro & R. N. Emde (Eds), Research in psychoanalysis: Process, development, outcome (pp. 91-108). Madison: International Universities Press.
- Kernberg, O. (1976). Object relations theory and clinical psychoanalysis. London: Jason Aronson.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research. In P. Harris, J. Stevenson-Hinde, & C. Parkes (Eds), Attachment across the lifecycle. New York: Routledge.
- Normandin, L. (1991). La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutique. Unpublished doctoral dissertation, Université de Montréal.

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

Pinard, G. (1989). Discussion: Psychotherapies of depression: Psychodynamic, cognitive and behavioral approaches. Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 409-412.

Ponsi, M. (1997). Interaction and transference. International Journal of Psychoanalysis, 78, 243-263.

Sandell, R., Rönnas, P. A., & Schubert, J. (1992). Feeling like a good therapist – or a bad one: Critical incidents in psychotherapists' experiences. Psychoanalytic Psychotherapy, 6, 213-229.

Shoham-Salomon, V. (1990). Interrelating research processes of process research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 295-303.

Silberschatz, G., Fretter, P., & Curtis, J. (1986). How do interpretations influence the process of psychotherapy? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 646-652.

Solms, M. (1997). What is consciousness? Journal of the American Psychoanalytic Association, 45, 681-703.

Stolorow, R. D. (1997). Dynamic, dyadic, intersubjective systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. Psychoanalytic Psychology, 143, 337-346.

Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Brandchaft, B. (Eds). (1994). The intersubjective perspective. Northvale, USA: Jason Aronson.

Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Schwaber, E. A. (1995). Towards a definition of the term and concept of interaction. International Journal of Psychoanalysis, 76, 557-564.

Weiss (1995). Empirical studies of the psychoanalytic process. In T. Shapiro & R. N. Emde (Eds), Research in psychoanalysis: Process, development, outcome (pp. 7-29). Madison: International Universities Press.

Weiss, J., & Sampson, H. (1986). The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research. New York: Guilford Press.

Appendix A

**MSRS- SUMMARY OF CRITERIA**

**(As a complement to the Manual<sup>4</sup>)**

**Version 4.2**

**1- Objective-Rational Mental States**

High-level Objective-Rational (OBR) versus low level Objective-Rational (CONC)

A. Objective-Rational mode (OBR)

Criteria 1) to 6).

- 1) Focus on **objective facts and situations**. On public, general, observable and objective dimensions of life events, present situation, or emerging memory.
- 2) Relative **absence of emotional and affective elements** in the patient's discourse.
- 3) The subject is simply not focused on the emotional, private, intrapsychic and subjective domain. If he defensively turns away from it, consider reac-defensive.
- 4) If attention on emotional, private, intrapsychic and subjective matters, it is as if these were a **thing observed from a distance**.
- 5) Discourse **not** filled with trivial, concrete references, circumstantial material and clichés, as this would warrant a rating of lower-level, **Concrete thinking** (see below).
- 6) The objective mode is **not** recruited and used in the service of a **defensive activity**. No shifts in mental posture (Gray), no specific defensive activity is identified.

B. Concrete thinking (CONC)

Primary criteria: 1) to 5).

- 1) **Non contactful quality** (“white relationship”).
- 2) **Anecdotal** (even if specific) **affirmations**. No associations made beyond the most **narrow concrete, material or factual knowledge**. Narrow temporal time frame.

---

<sup>4</sup> This is a complement to the Mental States Rating System (MSRS-Manual, version 4.1), by Bouchard, Audet, Picard, Carrier & Milcent, 2001. The MSRS is itself a part of the larger MTCM process measure.

Correspondance may be addressed to Marc-André Bouchard, Département de Psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7. E-mail: marc.andre.bouchard@umontreal.ca; Phone: 1-514-273-7192; FAX: 1-514-343-2285.

- 3) **Empty presence**, different from isolation of affect and representation.
  - 4) **Stereotyped expressions**, “clichés”, circumstantial material, conformism.
  - 5) A **mode of thinking** that seems **imposed** on the subject.
- Secondary criteria: 6) to 8)
- 6) **Utilitarian thinking**. Stuck in the immediate present, seen as a succession of facts. Words reduplicate action.
  - 7) May reach complex technical level, but **lacks reference** to inner, alive object or self.
  - 8) Immediate connection with the **sensori-motor** world.

## **2- Reflective Mental State (REF)**

Four Criteria: 1) and 2) positive and 3) and 4) negative.

