

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

EFFICACITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

ET

PENSÉE POST-FORMELLE DIALECTIQUE

ESSAI PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
AU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
ROBERT HUOT

AOÛT 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie d'abord Monsieur Luc Reid de m'avoir accueilli dans son laboratoire. Je lui fais part de mes plus sincères remerciements à l'égard de son rôle de directeur de thèse et d'avoir su se rendre disponible malgré un emploi du temps fort chargé. J'aimerais spécifiquement lui exprimer mon entière gratitude envers la compréhension, l'acceptation et la bienveillance dont il a fait part à mon égard tout au long de ce souvent tumultueux parcours qu'a été le mien au cours de ces nombreuses années passées au doctorat. Ses qualités humaines combinées à ses compétences professionnelles ont fait de lui un directeur de thèse exceptionnel pour moi.

Je remercie également Monsieur Marc-Simon Drouin d'avoir accepté de codiriger mon essai et d'avoir su se rendre disponible malgré son emploi du temps fort chargé également. Je le remercie particulièrement et sincèrement pour le support, l'empathie et la bienveillance dont il a fait montre à mon égard dans des périodes parfois plutôt éprouvantes de ce long parcours, je lui en saurai toujours gré.

Un remerciement particulier aux membres de l'équipe du Laboratoire des sciences cognitives dont j'ai fait part au début de ce parcours vers le doctorat, soit particulièrement Lynn Howard, Marie-Ève Leroux et Nadia Bédard, pour leur soutien dans l'élaboration de mon étude.

## **DÉDICACE**

À mes parents et amies, amis, à Anandamayi Ma, Darshan Singh , Swami Muktananda, Omraam Mikhaël Aïvanhov ainsi qu'à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail, ma plus profonde reconnaissance pour votre soutien et vos encouragements.

## AVANT-PROPOS

La présente recherche s'inscrit dans un processus réflexif de ma part dirigée par monsieur Luc Reid et codirigée par monsieur Marc-Simon Drouin et qui a pris place dès 2007 à Université du Québec à Montréal. De fait, l'étude du développement de la pensée post-formelle à l'âge adulte m'a dès lors amené à me questionner quant au rôle de l'utilisation d'une telle pensée par des clients dans la réussite de leurs traitements en psychothérapie.

La contribution de la présente recherche vient appuyer par une étude approfondie des écrits scientifiques sur ce sujet et par des liens pratiques qui n'étaient alors que des intuitions, observations et préoccupations soulevées déjà en 2001 à mon entrée dans le programme du doctorat. Cette recherche contribue aux connaissances scientifiques dans l'étude du développement de la pensée post-formelle à l'âge adulte et dans celle de l'efficacité de la psychothérapie en mettant en lumière l'effet de leur association, un sujet peu étudié dans la littérature théorique et empirique sur les facteurs contribuant à l'efficacité psychothérapeutique. Par conséquent, elle est limitée par son caractère exploratoire.

Afin de rendre plus explicite notre opérationnalisation de la pensée post-formelle dialectique, nous avons choisi d'inclure l'annexe A sur les différents modèles du développement de l'épistémologie personnelle et de ceux de la pensée post-formelle à l'âge adulte.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	i
DÉDICACE.....	ii
AVANT-PROPOS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 EFFICACITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE .....	3
1.1 Conceptualisation des périodes et questions fondamentales.....	4
1.2 Périodes de légitimation et de compétition .....	5
1.2.1 La méta-analyse de Smith et Glass (1977).....	7
1.3 Période de prescription.....	9
1.4 Période de compréhension .....	14
1.4.1 Les relations thérapeutiques supportées empiriquement (ESR).....	14
1.4.2 Principes de changements basés empiriquement (EBPC).....	15
1.5 Pratiques psychologiques basées sur les évidences (EBPP) .....	16
1.5.1 Définition .....	16
1.5.2 Les pratiques psychologiques basées sur les évidences (EBPP).....	17
CHAPITRE II PENSÉE POST-FORMELLE / ÉPISTÉMOLOGIE PERSONNELLE .....	19
2.1 Liens avec d'autres grands courants théoriques actuels .....	19
2.2 Éléments communs des différents modèles de la pensée post-formelle.....	21
2.3 Pensée post-formelle dialectique (Kramer, 1983 a,b) .....	23
2.3.1 Pensée formelle, post-formelle et visions du monde.....	24
2.3.2 Séquence des trois niveaux .....	24
2.3.3 Validation de la séquence développementale.....	26
2.3.4 Inventaire des croyances sociales paradigmatiques (SPBI) .....	28

CHAPITRE III ASPECTS EMPIRIQUES .....	31
3.1 Pensée post-formelle, succès thérapeutique, études de cas et questions .....	31
3.1.1 Pensée post-formelle et succès thérapeutique .....	31
3.1.2 Études de cas en thérapie centrée sur les émotions .....	33
3.1.2.1 Caractéristiques de la TCE dans des cas de dépression .....	33
3.1.2.2 Éléments de validation de la TCE .....	35
3.1.2.3 Facteurs d'efficacité thérapeutique en lien avec la TCE .....	36
3.1.3 Buts et questions de la recherche .....	38
3.2 Méthode.....	39
3.2.1 Matériel.....	39
3.2.1.1 Les cinq instruments de mesure des études de cas.....	39
3.2.1.2 Les six études de cas .....	40
3.2.2 Instrument de mesure de notre étude .....	42
3.3 Procédure.....	50
3.4 Résultats .....	51
3.4.1 Fréquences globales d'utilisation des niveaux de pensée .....	52
3.4.2 Fréquences initiales d'utilisation des niveaux de pensées .....	53
3.4.3 Fréquences finales d'utilisation des niveaux de pensée .....	54
3.4.4 Fréquences initiales et finales d'utilisation des niveaux de pensée. ....	56
CHAPITRE IV DISCUSSION.....	57
4.1 Objectifs et questions de recherche.....	57
4.1.1 Capitalisation des forces préexistantes du client.....	58
4.2 Généralisations des associations observées .....	59
4.2.1 Généralisation des associations observées à d'autres problématiques.....	60
4.2.2 Généralisation des associations observées à d'autres formes de thérapies .....	61
4.3 Liens de la TCE avec d'autres formes de thérapies .....	65
4.4 Interventions favorisant l'utilisation de la pensée dialectique.....	68
CONCLUSION .....	70
ANNEXE A ÉPISTÉMOLOGIE PERSONNELLE/PENSÉE POST FORMELLE.....	79
RÉFÉRENCES .....	87

## **LISTE DES TABLEAUX**

3.1	Fréquences globales d'utilisation des niveaux de pensée.....	53
3.2	Fréquences initiales d'utilisation des niveaux de pensée.....	54
3.3	Fréquences finales d'utilisation des niveaux de pensée.....	55
3.4	Fréquences initiales et finales d'utilisation des niveaux de pensée.....	56



## **LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

EBPC	Principes de changements basés empiriquement
EBPP	Pratiques psychologiques basées sur les évidences
ECR	Essais contrôlés et à répartition aléatoire
ESRs	Relations thérapeutiques supportées empiriquement
EST	Traitements supportés empiriquement
SPBI	Inventaire des croyances sociales paradigmatiques
TCE	Thérapie centrée sur les émotions

## RÉSUMÉ

Les théories de la pensée étudient la capacité de penser à la pensée des autres, soit de réfléchir aux pensées, désirs, croyances et intentions d'autrui. Une telle capacité pourrait à l'âge adulte contribuer au développement de la pensée post-formelle et l'utilisation de cette dernière par des clients en thérapie pourrait à son tour contribuer à l'efficacité du traitement.

L'objectif spécifique de notre étude est de vérifier les effets de l'utilisation des différents niveaux de développement de la pensée post-formelle dialectique par des clients en psychothérapie sur l'efficacité de celle-ci. Pour ce faire, nous avons exploré ces mêmes impacts à travers six études de cas dans une thérapie centrée sur les émotions (TCE) dans des cas de dépression majeure (Watson, Goldman et Greenberg, 2007). Trois traitements réussis ont été comparés à trois traitements échoués.