- 1) Subject involved in **subjective self-perception** (observation or understanding). Mental states are acknowledged. Subject tries to identify and give personal meaning to experience. “I” statements. Demonstrated capacity to perceive and refer in some verbal form to inner, private experience or reaction. May take one of several forms (see below).
- 2) Self-perception related to **presently activated material** (autobiographic memory) **or situation** (transference).
- 3) Defensive activity or character rigidities are **not** currently blocking or distorting the reflective process.
- 4) Self-observation **not** in the service of harsh self criticism, self-castigating, or resistance.

Complementary Criteria 5) to 8) used as further supportive indications.

- 5) Freer/open expression **and** containment. **Therefore**: no evacuation of inner pressures; no “uncontrolled externalization; no “unthoughtful” gratification.
- 6) Subject is **aware of immediate emotional experience** (linguistic and paralinguistic clues).
- 7) **Low** or moderate **intensity** of affect.
- 8) **New material** produced.
- 9) Material elicits an **empathic response**. Different from sympathy.

Some forms of the Reflective Mental State

- 1) **Emerging** Reflective. The subject demonstrates some listening or openness to an inner reaction, memory, representation, image, affect. His attention is captured by this material, which is contained for a sufficient period of time. There is some amount of subjective thinking (awareness and perception of signals, inner tensions, reactivation of past pleasures, etc.), but this does not move beyond basic acknowledgement. If blocked (repression, suppression, etc.) or turned into some enactment, rate Reactive (see Bouchard, Normandin & Séguin, 1995, p. 741).



- 2) **Empathic Reflective.** The subject manifests a further Reflective capacity, in the form of basic empathy, the result of trial identification. Further exploration of either his self-experience, in the present or past, or of the experience of others (in AAI protocols, mostly parents) is demonstrated. However, no elaboration is made of this material, beyond a clear basic empathy.
- 3) **Integrative-Elaborative Reflective.** The subject moves beyond the previous two forms of Reflective activity, and demonstrates a further personal elaboration of the previously given material. The subject's inner situation is related to the mental situation of the significant other. This may concern present or past situations. Concordant identification involves a symmetrical identification of the subject with the mental situation of the significant other (he must have felt ashamed). Complementary identification involves an elaboration of the counterpart mental posture, while relating to the significant other (he was ashamed and I became protective). See also Racker (1968) and Kernberg (1987, p. 261).

### **3- Reactive Mental State (Reac)**

#### **A. Expressive/Repetitive Reactive Mental State (a drive derivative):**

- 1) **Unaware immediate emotional experience.** Little or no self-perception of what is being experienced and expressed is active. The subject does not demonstrate a clear awareness of the fact that through his words, he is experiencing some emotionally laden element. This is in contrast to a reflective, self-perceived recognition.
- 2) The **emotionally laden element** (a drive derivative) can be **identified** by the rater. Usually by a careful examination of **emotionally charged words**. Anger and violence: explosion, fire, combat, fight, hostile acts (verbally expressed), persons ready to attack, threatening or potentially threatening persons, more abstract concepts of violence. Fear: victims of aggression, person or animal suffering, being threatened, terrorized, hurt, internal destruction, blood, death, dying, etc. Sexuality: oral, oral-aggressive, anal, genital sex.
- 3) Look for **formal properties**. Changes in paralinguistic indicators (e.g. interruptions, tone, etc.). But also loose associations, displacements and condensations, surprising metaphors, , hyperboles, time confusion, idiosyncratic symbolism, contradictions, particularly at an affective level, parapraxes, etc.
- 4) **Either no containment, as in a disruptive impulsivity, or a more contained and modulated discharge is present.** Discharge is manifest in verbal enactment, and 2) and 3) above.

- 5) A libidinal or aggressive drive and wish is **gratified** by activating some **unconscious** mental activity. This is in **contrast** to a **defensively** used affect and/or object relation.
- 6) A **repetition** of some memory trace of a conflict or object relation, **without remembering**, without awareness.
- 7) The **reflective process** is either blocked, **absent** or distorted.

### B. Defensive Mental State:

**High:** more symbolized material; motivational pressures neutralized; aggression against self; conflict is intrapersonal. Includes: repression, neurotic projection, introjection, reaction formation, displacement, negation, intellectualization, isolation, undoing.

**Low:** less symbolized material; motivational pressures less neutralized; aggression against the object; intrapersonal and interpersonal repetitions. Includes rationalization, denial, projective identification, splitting, acting-out, idealization, devaluation, omnipotence, acting-out.

**Underline words which illustrate defensive activity. Then identify the nature of this activity.**

#### **Higher Level:**

- ⌘ **Blocking or distorting** of the freer expression of a wish or of the reflective process.
- ⌘ Wishes are **inhibited**, or **transformed** (by projection, reaction formation, undoing, repression, etc.). Affects are toned-down.
- ⌘ **Defensively charged emotional** investments and expressions are seen. Manifest defensive affects (or modes of relating) cover another mode or affect, which is inhibited, repressed, defended against.
- ⌘ Identify what is being likely defended against? Formulate a plausible hypothesis? If not, and if disinhibited emotional expression, then prefer drive-reactive mental state rating.

#### **Lower Level:**

- ⌘ **Blocking or distorting** of the reflective process.
- ⌘ **Primitive and intense affects.** Discharged and externalized.
- ⌘ Subject is overwhelmed, and unable to contain and transform inner motivational pressures.
- ⌘ Presence of an active defensive process. Not simply an open, unguarded emptiness (as in CONC).

#### **4.- Unspecified Mental States**

A mental state cannot be identified:

- 1) The subject has not produced sufficient material (i.e. silences);
- 2) Voice is too low. Noise in the office, etc.;
- 3) No reasonably convincing decision as to which mental state predominates within a given unit can be reached.

#### **5. General Rules**

In all situations, but especially perhaps when more than one mental states are present within the same unit, the final decision may be reached by considering the principles that follow:

Rules 1) and 2) should be given precedence over rules 3, 4 and 5 below.

- 1) Overall **predominance** of one mental state over another within the unit.
- 2) “**Good form**”, or degree of match between criteria and the material. Relative focus on “surface level”, rather than deeper, more inferential ratings.
- 3) **Evolution** of the mental state **within the unit**, with a focus on the final mental state reached. E.g. from OBR to REF in the end, etc.
- 4) Give some **benefit of the doubt** to the patient. Notion of lower threshold in AAI protocols. Prefer a REF code to a Reactive or Objective-Rational one, and an Objective-Rational mode to a Reactive one. Document and use sparingly. The first 3 rules take precedence.
- 5) **Intuitive and clinical judgment** over “good form” criterion (the spirit rather than the letter/word). Under specific circumstances, it is possible to “argue” that a mental state is best categorized under a different category than what an application of rules 1 to 4 would suggest. Document and use sparingly.

Appendix B**Clinical Examples****1. Example of a Negative Relationship Configuration: One analytic session initially presented by Silverman (1987, pp. 147-165)<sup>5</sup>.**

As part of Dr. Silverman's introduction to the material we have selected the following. The patient, Miss K., is 25 years old, and referred for analysis by a psychiatrist with whom she had been in psychotherapy. She showed sexual and social inhibitions, masochistic tendencies, and chronic, neurotic depression. Throughout her childhood and adolescence, she had been unhappy, restricted in her self-expression, feeling unappreciated and mistreated both at home and outside of it. The details which she presented amounted to a litany of complaints and grudges over injuries and slights she could neither forget nor forgive. Her father and older brother always had had a special, intellectual relationship with one another. She had always considered herself "dumb", even though she has been an excellent student in elementary school. Her father was an emotionally restrained man with a quiet but quick temper. He had a way of explaining things not clearly but was impatient with her and intolerant when she failed to understand him. She had developed a kind of pseudo stupidity with him so that she found herself incapable of answering even his simplest questions, ending up in tears. She has always clung to her mother while complaining bitterly about her favouritism toward her older brother. She repeatedly expressed hurt and disappointment at her mother's dependence upon her father and her failure to appreciate herself as a woman.

The analysis at first proceeded at a slow but encouraging manner. She became less masochistic and self-defeating, with improved self-esteem. She went on a diet, began to dress more attractively, and became involved with a man who appeared very interested in her. Several years into the analysis however, her father's health deteriorated dangerously and her older brother married. Her progress shifted into reverse. She backed away from men, put back the weight she had taken off, found herself unable to meet suitable men, and settled into what began to look like an interminable analysis. A transference neurosis developed, wherein she expected her analyst to serve as a quasi-

<sup>5</sup> Originally published as: [ Silverman, M. (1987). Clinical material. *Psychoanalytic Inquiry*, 7, 147-165]. This was followed by a series of comments by several analysts. The present is a transcription from this material, with the following minor changes: (a) Instead of indicating the analyst's interpretations in parentheses, preceded by "I speak", they have been shown in the usual format: "Anal.:". ; (b) The analyst's thoughts, presented in the original in parentheses, are now presented in brackets. Only the first of four sessions is here included to illustrate the ratings provided when applying the MTCM and the PNRC.