Notre question de recherche principale est de vérifier si l'utilisation de la pensée dialectique sera associée aux réussites et celle de la pensée absolutiste à leurs échecs. Nous nous sommes demandé aussi si dès le début des traitements nous avons des patients différents quant à leurs capacités d'utilisation de ces niveaux de pensées et s'ils le sont demeurés jusqu'à la fin.

Les résultats confirment qu'effectivement l'utilisation de la pensée dialectique est associée aux réussites et que l'utilisation de la pensée absolutiste est associée à leurs échecs. De plus dès les débuts des traitements et jusqu'à leurs fins les clients ayant réussi leurs thérapies démontraient une plus grande utilisation de la pensée dialectique alors que ceux ayant échoué démontraient une plus grande utilisation de la pensée absolutiste.

En conclusion, nous estimons que l'utilisation de la pensée post-formelle est un marqueur de succès thérapeutiques, qu'elle permet aux clients de bien apprécier et de mieux comprendre la complexité et les paradoxes constituant leurs difficultés ainsi que les choix et options offerts en thérapie et les incitent à être plus actif dans le processus thérapeutique; des acquisitions pouvant toutes contribuer à des réussites dans différentes formes de thérapies et pour une grande majorité de problématiques.

(Mots clés : efficacité de la psychothérapie, pensée post-formelle, épistémologie personnelle, théorie de la pensée)

## INTRODUCTION

L'objectif de cette étude est de contribuer à la littérature théorique et empirique sur l'efficacité de la psychothérapie en présentant, à partir d'une perspective développementale, des recherches sur la pensée post-formelle et l'épistémologie personnelle qui nous suggèrent un rôle important du niveau de développement cognitif des clients dans l'efficacité de traitements psychothérapeutiques.

Plus spécifiquement, il s'agit de l'identification d'une séquence de trois niveaux de pensée à l'âge adulte qui se retrouvent, bien que sous différentes terminologies, dans les différents modèles de développement cognitifs présentés: les niveaux de pensée absolutiste, relativiste et dialectique.

Au chapitre 1, nous présentons quatre périodes prédominantes dans le développement de la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie identifiées par Grawe (1997) et qui selon lui en constituent la trajectoire. Nous verrons que ce n'est qu'au terme de ce parcours que la recherche sur les processus développementaux cognitifs sera prise en considération et jugée comme essentielle à une meilleure compréhension de la psychopathologie à l'âge adulte et à son traitement.

Nous y verrons que d'abord simplement mentionnée par Beutler (1991) la prise en considération adéquate de ces aspects développementaux est clairement recommandée par le comité présidentiel de l'APA (2006) dans sa définition des pratiques psychologiques basées sur les évidences (EBPP).

Nous y confirmerons aussi la pertinence de l'hypothèse de la capitalisation en psychothérapie (Cronbach et Snow, 1977), évoquée par Nathan et Gorman (2007) qui suggèrent que les thérapies efficaces capitalisent sur les forces préexistantes du

patient plutôt qu'elles ne compensent pour ses faiblesses initiales; hypothèse que l'on verra supportée plus loin par les résultats de notre étude.

Au chapitre 2, nous présentons brièvement les deux grands courants théoriques en psychologie du développement qui ont proposé les modèles post-formels et épistémologiques pour témoigner de l'existence de différents modes de pensée à l'âge adulte. Puis nous abordons les liens que ces modèles entretiennent entre eux et avec d'autres grands courants théoriques actuels, dont ceux de la métacognition, de la théorie de l'esprit et de la sagesse.

Après avoir précisé les caractéristiques communes des différents modèles, nous présentons plus en détail celui de Kramer (1982a, b) retenu dans notre étude et basé sur les travaux du philosophe Steven C. Pepper (1942) portant sur quatre visions du monde reconnues comme influençant le développement de la personne tout au long de sa vie (Reese et Overton, 1970). À partir des présomptions épistémologiques sous-jacentes à ces visions du monde, Kramer (1983a,b) opérationnalise les niveaux de pensée absolutiste, relativiste et dialectique dont il sera question dans nos hypothèses.

Au chapitre 3, nous ferons le lien entre les deux chapitres précédents en présentant les aspects empiriques de notre essai. D'abord une étude empirique sur la pensée post-formelle et le succès psychothérapeutique puis, avant de présenter les hypothèses de notre recherche, les études de cas utilisées en thérapie centrée sur les émotions pour vérifier ces hypothèses. Suivront la méthode utilisée par l'auteur, la procédure, les résultats, une discussion et une conclusion.

## CHAPITRE 1 EFFICACITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Qu'est-ce que la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie nous a appris jusqu'à maintenant ? Comment s'est-elle développée ? Quelles sont les périodes ou tendances prédominantes de cette recherche ? Quelles sont les questions fondamentales auxquelles elle veut répondre ?

Ce sont les questions auxquelles Klaus Grawe (1997) voulait répondre dans un article marquant où il réexamine brièvement l'état actuel de la recherche en psychothérapie et présente sa vision d'une psychothérapie véritablement basée sur la recherche et qui utiliserait tous les mécanismes de changements validés. Il rappelle dans cet article les quatre tendances dans le développement de la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie qu'il a identifiées précédemment (Grawe, 1992) et qu'il considère constituer la trajectoire de cette recherche : les périodes de légitimation, de compétition, de prescription et de compréhension.

Essentiellement la présentation de cette trajectoire de la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie nous permettra d'introduire les variables importantes en lien avec notre étude et de saisir où et quand est apparue comme pertinente une prise en considération de processus développementaux cognitifs susceptibles de contribuer à l'efficacité des traitements dans des cas de thérapies brèves centrées sur les émotions pour trouble dépressif majeur.

Dans la première section de ce chapitre, nous présentons une brève conceptualisation de ces quatre périodes ou tendances prédominantes et des questions fondamentales y correspondant et auxquelles la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie a tenté de répondre (Grawe, 1997)

Dans la deuxième section, nous revenons sur les périodes de légitimation et de compétition puisqu'elles nous semblent véritablement débutées vers la même époque. Nous y présenterons alors ce qu'elles nous ont appris sur l'efficacité générale et différentielle des psychothérapies.

Dans la troisième section, nous abordons la période de prescription avec la venue des traitements supportés empiriquement (EST) et du DSM-4 puis, dans la quatrième section, la période de compréhension favorisée par l'intérêt pour l'étude des relations thérapeutiques supportées empiriquement (ESRs) et des principes de changements validés empiriquement (EBPC).

Dans la cinquième et dernière section, nous présentons les travaux du comité présidentiel de l'APA (2006) sur les pratiques psychologiques basées sur les évidences (EBPP) qui recommandent la prise en considération des processus développementaux cognitifs comme essentiels à une meilleure compréhension de la psychopathologie adulte et à son traitement et qui nous permettra de bien situer où et comment s'inscrit notre étude dans le contexte actuel de ces pratiques.

### 1.1 Conceptualisation des périodes et questions fondamentales

Grawe (1997) distingue quatre périodes prédominantes se chevauchant dans l'histoire du développement de la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie. D'abord 1° la période de *légitimation*: est-ce que la psychothérapie est efficace? 2° de *compétition* : quelle forme de psychothérapie est la plus efficace ? 3° de *prescription* : quelle forme de psychothérapie est efficace pour quel type de patient ? et 4° la période de *compréhension*, qui marque une certaine brisure par rapport aux phases précédentes, avec la question : qu'est-ce qui permet à la psychothérapie d'être efficace ?

Il faudra retenir qu'aucune de ces questions n'ayant reçu de réponse définitive, les questions précédentes ne cessent de revenir à chaque période successive. Elles sont « revisitées » en fonction des développements de nouveaux modèles de recherche. L'image que nous pouvons en donner ici, en particulier sur le plan chronologique, n'est que le reflet provisoire d'une recherche foisonnante et toujours en mouvement.

Dans ce sens, les différentes périodes se chevauchent et suivent une certaine séquence chronologique, mais les questions fondamentales, sur lesquelles elles sont basées, restent toujours plus ou moins présentes d'une période à une autre, ce qui peut parfois amener d'inévitables aller-retour dans leurs présentations.

Comme on le verra on peut quand même considérer que très schématiquement un souci de légitimation a prédominé du début des années 50 avec l'étude d'Eysenck (1952) jusqu'à la fin des années 70 alors que les travaux de Smith et Glass (1977) ont établi un certain consensus concernant la question d'efficacité générale. Par la suite, c'est une période de compétition qui a prédominé dans les années 80 puis une de prescription dans les années 90. Finalement, depuis le début des années 2000, un effort de compréhension a pris de plus en plus d'ampleur.

## 1.2 Périodes de légitimation et de compétition

Il nous semble que les périodes de légitimation et de compétition ont véritablement débuté vers la même période avec la parution de l'article d'Eysenck (1952) puisque celui-ci avait comme objectif de vérifier l'efficacité des « psychothérapies » analytiques et éclectiques, mais non celle de son approche comportementale qu'il considérait comme scientifique et efficace.

Pour ce faire, il compare les taux d'amélioration en psychothérapie dans 24 études des années 20 au taux de rémission spontanée rapportée dans deux études concernant des patients non traités (Denker, 1946; Landis, 1937) : 44 % des patients traités en

psychanalyse s'améliorent comparativement à 64 % en thérapie éclectique et à 72 % pour les patients non traités. Il affirme alors que la « psychothérapie » est même moins efficace que le simple passage du temps.

Eysenck conclut : « les données n'arrivent pas à prouver que la psychothérapie, freudienne ou autre favorise le rétablissement de patients névrotiques. Elles montrent qu'approximativement les deux tiers d'un groupe de patients névrosés vont se rétablir ou s'améliorer significativement à l'intérieur d'une période d'environ deux ans à partir des premières manifestations de leur trouble mental, qu'ils soient traités ou non en psychothérapie ... » (1952, p. 322-323).

Très vite de nombreuses critiques méthodologiques (Luborsky, 1954; Rosenzweig, 1954), souvent justifiées, sont adressées à Eysenck. Malgré tout, « l'effet Eysenck » est à l'origine d'une controverse qui va durer près d'une trentaine d'années et mobiliser la communauté de chercheurs à démontrer l'efficacité de la psychothérapie.

Par la suite, un nombre toujours de plus en plus important d'auteurs arrivent à la conclusion que la psychothérapie, en général, conduite à des résultats modestement positifs (Bergin, 1971) et qu'il y ait suffisamment de preuves pour démontrer l'efficacité de la psychothérapie (Meltzoff et Kornreich, 1970).

Puis Sloane et al. (1975) comparent des patients en thérapie comportementale et en thérapie analytique à des patients placés sur une liste d'attente dans le traitement de cas de troubles de personnalité ou de névroses. Après quatre mois de traitements, il y a des résultats significativement supérieurs pour les patients dans les deux formes de thérapies comparativement aux patients sur la liste d'attente : en général la thérapie est efficace et l'amélioration n'est pas due entièrement à la rémission spontanée ni à l'effet placebo.



Luborsky, Singer et Luborsky (1975) font le point sur les études des deux dernières décennies et récapitulent les principaux résultats qui font encore aujourd'hui un large consensus : de 60 à 70 % des patients traités sont guéris ou présentent une amélioration significative, le taux d'amélioration est supérieur à celui des rémissions spontanées chez des patients non traités. Et il n'y a pas de différences significatives d'efficacité entre les thérapies comportementale, analytique ou centrée sur le client.

Ici nous ajouterions qu'en l'absence de données empiriques valides et le très peu d'études à cette époque ayant évalué les effets des traitements à moyen (après six ou huit mois) ou à long terme (plus d'un an) il conviendrait d'éviter le terme de guérison et de s'en tenir à parler d'une amélioration significative de l'état des patients traités.

### 1.2.1 La méta-analyse de Smith et Glass (1977)

Les questions entourant l'efficacité de la psychothérapie sont l'objet de travaux scientifiques depuis au moins 25 ans avant qu'un événement majeur vienne transformer la recherche comparative dans ce domaine, il s'agit d'une méthode statistique, la méta-analyse qui permet de comparer adéquatement les résultats de différentes études.

Smith et Glass (1977) effectuent donc la première méta-analyse d'importance et découvrent que 88% des études montrent que la psychothérapie est efficace: 375 études recensées, plus de 25,000 sujets en tout ayant reçu en moyenne 17 heures de consultation. Globalement, dans la majorité des études, à la fin d'un traitement, le client typique traité se trouve en meilleure condition que 75 % des patients non traités.

Les auteurs concluent que « les résultats démontrent les effets bénéfiques de la psychothérapie et qu'en dépit des nombreux volumes dédiés aux différences

théoriques entre les différentes écoles il n'y a que des différences négligeables dans les effets des différents types de thérapies » (Smith et Glass 1977, p.760).

Nous pouvons considérer qu'avec la démonstration des effets bénéfiques de la psychothérapie cette étude met fin à la prédominance de la période de légitimité de la pratique psychothérapeutique et qu'elle cède la place à la prédominance d'une période de compétition puisqu'il reste tout de même encore beaucoup de controverses au sujet de l'efficacité différentielle des différents types de thérapies.

Par la suite, plusieurs méta-analyses sont venues confirmer les résultats de Smith Glass (1977) en particulier celle de Lipsey et Wilson (1993) qui mérite une attention particulière puisqu'elle représente la plus vaste étude effectuée dans ce domaine et prépare le chemin pour la prédominance d'une période de prescription.

Les auteurs revoient 302 méta-analyses de traitements psychologiques, éducationnels et comportementaux et estiment que les traitements psychologiques bien développés sont généralement efficaces. Ils concluent que la démonstration globale de l'efficacité de la psychothérapie n'est plus la question scientifique actuelle, mais que concernant l'efficacité respective des psychothérapies il y a encore beaucoup de controverses.

En effet, certains estiment qu'il y a de modestes, mais quand même consistants avantages pour les thérapies cognitives et comportementales par rapport aux thérapies traditionnelles verbales ou relationnelles particulièrement dans le traitement de la dépression (Dobson, 1989; Robinson, Berman et Neimayer, 1990); Svartberg et Stiles, 1991).

Nous pouvons alors situer la prédominance de la *période de prescription* que nous allons aborder dans la section suivante vers ce début des années 90, particulièrement avec la montée de l'approche cognitive-comportementale, l'identification et la

promotion de traitements supportés empiriquement (EST) et la spécificité du DSM-4 qui ont contribué à la recherche de traitements spécifiques pour des troubles spécifiques.

Alors que l'efficacité générale des psychothérapies est établie et que l'équivalence de leur efficacité respective est fortement suggérée, les chercheurs s'intéressent à d'autres questions plus précises et identifient plusieurs facteurs associés aux résultats d'efficacité. Parmi ces facteurs, les caractéristiques du client, la relation durée/effet du traitement, les changements cliniquement significatifs et durables sont plus particulièrement pertinents à notre propos et nous les présenterons plus loin dans la section 3.1.2.3 (page 36) sur les Facteurs d'efficacité thérapeutique en lien avec la TCE.

### 1.3 Période de prescription

La période de prescription s'est intensifiée particulièrement avec l'identification et la promotion par un comité de travail de l'APA (1995) de traitements supportés empiriquement (EST), un comité composé majoritairement par des chercheurs et praticiens cognitivo-comportementaux.

La liste originale publiée en 1995 par ce comité comprend 25 traitements supportés empiriquement alors que sa version mise à jour par la division 12 de psychologie clinique de l'APA et publiée sur son site web (<https://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/>) en répertorie 80 en 2020.