The previous rating of the session by the MTCM had been produced by the work of Marc-André Bouchard, Ph.D., Patrice St-Amand, M.Ps., Chantale Picard, M.Ps., Daniela Wiethaeuper, M.Ps., Elisa Yoshida, Ph.D. & Caroline Audet, M. Ps.

parental, idealized, perennially disappointing love object, who would care for, protect, and excite her at a controlled safe distance for the rest of her life.

The year preceding the sample sessions centered around the analysis of this transference impasse. She was helped to see she elected to transform the analytic relationship into a neurotic substitute. Exciting transference dreams of beds and bathtubs were remembered and explored, and eventually connected to early primal-scene experiences and baths with her brother. She resumed dieting, took someone to share her apartment (a personable young woman actively involved with men), and had begun to avail herself of opportunities to meet men more freely and warmly. At a singles weekend, she met an exciting young man she liked very much, and agreed to have him spend a couple of days with her. When he didn't show up, she of course felt humiliated, yet tried to analyze her contribution to the experience. The week that ended with the first of the sample sessions began with an account of an "intimidating" tennis lesson with a tall, handsome tennis pro. She found that she could not understand him no matter how he phrased and rephrased his instructions. She fleetingly recognized that analytic transference feelings were involved in her strong reaction to the tennis pro, in that she comes to analysis to "learn" about herself and for "lessons" in living.

#### The Sample Session: Friday<sup>6</sup>

1. **Patient: (a) Manifest Relational focus: Transference<sup>7</sup>; (b) Mental State: Objective-Rational; (c) Other: Turning aggression against self (TAS).  
Therapist: Do not intervene (N/A).**

Pt. : The rain woke me up early this morning. It was beating down on my air conditioner so loudly it woke me up. I looked at the clock. It was 5:30. I thought in an hour I have to get up to come here. I didn't want to come today. I've been mad at you all week. It's not that I'm mad at you. I wanted to stay away from all this stuff I think I feel here.

<sup>6</sup> The MTCM's scores are included at the beginning of each segment. The variables that do not define the relational configurations are excluded (e.g., object-relations, etc.).

<sup>7</sup> In the manifest relational focus variable of the MTCM, the term "transference" is used as a score specifically in reference to the therapeutic relationship. When the patient or the therapist addresses their relationship, the scores "transference" is given to the segment. Conversely, if the participants address an exterior object, the score "exterior object" is given.

2. **Patient: (a) Manifest Relational focus: Exterior object; (b) Mental State: Reactive-Defensive; (c) Other: TAS, Displacement.**  
**Therapist: N/A.**

I also got angry at R. [her roommate] yesterday. In the bathroom, she takes two towel bars and a hook. And I just have one towel bar. I didn't say anything for a long time. I finally got up the courage and told her we have to change the arrangements in the bathroom. It sounds so silly. I get so worked up over such little things. I get so angry. She was talking about being all worked up because someone called her for a date. She hardly listened to what I was saying. She's so self-centered. Her boyfriend came, and he was there two minutes and he asked about my cousin. She never asks about my cousin. She only thinks about herself. I thought of saying "thanks for asking" to him because I was so grateful he'd asked, but I decided not to say it. Because I'd have been calling attention to her never asking. I get so mad at her.

3. **Patient: (a) Manifest Relational focus: Exterior object; (b) Mental State: Reactive Defensive; (c) Other: Allusion to the transference.**  
**Therapist: N/A.**

I thought about something else in the car on the way here. I went to have my hair cut and it was to be cut at seven o'clock. But I had to wait and wait till nine o'clock. I got angrier and angrier. I told the girl when I paid [she'll get a bill from me in a few days, and it's the end of the week and she has to wait two days to see me again on Monday - like the two hrs. for the hair-dresser - and in two weeks I leave for vacation, and she'll have to wait a month for me] that I was angry. I told her that I can go to someone else to get my hair cut - or I can wait for him. I don't like either alternative.

4. **Patient: (a) Manifest Relational focus: Exterior object; (b) Mental State: Reactive Defensive; (c) Other: TAS, Allusion to the transference.**  
**Therapist: N/A.**

I don't even know why I go there. I don't fit in. They're mostly older women. But I didn't say anything to him. I'm intimidated by him the way I'm intimidated by M. [the tennis pro]. I don't know why. He's not big and tall like M. He's good-looking, but he's not my type. He's married and has children [so does her father]. He has their pictures up. With M. , I think it has something to do with my knowing nothing about tennis and his knowing so much about it. And I couldn't understand when he was telling me what to do. "Hold it this way" and "turn that way", and I couldn't understand anything he said. It was just like with my father all my life. He thinks he gives such good directions and clear explanations, as I said yesterday, but he doesn't. I get intimidated with men. I always feel that they know they have the knowledge. They have the brains, and I'm dumb. And I always feel like I don't know anything and I can't understand and I get intimidated.