Nous considérons que l'apport majeur des recherches associées à la période de prescription différentielle des thérapies existantes a été de conduire à l'application plus fréquente de certaines de ces thérapies aux patients qui étaient les plus susceptibles d'en bénéficier conduisant à une meilleure administration scientifique des psychothérapies existantes, à un meilleur système de distribution des différentes

approches psychothérapeutiques, mais pas à une meilleure thérapie. Nous parlerions plutôt d'une meilleure attribution des différentes thérapies et de leurs modalités par les professionnels aux patients en pratique privée ou publique.

En fait, c'est qu'au cours de cette période, l'explication ou la prédiction du succès thérapeutique s'est faite essentiellement en fonction de la méthode de traitement et de la catégorie diagnostique, et ce, en grande majorité dans des essais contrôlés et à répartition aléatoire (ECR) favorisant souvent l'approche cognitivo-comportementale et pour lesquelles il existe des limites très importantes à la généralisation de leurs résultats.

Dans ce sens, Wampold (1997; 2001) souligne plusieurs problèmes méthodologiques dans l'identification de ces thérapies efficaces, dont ceux de la contribution des facteurs communs à l'efficacité des traitements qui peut toujours être évoquée et ceux des difficultés à réfuter la présomption de l'efficacité équivalente des différents traitements de bonne foi (en anglais bonafide) bien développés.

Concernant la contribution des facteurs communs au changement en psychothérapie, il souligne particulièrement l'importance des variables client, thérapeute et relation dans l'efficacité différentielle des processus thérapeutiques. À l'appui du constat de l'efficacité équivalente des thérapies, Wampold (2001) a établi que la différence maximale mise en évidence par une étude entre deux formes de psychothérapie contribue au mieux à 1% de la variance des résultats.

Outre ces deux problèmes méthodologiques majeurs, on peut mentionner, comme limites à la généralisation des résultats des ECR, celles liées à la représentativité des échantillons des patients recrutés, aux types de traitements proposés, aux abandons thérapeutiques et à la poursuite de différences cliniquement insignifiantes.

En ce qui a trait à la représentativité des échantillons, nous pouvons évoquer la rigidité des critères de sélection des patients étudiés et dont on a retenu comme objet d'analyse qu'un seul trouble isolé, le plus souvent répertorié dans le DSM et exempt de toute comorbidité.

Nous pouvons aussi noter la rigidité de documents présentant le contenu et les étapes d'implantation d'un programme en psychothérapie, strictement définis et ayant pour objectif la réduction ou la résolution de symptômes principaux. Des restrictions dans les ECR qui ne correspondent que très rarement aux pratiques cliniques quotidiennes des psychothérapeutes.

Les abandons et la non-conformité des patients aux traitements sont des problèmes potentiels importants dans toute ECR. Chaque patient, qu'il soit assigné au groupe d'intervention ou de contrôle, doit recevoir un suivi similaire et être ultimement pris en considération dans les analyses finales de l'étude. La fréquence de leurs apparitions va réduire la validité de l'étude puisqu'il y aura moins de sujets étudiés; leur présence de façon aléatoire, davantage dans un groupe que dans l'autre, va introduire inévitablement un biais dans les analyses.

Les efforts persistants de certains chercheurs à détecter des différences minimales, mais quand même statistiquement significatives dans de nombreuses ECR sont plutôt une perte de temps, d'argent et de ressources. Comme le souligne Wampold (1997), même si la présomption de l'efficacité équivalente des traitements est erronée et que deux traitements ne démontrent pas précisément la même efficacité alors, avec un instrument de mesure suffisamment précis et un échantillon suffisamment grand, on pourra toujours réaliser une étude qui mènera au rejet de l'hypothèse nulle même si ces différences sont cliniquement insignifiantes.

Wampold (1997) en conclut comme d'autres chercheurs que les recherches comparatives sont un cul-de-sac méthodologique et un gaspillage de ressources qui vont distraire les chercheurs qui pourraient utiliser leurs talents à étudier d'autres relations plus importantes; la validité des inférences de ces études est ambiguë et l'accent mis sur les résultats obscurcit d'autres aspects importants de la psychothérapie.

Comme le fait aussi remarquer Lecomte (2010), les effets techniques et les interventions sont intimement liés aux caractéristiques du patient, du psychothérapeute et de leur relation. Un constat que souligne la recherche depuis plus de 30 ans, mais trop souvent ignoré est celui que la variabilité des résultats obtenus avec des patients est davantage liée à la variabilité des psychothérapeutes qu'aux techniques et traitements utilisés (Lecomte, Savard, Drouin et Guillon, 2004; Wampold, 2001).

En réalité, à part le type de trouble traité et la psychothérapie utilisée, il y a plusieurs autres facteurs associés aux résultats d'efficacité, dont les caractéristiques du client, du thérapeute et de la relation thérapeutique. La personne ne se réduit pas à un diagnostic psychiatrique et la dimension relationnelle joue un rôle majeur dans les processus complexes de la psychothérapie. On pourrait même dire que la psychothérapie pour plusieurs est d'abord une expérience relationnelle correctrice (Castonguay et Hill, 2012).

Malgré tout, dans la plus récente édition de leur volume « Un guide des traitements qui fonctionnent » qui présente les conclusions du comité sur les EST, Nathan et Gorman (2007) laissent entendre que les défenseurs des traitements empiriquement supportés reconnaissent le rôle important des facteurs communs, mais que certains traitements, en majorité cognitivo-comportementaux, sont tout de même plus efficaces que d'autres.

Dans les faits, ils ne discutent pratiquement pas des facteurs communs ni des caractéristiques du patient : dans leur index des sujets, aucune entrée ne concerne ces termes. De plus, ils basent leur affirmation d'une plus grande efficacité des traitements cognitivo-comportementaux sur des études d'efficacité contrôlées et à répartition aléatoire qui favorisent souvent ces approches (allégeance des chercheurs, mesures d'efficacité plus réactives à ces approches, comparaison à des traitements de support). Les validations avancées même chez Nathan et Gorman (2007) pour ces traitements sont de plus très partielles et donc discutables.

Cependant, Nathan et Gorman (2007) mentionnent, dans leur guide des traitements efficaces, certaines caractéristiques du patient venant modérer les réponses aux traitements supportés empiriquement pour le trouble de dépression majeure. Ils viennent ainsi confirmer l'hypothèse de Snow et Cronbach (1977) qui proposent que les thérapies efficaces capitalisent sur les forces préexistantes du patient plutôt qu'elles ne compensent pour ses faiblesses initiales.

Les patients démontrant un faible niveau initial de cognitions typiquement dépressives (une force préexistante) sont ceux qui bénéficient davantage d'un traitement cognitivo-comportemental que d'une thérapie interpersonnelle (Sotsky, 1991). Conformément à cette même hypothèse de capitalisation, les patients démontrant de bas niveaux de dysfonctionnement social (une force préexistante) profitent davantage d'une thérapie interpersonnelle que d'un traitement cognitivo-comportemental (Sotsky, 1991).

Cela dit, la question de la période de *prescription* n'a pas à ce jour trouvé de réponse définitive : la prescription de certaines psychothérapies supportées empiriquement plutôt que d'autres pour un certain type de client est peut-être encore un peu prématurée (Lambert et Ogles, 2004).

Dans la prochaine section, nous présentons les principaux travaux au début des années 2000 qui ont contribué grandement à l'intensification de la période de compréhension en soulignant l'importance d'identifier les éléments efficaces de la relation psychothérapeutique et les méthodes efficaces d'adapter cette relation aux caractéristiques du patient.

#### 1.4 Période de compréhension

Ce n'est véritablement que vers le début des années 2000 que nous pouvons situer l'intensification de la période *de compréhension* avec les travaux de Norcross (2002) sur les « Relations psychothérapeutiques qui fonctionnent » et ceux de Castonguay et Beutler (2006a,b) sur les « Principes de changements thérapeutiques qui fonctionnent », travaux qui soulignent l'importance de la prise en considération des caractéristiques des clients dans l'efficacité des psychothérapies sans pourtant mentionner spécifiquement les aspects développementaux de ces caractéristiques.

##### 1.4.1 Les relations thérapeutiques supportées empiriquement (ESR)

En fait, plusieurs chercheurs et praticiens ont vivement critiqué l'idée des défenseurs des thérapies supportées empiriquement (EST) de prescrire une forme spécifique de traitement pour un trouble spécifique (souvent un diagnostic du DSM) en minimisant les facteurs relationnels.

C'est ainsi que la division 29 de psychothérapie de l'APA (Norcross, 2002) a formé un groupe de travail pour promouvoir des relations thérapeutiques supportées empiriquement (ESR) dans le but d'identifier les éléments efficaces de la relation psychothérapeutique et des méthodes efficaces d'adapter cette relation au patient.

Éventuellement, Norcross (2011) espère démontrer que les meilleures recherches disponibles supportent les qualités curatives de la relation thérapeutique et qu'il y a



des bénéfices à adapter cette relation aux caractéristiques du patient au-delà de son diagnostic : plusieurs différences d'efficacité entre les traitements pourraient en fait être fonction de caractéristiques du patient qui sont effectivement au-delà de son diagnostic.

Parmi les caractéristiques du patient à considérer et pouvant aider à améliorer l'efficacité des traitements, il mentionne le niveau de résistance, les préférences, la culture, la spiritualité, le stade de changement, le style d'adaptation, les attentes et le style d'attachement. Aucune mention de caractéristiques cognitives ou développementales des patients n'est faite. Voyons maintenant la contribution des travaux de Castonguay et Beutler (2006a, b) à l'avancement de cette période de compréhension de l'efficacité de la psychothérapie.

#### 1.4.2 Principes de changements basés empiriquement (EBPC)

Dès leur préface, les auteurs de « Principes de changement thérapeutique qui fonctionnent » (EBPC) (Castonguay et Beutler, 2006) soulignent que leur objectif est de répondre à deux questions : (1) Qu'est-ce que l'on sait de la nature des variables participants, relation et technique qui produisent des effets positifs à travers les différentes approches théoriques? (2) Comment ces variables associées aux participants, à la relation et au traitement interagissent-elles pour favoriser le changement?

Il s'agit pour eux d'extraire des principes généraux qui gouvernent la sélection et l'application de facteurs thérapeutiques et qui peuvent être appliqués à partir de différentes modalités thérapeutiques. Ces principes sont des énoncés qui identifient entre autres les caractéristiques du patient qui conduisent à des changements en psychothérapie.

Comme pour Norcross (2002), ces caractéristiques du patient incluent aussi le niveau de résistance, les préférences, la spiritualité, le stade de changement, le style d'adaptation, les attentes et le style d'attachement. Castonguay et Beutler (2006) y ajoutent le genre, l'ethnie, les difficultés de fonctionnement, les troubles de personnalité, les styles anaclitique et introjecté, et les plans d'assimilation d'expériences problématiques. Encore une fois aucune mention de caractéristiques cognitives ou développementales.

Ainsi ni les travaux sur les traitements supportés empiriquement (EST) (Nathan et Gorman, 1998; 2002; 2007) ni ceux sur les relations thérapeutiques supportées empiriquement (ESR) (Norcross, 2002) ou sur les principes de changement thérapeutique basés empiriquement (EBPC) (Castonguay et Beutler, 2006) ne font mention explicitement de caractéristiques du patient basées sur des considérations développementales comme celles du développement cognitif et épistémologique du patient.

On verra dans la prochaine section que ce ne sont que les travaux du comité présidentiel de l'APA (2006) sur les pratiques psychologiques basées sur les évidences (EBPP) qui, réconciliant et intégrant les travaux des comités antérieurs, recommandent la prise en considération adéquate des caractéristiques développementales du patient comme pertinentes (aux résultats thérapeutiques).

## 1.5 Pratiques psychologiques basées sur les évidences (EBPP)

### 1.5.1 Définition

Le comité présidentiel de l'APA (2006) sur les pratiques psychologiques basées sur les évidences (EBPP) définit ces pratiques comme étant « l'intégration de la meilleure recherche disponible avec l'expertise clinique dans le contexte des caractéristiques du patient, de sa culture et de ses préférences ». Cette approche réconcilie et intègre les

travaux des comités antérieurs. La recherche, l'expertise clinique et les caractéristiques du patient sont donc toutes considérées comme pertinentes aux résultats thérapeutiques.

Sur le plan de l'expertise clinique, la compréhension des influences des différences individuelles sur le traitement fait partie des compétences qui contribuent aux résultats thérapeutiques positifs. Cette expertise nécessite la considération du contexte individuel du patient incluant son âge et son développement et permet au thérapeute d'adapter les interventions en respectant la vision du monde du patient et ses capacités.

Sur le plan des caractéristiques du patient, le comité sur les EBPP reconnaît que les travaux de la division 12 (Psychologie clinique) offrent un guide des traitements supportés empiriquement (EST), mais que les traitements seront probablement plus efficaces lorsque les problèmes spécifiques du patient, ses forces, sa personnalité, ses préférences et son contexte sont pris en considération comme l'ont souligné les travaux de la division 29 (Psychothérapie) qui offrent un guide des relations psychothérapeutiques efficaces (ESRs).

La longue histoire de la psychologie du développement dans son étude des différences individuelles et des changements développementaux la place dans une position privilégiée pour identifier des façons efficaces d'intégrer la recherche et l'expertise clinique avec une compréhension essentielle des caractéristiques du patient (EBPP).

### 1.5.2 Les pratiques psychologiques basées sur les évidences (EBPP)

Plusieurs questions encadrent les débats sur le rôle des caractéristiques du patient dans les EBPP. Deux ont un lien pertinent avec la présente étude : celle de « savoir dans quelle mesure ces caractéristiques du patient viennent modérer les effets

d'interventions empiriquement étudiées » et celle de « la maximisation de la prise en considération adéquate des aspects développementaux des patients » (APA, 2006).

Certaines variables patients influencent les résultats des traitements et les caractéristiques du patient sont essentielles pour former une relation thérapeutique et appliquer des interventions efficaces. Ces caractéristiques incluent le statut développemental, l'histoire développementale, les stades de vie et de développement.

Les pratiques basées sur les évidences considèrent alors « la recherche sur les processus développementaux cognitifs comme essentielle à une meilleure compréhension de la psychopathologie à l'âge adulte et à son traitement » (APA, 2006, page 279).

Dans le chapitre qui suit, nous allons présenter du point de vue de la psychologie du développement une caractéristique des clients qui représente une variable jusqu'à présent plutôt négligée dans la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie. Il s'agit de l'utilisation prédominante d'un niveau de développement de la pensée chez un client et qui pourrait avoir un lien avec l'efficacité de certains traitements.

## CHAPITRE II PENSÉE POST-FORMELLE / ÉPISTÉMOLOGIE PERSONNELLE

Plusieurs modèles ont été développés pour témoigner de l'existence de différents modes de pensées cognitives chez l'adulte qu'on peut diviser selon qu'ils traitent de la pensée post-formelle ou de l'épistémologie personnelle.

Le concept de pensée post-formelle a pris naissance dans la tradition piagétienne du développement cognitif, signifiant littéralement la phase après la pensée formelle. Il représente une remise en question de l'idée que la pensée formelle de l'adolescent constitue l'étape finale du développement cognitif.

À l'origine, l'épistémologie personnelle était conçue comme un processus développemental. Ce courant, toujours bien d'actualité, a été initié par les travaux de Perry dans les années cinquante, puis poursuivi notamment par les travaux de Kitchener et King (1981) et de Kuhn (1991).