5. **Patient:** (a) Manifest Relational focus: Transference; (b) Mental State: Reflective; (c) Other: Nil.

**Therapist:** (a) Manifest Relational Focus: Transference, Here and now; (b) Level of inference: Confrontation ; (c) Mental State: Objective-rational ; (d) Impact: Neutral.

It's the same thing here. I keep feeling like asking you, "what does it mean?" I always feel like you know. I feel like asking you now. I know you've told me you don't know anything until I've told it to you, but I don't feel that way. I feel you're always a step ahead of me. You know, because you're smarter than I am and all the training and experience you have.

Anal. : I don't think that's what it is. I think you feel I know because I'm a man, that as a woman you don't have the brains.

Pt.: I get intimidated by men.

6. **Patient:** (a) Manifest Relational focus: Object from the past; (b) Mental State: Reactive Defensive; (c) Other: TAS, displacement, allusion to the transference.

**Therapist:** (a) Manifest Relational Focus: Exterior object, contemporary ; (b) Level of inference: clarification; (c) Mental State: Objective-rational; (d) Impact: Neutral.

[anxiously] Do you think I signal it to them and that drives them away? So they think, "who wants her!" I think it started in a way when my father said to me, "every man is going to want the same thing from you". I got so angry. Why? Why would he expect that of me? What right does he have? I heard R. and her boyfriend kissing just outside the door. She likes it! When my father said what he did, first I was mad at them for wanting sex eventually, and then I got mad if I thought they wanted to kiss on the first date. Then I started getting mad that they'd ever want to kiss. I got so angry. I'm such an angry person.

Anal.: As you've said, you get mad to push away other feelings.

7. **Patient:** (a) Manifest Relational focus: Exterior object; (b) Mental State: Objective Rational; (c) Other: TAS, Allusion to the transference.

**Therapist:** N/A.

Pt. : With A. [the young man she had met on a singles weekend trip, at which she had relaxed her usual guarded stiffness and had danced and smiled and joked, and who had become interested in her and arranged to come in from out of town to spend two days with her only to stand her up when she went to meet him] I told him when he said he would come down here that he could stay at my apartment. And he got all excited about it and eager to come. And then I got frightened about what I'd said to him, and I said, "wait a minute", and I made it clear to him I meant he could sleep over at my apartment - on the couch - not with me. [with emotion]. Do you think that's why he didn't show up?

Did I chase him away? Men intimidate me. It's like with my father. It's a mixture of excitement and pain and hurt and fear.

**8. Patient: (a) Manifest Relational focus: Exterior object; (b) Mental State: Reflective; (c) Other: Nil.**

**Therapist: (a) Manifest Relational Focus: Exterior object, contemporary; (b) Level of inference: Interpretation; (c) Mental State: Reflective; (d) Impact: Positive.**

But wait a minute. It's not only men who intimidate me, I get intimidated about money. Paying and tipping intimidates me. I avoid it if I can. Until lately, when I've been thinking about it here and trying not to avoid the things I tend to avoid. When I left the hairdresser's I looked for the girl who'd shampooed my hair to give her a dollar. But I'd have avoided it if I could. If they had a can with tips in it I would've put it in there. I was too intimidated by the hairdresser who cut my hair and I was intimidated about tipping the girl who shampooed my hair. Why? [slight pause] I can't figure it out. There's no rhyme or reason. I don't understand it.

Anal. : So long as you take that attitude, so long as you don't think it out and find out the rhyme and reason. . .

Pt. : Well, he cut my hair. He cut me. But she just put her fingers into my hair. I don't understand.

Anal. : He stuck scissors into your hair and she stuck her fingers into your hair. You were talking before that about avoiding sexual excitement. Scissors and fingers into your hair sounds sexual. You turn away and avoid the excitement, pain, and hurt with men, and when you turn away from men altogether and turn toward a woman you get scared all over again.

Pt. : Yes. But there's something that doesn't fit. I had no problem about tipping the woman who gave me a manicure. And she massaged my fingers. And that didn't get me anxious. I like it. It's relaxing.

**9. Patient: (a) Manifest Relational focus: Exterior object; (b) Mental State: Reactive Defensive; (c) Other: TAS, Allusion to the transference.**

**Therapist: (a) Manifest Relational Focus: Exterior object; (b) Level of inference: Interpretation; (c) Mental State: Objective-rational; (d) Impact: Neutral.**

I thought of something. I told you about it a long time ago and then I dropped it and avoided it. It's a masturbation fantasy. [Now her voice changes, becomes more hollow, tending toward a chilled monotone, drained of all emotion. She speaks this way for much of the remainder of the session, constantly pausing between words. I found her slow, start-and-stop delivery agonizing, and have tried to convey it on the page by the use of dashes to indicate her briefer pauses, reserving the word pause, in brackets, for the longer ones]. There's - a doctor - a mad scientist - and his nurse and - he ties me down to - do things to me. I don't know what this has to do with being intimidated by the



hairdresser and feeling inhibited tipping the girl who washes my hair but not the manicurist. It makes no sense.