Hoffer (2004) définit maintenant l'épistémologie personnelle comme un champ de recherche qui s'intéresse aux croyances et aux théories qu'un individu développe à propos de la nature du savoir et de son acquisition. Quatre dimensions de base sont identifiées : les degrés de *certitude* et de *complexité* des connaissances et leurs *sources* et *justifications*.

### 2.1 Liens avec d'autres grands courants théoriques actuels

Ici, pour bien situer les études relatives à la pensée post-formelle et à l'épistémologie personnelle, nous pouvons mentionner les liens qu'elles entretiennent entre elles et avec celles d'autres grands courants théoriques actuels en psychologie développementale, dont ceux de la métacognition, des théories de l'esprit et de la sagesse.

Mentionnons d'abord une étude de Yan & Arlin (1995) qui observe une caractéristique commune et unificatrice des modèles de la pensée post-formelle d'Arlin (1975), de Basseches (1980), de Sinnot (1981) et de celui de Kitchener et King (1981) associés également au développement de l'épistémologie personnelle. Il s'agit d'une pensée non absolue/relativiste consistant en des opérations sur de multiples cadres de référence concernant des problèmes moins bien définis. Cette étude confirme donc des liens étroits entre des modèles majeurs de la pensée post-formelle et de l'épistémologie personnelle.

La métacognition est impliquée dans différents modèles d'épistémologie personnelle (Bendixen et Rule, 2004). À ce propos mentionnons Kitchener et King (1981) qui dans leur modèle du développement de l'épistémologie personnelle ont situé celle-ci dans le champ de la métacognition.

La nature du savoir et de son acquisition sont deux sujets majeurs d'intérêt pour les théories de l'esprit et celles de l'épistémologie personnelle: chez l'enfant pour les premières et principalement chez l'adolescent et le jeune adulte pour les deuxièmes.

Selon Flavell (2004), les recherches portant sur la métacognition et sur les théories de l'esprit partagent le même objectif général à savoir l'investigation chez l'enfant du développement du savoir et de la cognition des phénomènes mentaux et plusieurs chercheurs considèrent les termes de théories de l'esprit et de métacognition comme des façons alternatives de désigner le même ensemble de phénomènes cognitifs.

Finalement, le lien entre la pensée post-formelle et la sagesse a été souligné par plusieurs chercheurs, deux des plus importants dans le domaine de la sagesse (Baltes and Staudinger, 2000), considèrent la pensée post-formelle comme une sous-composante de la sagesse. Leurs collègues (Kunzmann et Stange, 2006) soulignent aussi ce lien en considérant la sagesse comme un stade de développement cognitif post-formel.

Lyster (1996) a aussi observé un lien entre le modèle de la pensée post-formelle dialectique de Kramer (1983a, b) et la sagesse.

## 2.2 Éléments communs des différents modèles de la pensée post-formelle

Le modèle de la pensée post-formelle dialectique de Kramer (1983a, b) que nous avons retenu pour notre étude nous semble permettre de relier entre eux les modèles non piagétiens fondés sur l'épistémologie personnelle et les modèles de la pensée post-formelle plus directement reliés à la pensée structuraliste de Piaget.

En effet, qu'il s'agisse des modèles de l'épistémologie personnelle ou de la pensée post-formelle, tous ont en commun la description, explicite ou implicite, et sous différentes terminologies, d'une progression développementale de trois niveaux de pensée à l'âge adulte similaire à celle suggérée par Kramer.

Ainsi Kramer (1983a,b) associe la pensée formelle de l'adolescent à une forme de pensée *absolutiste* ne permettant pas l'intégration de multiples systèmes de savoir de nature subjective et contextuelle et souvent incompatibles. Elle propose alors comme éléments communs des différents modèles de la pensée post-formelle la reconnaissance de la nature *non absolue/relative* du savoir, l'acceptation des contradictions et leur intégration *dialectique* dans des systèmes plus inclusifs.

Dans leur modèle de la pensée post-formelle, Yan et Arlin (1995) proposent aussi une *pensée non absolue/relativiste* comme une caractéristique commune et unificatrice des différents modèles de cette pensée. Ils définissent cette pensée comme consistant en des *opérations sur de multiples cadres de référence* concernant des problèmes moins bien définis et considèrent que le stade de pensée implique nécessairement de telles opérations.

Récemment, Arlin (2011) considère que sa conception de la pensée post-formelle non absolue/relativiste inclut la pensée dialectique comme une de ses formes de raisonnement qui implique la coordination de cadres de références contradictoires.

À l'instar de Kramer, Marchand (2001, page 1-3) confirme que « la majorité des modèles sont fondés sur une épistémologie relativiste et dialectique et ont en commun l'idée que la caractéristique distinctive de la pensée adulte est l'acceptation et l'intégration de diverses et parfois incompatibles vérités qui dépendent énormément du contexte et de la façon dont l'individu les perçoit, sans avoir, comme l'adolescent l'a souvent, le besoin de chercher et de trouver une seule vérité ».

Plus tard, Kallio (2011, p.793) fait remarquer que « une des failles de la majorité des descriptions de la pensée post-formelle est l'utilisation de concepts philosophiques comme ceux de relativisme et de dialectique dans leur nomenclature psychologique qui amène une certaine confusion sur la signification précise donnée à ces termes ».

Elle ajoute que « la seule exception est possiblement le modèle de Kramer (1983a,b) qui inclut une analyse théorique des présomptions philosophiques relativistes et dialectiques des différents modèles de la pensée » (Une autre exception étant le modèle de Basseches (2005) concernant la pensée dialectique) .

Nous considérons que c'est Kramer (1983a,b) qui, à partir de cette analyse des présomptions philosophiques communes aux différents modèles, a élaboré l'opérationnalisation la plus riche, complète et valable des trois niveaux de pensée observés dans la majorité des différents modèles de développement cognitif à l'âge adulte qui traitent de l'épistémologie personnelle ou de la pensée post-formelle.



J'ai choisi le modèle de Kramer parce que bien qu'il existe d'autres modèles de la pensée post-formelle, ceux-ci ne me permettent pas de répondre à mes questions de recherche de façon aussi judicieuse que ne le fait celui de Kramer.

Dans la section qui suit, nous présentons le modèle du développement de la pensée post-formelle de Kramer (1983a,b) que nous avons retenue pour notre étude. En complément d'information à l'exposé principal, le lecteur pourra trouver à la fin du document une présentation abrégée des différents modèles de la pensée post-formelle et de l'épistémologie personnelle pour consultation éventuelle (Voir Annexe A).

### 2.3 Pensée post-formelle dialectique (Kramer, 1983 a, b)

Dans son modèle, Kramer (1983a,b) considère qu'une façon efficace de voir les différences structurales entre les pensées formelle et post-formelle est d'analyser leurs présomptions philosophiques sous-jacentes puisque ces pensées pourraient bien refléter différentes visions du monde.

Pour ainsi définir et opérationnaliser les pensées formelles et post-formelle, Kramer utilise les analyses du philosophe Steven C. Pepper (1942) des différentes « Visions du monde ». Ces analyses sont basées sur une revue historique des concepts philosophiques incluant à la fois ceux de relativisme et de dialectique et elles devraient donc offrir des bases solides pour définir bien clairement ces construits.

Dans ses analyses, Pepper (1942) propose quatre visions ou hypothèses sur le monde qu'il considère comme adéquates : les visions formiste, mécaniste, contextualiste et organismique. Pour caractériser les pensées formelle et post-formelle, Kramer (1983a,b) se sert des distinctions entre les visions analytiques (formiste/mécaniste) et les visions synthétiques (contextualiste/organismique).

### 2.3.1 Pensée formelle, post-formelle et visions du monde

Kramer (1983a,b) associe alors les visions analytiques (formiste/mécaniste) à la pensée formelle, car elles partagent avec celle-ci les présomptions 1) d'indépendance des variables, 2) de stabilité sous-jacente à la réalité et 3) de réduction des faits en leurs éléments de base sans intégration dans un tout cohérent.