[pause]

Anal. : You've blocked yourself from hearing the answer you gave: the hairdresser sticking scissors in your hair and cutting you; the young woman preparing you for the haircut; they're the mad scientist doctor and his nurse.

Pt. : The fantasy had to do with - something - it had to do with getting bigger breasts. It's foolish - I feel sheepish.

[pause]

It's so silly.

[pause]

Anal. : There's nothing silly about it; you mobilize those feelings to push away and avoid looking into the fantasy and the feelings.

Pt. : I'd try not to think the fantasy. I didn't want to dig into it. You're right. I feel sheepish to push it away.

Anal. : And what happens to sheep?

Pt. : They get sheared, their hair cut off.

Anal. : And so do "fallen women".

Pt. : In old times, they did. I know about that. The hairdresser was cutting my hair off. Maybe it was my "crowning glory". And sheep certainly get their hair cut off. When I was in New Zealand, I saw the sheep getting sheared. There was one brown one I remember. They held it and sheared it, and piled the wool, and all that. [The emotion's gone from her voice; she's shearing the sheep to pull the wool over our eyes].

Anal. : You're getting away to avoid uncomfortable feelings.

Pt. : You're right. That fantasy makes me very uncomfortable. The mad scientist would do something to give me bigger breasts. I wanted bigger breasts very much.

[pause]

10. **Patient: (a) Manifest Relational focus: Transference; (b) Mental State: Reactive Drive; (c) Other: TAS.**

**Therapist: (a) Manifest Relational Focus: Transference; (b) Level of inference: Clarification; (c) Mental State: Reactive; (d) Impact: Negative.**

Anal. : Notice you're interrupting yourself, stopping yourself?

Pt. : I don't want to talk about it, think about it; I'm afraid you'll think I'm foolish. I had to submit to the mad scientist, like I was his slave and he was my master. When I'm intimidated by men, it's like I have to put up with anything, like I'm a slave and he's a master and it makes me angry. [pause]

That slave and master theme in relations between women and men gets me mad [her voice changed again].

Anal. : Notice you switched from uncomfortable thinking about the wish for the mad scientist to give you bigger breasts to the slave and master theme?

Pt. : [back to working voice] There's something about - it's not called S & M - something and bondage - in porno - people waiting to be tied up and things done to them. [pause]

Anal. : I notice you keep interrupting yourself and stopping yourself.

Pt. : You've told me several times that you couldn't promise that this would always be easy - I'd be uncomfortable at times - If I could be comfortable, I could talk about these things - I could look into them - and understand - but - it's - too hard - [There's tightness in my belly, and I'm getting irritated at her excruciating stopping and starting and hesitating. ] - if I could find a way to do this without feeling so uncomfortable.

[pause]

**11. Patient: (a) Manifest Relational focus: Transference; (b) Mental State: Reactive Defensive; (c) Other: Nil.**

**Therapist: (a) Manifest Relational Focus: Transference; (b) Level of inference: Confrontation; (c) Mental State: Reactive; (d) Impact: Negative.**

Anal. : You want me to make you do it. You're having all that trouble talking about, thinking all those thoughts about pain and hurt, S. & M. , bondage, because of a wish to enact the fantasy with me rather than think and feel it out and understand it. You want me to be the mad scientist doctor forcing and hurting you and making changes in you.

Pt. : I want you to use your knowledge and your understanding to change me. Instead of working at this myself and making changes. I want you to do it. But you say it's because I want you to be the mad scientist of my fantasy, that if you force me and hurt me it's exciting. I have to reject that. I can't agree with you on that. That would mean I don't really want to change. But I do want to change. I have to think about it. Maybe I'm undecided and that's why it's so difficult and uncomfortable. I'll have to think about it.

[The thing with the tennis teacher was on the weekend; here's another weekend; in a few weeks I'll leave her not just for a weekend but for a month; absence makes the heart grow fonder; she also wants to kill me for leaving her, for not being crazy about her so I can't bear to be without her; masochistic transference; transference neurosis].

### **Analysis of the session with the MTCM and the PNRRC**

The segments 1 to 6 are scored NT, mainly because the therapist does not intervene much. When he is silent, there is no possibility for PC and NC to be scored. In segment 8, the therapist is in a reflective mental state, which offers the possibility of a PC to be scored. But for this to be so, the patient should be found in a reflective mental state for both segments 7 and 9, which is not the case. In segment 7, she meets some of the criteria for the reflective mode: the manifest defensive activity is not currently blocking or distorting in a significant way the reflective process; and her self-observation is not at the service of a harsh self-criticism (this would be a form of reactive). However, even though she describes her own subjective experience ("It's a mixture of excitement and pain and hurt and fear"), she doesn't demonstrate a self-understanding of this

experience. Also, this self-perception is not (even partly) related to her own immediate presently activated situation. Moreover, she does not use “I” statements, and tends to talk about herself with some distance. She is not reflective in segment 9 neither.

In segments 9, 10 and 11, we observe a NC (A-3b on the decision tree). This NC encompasses the following scores: [In the first segment (here #9), the patient is addressing the TR in a reactive mental state. This is followed secondly (here segment #10) by the therapist addressing the TR, offering a clarification in a reactive mental state and the impact of this is considered negative according to the MTCM. Finally, in the third segment of the configuration (here #11), the patient is still in a reactive mental state and in the TR.]

Segment 9 initiates the present NC. The patient reports a masturbatory fantasy about a “mad scientist” (allusion to the TR). Her mental state is reactive defensive. When she reports the dream, at the beginning of the segment, she appears objective-rational, based on the following criteria: (a) she is focussed on describing the dream (facts); (b) there is a relative absence of emotional and subjective domain in her discourse; and (c) her discourse is not filled with defense, so the objective mode is not used in the service of defensiveness. But as the segment goes, she becomes defensive and concludes that she doesn’t have any idea of what this could possibly mean (reactive defensive). Also, as the therapist notices (more than once) that she is “getting away to push uncomfortable feelings”, we observe the presence of a TAS (“turning the aggression against self”; score on the MTCM): the patient reports feeling “foolish and silly”, agreeing that she avoids the uncomfortable feeling. So the self-observation (avoidance) is more in the service of a self-criticism movement than a greater reflection process. This is part of the reactive defensive score. On the relationship level, one could hypothesize that she kind of “plays” with the therapist: she reports the fantasy, and when the therapist addresses it, she then said that she doesn’t want to “dig into it”. So the therapist is stuck because if he continues to interpret he is becoming the intrusive “mad scientist”. He was noting that he finds the patient is slow to bring the material. Is he irritated at this point? At the end of the segment, he more clearly becomes active on the scene of TR, which is also present in segment 10. He is then “becoming” the one noting his escape from the topic, trying to address her defensiveness, but while being in a reactive mental state and insisting on that. The patient is also reactive in segment 10, placing herself in a position where she tries to protect herself from the “mad scientist”, but at the same time she identifies with the “slave” position of her fantasy, thus enacting and gratifying it. Finally, in segment 11, the manifest relational focus is still the transference, combined with a reactive mental state. However, we observe the emergence of a reflective process when she says that she ought to reject the therapist’s idea that it is exciting for her to place him in the position of the “mad scientist”, because that would mean that she doesn’t want to change, which is not the case. The following segment is not available, but it would be interesting to know what is happening. Do they succeed to

move away and out from that negative cycle? This would need to be examined in regard also to the therapist's mental state, who for the moment tends to be reactive.

To sum up, following a NT sequence, we here observe a NC where the patient, tempting to gain a more secure position, away "from the heat" of the immediate relational transaction, identifies with a more masochistic position. On his part, the therapist is identified as representing the sadistic pole. This object relation is reactivated and replayed on the scene of TR, and it is not presently being fully and reflectively analyzed.

## 2. Positive Relationship Configurations: Case A2.

That example illustrates a Positive Relationship Configuration. The patient is a middle-class agoraphobic woman, who started her analytic treatment in her late twenties, four times a week. The therapist is an experienced male analyst. This excerpt is taken from session 162.

Segment 14. **Patient:** (a) Manifest Relational focus: Exterior object; (b) Mental State: Reflective; (c) Other: Nil. **Therapist:** (a) Manifest Relational Focus: Exterior object, contemporary; (b) Level of inference: Direct opinion; (c) Mental State: Reflective; (d) Impact: Positive.

Patient (P): "Don't ask me what's going on because I don't know, I just feel like a miserable person today (laughs).

Therapist (T): I'm not sure what's going on either. I'm trying to understand it.

P: I got it all figured out. I got it figured; I just; the down has just come.

T: Just now?