De façon similaire, elle associe les visions synthétiques (contextualiste/organismique) à la pensée post-formelle, car elles partagent avec cette dernière les présomptions 1) d'interdépendance des variables, 2) de changement comme base de la réalité et 3) de complexité contextuelle des faits où l'ensemble donne une signification aux parties.

La vision contextualiste est alors associée au relativisme où l'accent est mis sur le changement et la nouveauté : dépendamment du contexte, il y a plusieurs façons possibles d'interpréter un même événement, il n'y a pas d'absolu et chaque système est considéré valide en soi. N'étant pas de nature téléologique, n'évoluant pas nécessairement vers une fin implicite, la pensée relativiste offre un bon véhicule pour les aspects divergents de la pensée post-formelle.

La vision organismique est associée à la pensée dialectique et offre un cadre de référence adéquat pour comprendre le niveau des synthèses dialectiques de cette pensée: à travers la synthèse d'idées apparemment contradictoires, une organisation des connaissances d'origine contextuelle est réalisée. La pensée dialectique étant de nature téléologique, progressant vers une fin implicite, elle offre un véhicule adéquat pour les aspects convergents de la pensée post-formelle.

### 2.3.2 Séquence des trois niveaux

Kramer (1983a,b) propose que les présomptions associées à la vision du monde qu'un individu adopte suivent une progression développementale où, de façon générale, les

jeunes adolescents utilisent davantage des modes de pensée absolutistes, les jeunes adultes davantage des modes relativistes et les adultes d'âge moyen et plus avancé davantage des modes de pensée dialectiques.

À partir des présomptions sous-jacentes aux différentes visions du monde, les niveaux de pensée absolutiste, relativiste et dialectique sont opérationnalisés en termes de sous-catégories.

#### Niveau 1 : ABSOLUTISME

La pensée absolutiste est décrite en termes de six sous-catégories correspondant chacune à une caractéristique des individus opérant à ce niveau. Une personne pensant de façon absolutiste met l'accent sur 1) l'appartenance des individus ou événements à une catégorie précise et inchangeable, 2) la stabilité et l'immutabilité de la réalité et des gens, 3) une causalité linéaire unidirectionnelle, 4) un individu passif, 5) des principes et règles absolues applicables en toutes situations et 6) des solutions unilatérales ne considérant qu'un seul des aspects pouvant constituer un problème.

#### Niveau 2 : RELATIVISME

La pensée au niveau relativiste est opérationnalisée en termes de quatre sous-catégories : la personne met alors l'accent sur 1) l'unicité et l'imprévisibilité des gens et des événements, 2) le changement comme fondement de la réalité, 3) le contextualisme (le contexte ou cadre de référence va influencer ce qui sera connu) et 4) le pragmatisme (ce qui est vrai et juste est ce qui fonctionne).

Tout savoir est subjectif et en changement constant à l'intérieur des différents contextes. Les contradictions sont alors considérées comme inhérentes et irréconciliables et il est donc difficile de prendre des décisions et des engagements.

### Niveau 3 : DIALECTIQUE

La pensée dialectique représente une intégration des visions absolutiste et relativiste pour arriver à trouver une certaine continuité dans le changement et à prendre des engagements dans la multiplicité. Elle offre un ordre et une direction aux changements et considère les contradictions comme apparentes, plutôt que réelles, et comme le moteur de la croissance à travers une résolution intégrative.

Cette pensée dialectique est décrite en termes : 1) de *transformation par le mouvement* : un processus organique où individus et événements évoluent à travers une série de transitions, 2) *d'intégration dans un tout organique* : dans ces transitions chaque élément est mis en relation avec les autres et intégré dans un ensemble inclusif qui explique ces relations et leur donne un sens et 3) *de réciprocité des relations entre les éléments* : un changement dans un élément affecte chacun des autres et sera, à son tour affecté par n'importe lequel de ces derniers.

Dans la section qui suit, nous présentons une série d'études visant à valider la séquence développementale proposée par Kramer et portant sur l'utilisation relative des trois niveaux de pensée décrits précédemment.

#### 2.3.3 Validation de la séquence développementale

Kramer et Woodruff (1986) effectuent une première étude pour valider la séquence développementale proposée antérieurement (Kramer, 1983a,b). Elles évaluent l'utilisation relative des pensées absolutiste, relativiste et dialectique chez trois groupes d'adultes de différentes tranches d'âges : 20 jeunes (17-25 ans), 20 d'âge moyen (40-45 ans) et 20 d'âge avancé (60-75 ans).

Les auteurs observent que les adultes d'âge avancé (60-75 ans) démontrent une plus grande utilisation des pensées relativiste et dialectique que les jeunes (17-25) et que les adultes d'âge moyen (40-45). Les analyses montrent que le relativisme se révèle

nécessaire, mais non suffisant pour les opérations formelles alors que ces dernières sont nécessaires, mais non suffisantes pour la pensée dialectique. La pensée dialectique semble donc supérieure à la pensée relativiste et lui succéder.

Ainsi les « résultats supportent l'hypothèse que les pensées relativiste et dialectique peuvent se développer jusqu'à un âge plus avancé et que la pensée dialectique est post-formelle opérationnelle, mais que la pensée relativiste ne l'est pas» (Kramer et Woodroof, 1986, p. 280)

Par la suite, Kramer et Melchior (1990) confirment une progression similaire de la pensée adulte vers le relativisme et la dialectique chez 3 groupes d'étudiants (N=121) : les participants du groupe des plus âgés (21-23 ans) démontrent de façon significative une plus grande utilisation des pensées relativistes et dialectiques que ceux des groupes plus jeunes (14-15 ans ; 18-19 ans).

Finalement, l'année suivante, Haviland et Kramer (1991) décrivent même l'émergence d'une pensée dialectique dans leur analyse du journal de vie d'une jeune adolescente juive, Anna Frank qui fuyait alors la persécution nazie : la période des analyses s'étend de 1942 à 1944, de son 13<sup>e</sup> à son 15<sup>e</sup> anniversaire.

Les auteurs observent que des périodes d'émotions intenses (durant plusieurs jours) précèdent des développements majeurs au niveau cognitif allant d'une absence de raisonnement abstrait, à des raisonnements absolutistes, relativistes et finalement à des raisonnements dialectiques émergents.

#### 2.3.4 Inventaire des croyances sociales paradigmatiques (SPBI)

Dans le but d'évaluer plus rapidement et plus simplement l'utilisation des niveaux de pensée proposés, Kramer, Kahlbaugh et Goldston (1992) élaborent un inventaire papier-crayon des croyances paradigmatiques absolutistes, relativistes et dialectiques.

Basé sur les évaluations de nombreux participants (N=445) d'âges variées (17 à 77 ans), l'inventaire démontre que les croyances relativistes identifiées sont à leur maximum chez les jeunes étudiants universitaires alors que les croyances dialectiques sont à leur minimum, mais que leurs fréquences augmentent avec l'âge jusqu'à un âge avancé.

Les résultats montrent donc que le relativisme est le niveau de pensée prédominant chez les adolescents et les jeunes adultes et que par la suite c'est le raisonnement dialectique qui supplante le relativisme pour le moins avec des échantillons de gens bien éduqués.

Les auteurs suggèrent alors que le développement de la pensée dialectique au début de l'âge adulte peut refléter la nécessité d'assumer les responsabilités adultes et de prendre des engagements. Pour ce faire, la personne doit transcender le relativisme extrême et développer un cadre inclusif pouvant intégrer les contradictions.

#### *Croyances sociales paradigmatiques et interprétation de textes*

Kramer et Kahlbaugh (1994) explorent l'utilisation des pensées absolutiste et dialectique dans l'évaluation subjective de deux essais sur les cycles de la vie ; un de nature dialectique (insistant sur le changement via l'intégration des contradictions et des conflits), l'autre de nature absolutiste (accent sur la stabilité, le déterminisme et l'élimination des contradictions).