P: Yeah. ha ha - oh, God - typical. All right, my biggest worry is [Daughter] and her tonsils, right?

T: Mm-hm.

P: (sighs) You know what I'm doing to myself so everything works out. I'm punishing myself.

T: Oh.

P: Just so that everything that day will be fine and, and okay, I am really doing it, I really am. (close to tears).

T: You're punishing yourself beforehand so as to make sure that she'll be okay. because if things go well, then maybe God will punish you because things aren't supposed to go well for you.

P: And that I shouldn't have been so happy. I'm going to get punished for being happy. I'll get punished like that.

T: What?

P: Like if I would spend these days going to my girlfriend and being happy or or outgoing or whatever and if something happened on that day, I'd say; mell, you didn't sacrifice. You didn't uh, suffer, you knew you didn't give up something you know. That's part of the religion too (sighs) (pause). That's the way I mark things (sighs)".

Segment 15. **Patient:** (a) **Manifest Relational focus:** Exterior object; (b) **Mental State:** Reflective; (c) **Other:** Nil. **Therapist:** (a) **Manifest Relational Focus:** Exterior object, contemporary; (b) **Level of inference:** Clarification; (c) **Mental State:** Reflective; (d) **Impact:** Neutral.

T: "So really what that boils down to is, that you are not supposed to have a satisfactory, happy life and after all, all sorts of things keep happening in a person's life so, uh there's always the possibility of something bad happening so you will always have to be punishing yourself huh?

P: If, if you look at it for a lifetime, it's, it's like balancing things out. You could have half unhappiness or punishing yourself or sacrificing yourself or whatever, including things that naturally happen, but it's got to be; it can't be more than 50 percent of being happy. I mean, it can't; I mean, happiness can't be more than the punishment or the sacrificing. It can't be more in your life. I mean, if you're going to die and get to heaven, you can't have spent your life, 100 percent or 95 percent, uh enjoying things and.

T: Can't even have 52 percent apparently.

P: No. You can't even have that (sighs) oh, boy, you know, I know what I'm doing and I don't refuse not to stop doing it.

T: Say that again.

P: This punishing and sacrificing and so forth

T: You don't...

P: I'm aware of it.

T: Yes.

P: But I refuse to give it up.

T: Oh.

P: Tuesday won't work out right.

T: Mm-hm."

Segment 16. **Patient:** (a) **Manifest Relational focus:** Transference; (b) **Mental State:** Reactive; (c) **Other:** Nil. **Therapist:** (a) **Manifest Relational Focus:** Transference, Here and now; (b) **Level of inference:** Process-oriented (c) **Mental State:** Reflective; (d) **Impact:** Neutral.

T: "I wonder if it could also find an expression here in the session. I notice you; I didn't quite understand what you meant, at the very beginning you said you were comfortable out there, uh.

P: Yeah.

T: What?

P: I enjoyed being out there but I know I got to punish myself cause I was out there enjoying it and I can't enjoy it in here.

T: Yes. That's one possibility and another is I've had the impression that maybe you enjoy your sessions here too.

P: At times, yeah.

T: Yeah. and maybe that's another reason that you have to sort of be miserable to make up for the sessions that you enjoy.

P: Maybe if I go and spend the afternoon with my mother (laughs).

T: What ?

P: Maybe if I go and spend the afternoon with my mother.

T: (laughs) Well, that's a prospect of real punishment, I agree with that. Oh, you mean, if, if you have an enjoyable session here, then you got to go see your mother and have a miserable time, so it's still fifty fifty.”

### **Analysis of the session with the MTCM and the PNRC**

In this positive moment both participants are in a reflective mental state throughout the segments. At the beginning of the first segment (#14), the patient already shows a reflective intention, she is questioning herself about how she feels (miserable) today and in the session. The therapist demonstrates his capacity to follow that reflection and to intervene in a process-oriented manner, trying to help the patient getting a better grasp on what she feels. The configuration takes place in the register of an “exterior object”, here by definition because the patient does not address the therapeutic relationship. However, it is interesting to notice that in the last segment of this PC (#16), the therapist attempted to interpret her discourse in the context of their relation. The patient anxiously responds by laughing and making jokes about what she was reflecting on. This signs the last part of the positive moment. The therapist also laughs with the patient (“[laughs] Well, that's a prospect of real punishment, I agree with that”), which shows a reactive mental state on his part. We could hypothesize that by doing so, they are colluding to move away from the previous reflecting scene. Moreover, in the next segment (not illustrated here) the therapist became objective-rational. This sequence illustrates a PC and also gives a flavour of the rapidity with which the mental states of the participants can switch from one to the other throughout a session. The measure is sensitive to that.