Vingt jeunes adultes (18-22 ans) et vingt adultes *d'âges avancés (62-70 ans)* ont lu les deux textes, donné leurs interprétations et passé l'inventaire des croyances paradigmatiques : les jeunes adultes adhèrent davantage aux croyances absolutistes alors que les plus âgés adhèrent *d'avantage aux croyances dialectiques*.

#### *Croyances sociales paradigmatiques et sagesse*

Utilisant aussi l'inventaire des croyances sociales paradigmatiques dans une dissertation ambitieuse sur le développement de la sagesse, Lyster (1996) de l'université Concordia à Montréal vient confirmer une utilisation plus grande de la pensée dialectique et moindre de la pensée absolutiste chez les sages désignés dans son étude.

#### *Croyances sociales paradigmatiques et créativité*

En appui à la conceptualisation de la pensée post-formelle proposée par Kramer, on peut mentionner que récemment des chercheurs de Taiwan (Yang, Wan et Chiou, 2010) et du Québec (Blouin et McKelvie, 2012) s'intéressent aux liens entre la pensée post-formelle et la créativité.

Yang, Wan et Chiou (2010) s'intéressent à la relation entre la pensée dialectique et la créativité chez 454 étudiants jeunes et d'âge moyen (23-40 ans) : la pensée dialectique est corrélée positivement avec les performances créatives alors que la pensée formelle leur est corrélée négativement. Les auteurs suggèrent que le développement de la pensée dialectique au début de l'âge adulte pourrait représenter une condition nécessaire, mais non suffisante pour l'émergence de la créativité.

Blouin et McKelvie (2012) démontrent que chez de jeunes étudiants (N=87; 18-23ans), non seulement la créativité, mais aussi l'identification et l'appréciation subjective des métaphores et des ironies sont prédites positivement par la pensée post-formelle et négativement par la pensée formelle.

### *Niveaux de pensée, psychopathologie et efficacité thérapeutique*

C'est à partir des descriptions des 3 niveaux de pensée dans le modèle de Kramer (1983a, b) que nous avons élaboré les critères d'évaluation de l'utilisation de ces niveaux de pensée dans le cadre d'une thérapie centrée sur les émotions pour trouble dépressif.

Bien qu'en psychopathologie une pensée dichotomique puisse être considérée comme un symptôme dans plusieurs troubles mentaux, les niveaux de pensée présentés dans notre étude sont issus de la recherche sur le développement cognitif normal non pathologique et sont donc considérés plutôt comme plus ou moins matures ou adaptatifs selon les stades et circonstances de vie des individus.

L'aspect absolutiste de la pensée formelle fait donc quand même partie du développement cognitif normal caractérisant l'adolescence, mais pourrait être considéré comme immature à l'âge adulte s'il est utilisé de façon exclusive sans le recours aux modes de pensée plus matures, relativiste et intégratif, lorsque nécessaire (Kramer et Bopp, 1989).

Dans le chapitre qui suit, nous présentons une des rares études (Rakfeldt, Rybash et Rodin, 1996) qui établit certains liens entre l'efficacité possible de la psychothérapie pour des patients qui ont ces types particuliers de pensée et qui souffrent de différents troubles psychologiques.



## CHAPITRE III ASPECTS EMPIRIQUES

Dans ce chapitre, nous présentons les aspects empiriques de notre essai : dans la première section une étude sur la pensée post-formelle et le succès thérapeutique, les études de cas utilisées en thérapie centrée sur les émotions ainsi que les buts et questions de notre recherche. Suivront les sections deux sur la méthodologie, trois sur les procédures et quatre sur les résultats.

### 3.1 Pensée post-formelle, succès thérapeutique, études de cas et questions

#### 3.1.1 Pensée post-formelle et succès thérapeutique

Dans une des rares études sur les implications cliniques de l'utilisation par le client de différents styles cognitifs en psychothérapie, Rakfeldt, Rybaseth et Roodin (1996) s'intéresse à la relation entre la pensée post-formelle et la capacité à bénéficier d'une psychothérapie.

Plus spécifiquement, ils analysent les relations entre l'utilisation d'un mécanisme d'adaptation affirmatif (Lazarus et Folkman, 1984), d'un style cognitif (Kramer, 1983a,b ; Labouvie-Vief, Hakim-Larson et Hobart, 1987) et les résultats d'une psychothérapie chez 35 patients en première hospitalisation et souffrants de troubles dépressifs (17), anxieux (2), alimentaires (4), d'adaptations (4), de personnalités (2), schizophréniques (4) ou psychotiques (2).

Les caractéristiques identifiées de la pensée post-formelle sont (a) la compréhension de la nature non absolue du savoir, (b) l'acceptation des contradictions, (c) la capacité de synthétiser les pensées, les sentiments et les expériences dans des ensembles plus inclusifs, (d) l'adoption d'une perspective de systèmes ouverts concernant les réalités

physiques et sociales et (e) la capacité à résoudre tant les problèmes bien définis que ceux moins bien définis.

Leurs résultats montrent que les patients utilisant des mécanismes de défense affirmatifs et manifestant une orientation post-formelle avaient une meilleure compréhension d'eux-mêmes, de leurs situations, de leurs difficultés et de leurs relations interpersonnelles et jouaient un rôle plus actif dans le processus thérapeutique. Les patients ne manifestant pas une telle pensée bénéficiaient moins de la thérapie ; ils croyaient que c'était le devoir des figures d'autorité de découvrir la vraie nature de leurs problèmes et de les régler, ils adoptaient une position plutôt passive.

Rakfeldt et al. (1996) analysent plus en détail les réponses de 2 patientes ayant des systèmes de significations différents : dualiste dans le premier cas, relativiste et dialectique dans le deuxième. Dans le premier cas, la patiente se voit comme un objet passif influencé par les éléments extérieurs, s'attend à ce que les autres l'aident et dépend d'eux pour s'attribuer une identité propre plus autonome; elle pense de façon dichotomique (ex. : soit elle est malade soit elle est en santé).

Dans l'autre cas, la patiente est davantage autoréflexive, plus relativiste : elle n'a pas besoin d'être parfaite pour ne pas dépendre des autres et pour s'attribuer une identité plus proactive; elle n'est pas certaine d'avoir surmonté ses difficultés, s'inquiète de façon réaliste de son retour au travail et développe alors une stratégie pour y réussir. Elle montre les caractéristiques d'une perspective dialectique : la capacité à tolérer une période de transition et à devenir un agent actif voyant le besoin de changer (Basseches, 1980).

Rakfeldt et al. (1996) concluent qu'un style d'adaptation affirmatif et une orientation cognitive post-formelle peuvent être des marqueurs de succès thérapeutiques, car ils

permettent aux patients de bien apprécier et de mieux comprendre la complexité et les paradoxes constituant leurs difficultés ainsi que les choix et les options offerts par la thérapie et donc de jouer un rôle plus actif dans le processus thérapeutique.

Ils proposent que les aspects méta réflexifs, relativistes et dialectiques de l'adaptation affirmative et de la pensée post-formelle aident les individus à surmonter leurs difficultés plus aisément et que ce soient ces éléments de la pensée mature qui peuvent avoir une fonction autorégulatrice (Labouvie-Vief, 1980).

### 3.1.2 Études de cas en thérapie centrée sur les émotions

Pour vérifier la pertinence des résultats et des conclusions de l'étude de Rakfelt (1996) sur les liens entre la pensée post-formelle dialectique et le succès thérapeutique, nous nous proposons d'explorer les mêmes liens à travers six études de cas dans une thérapie centrée sur les émotions (TCE) dans des cas de dépression majeure (Watson, Goldman et Greenberg, 2007).

Avant de formuler les buts et hypothèses de notre recherche, nous allons d'abord présenter les caractéristiques de cette forme de thérapie et les éléments de validation empirique dont elle fait preuve. Nous présentons ensuite des facteurs d'efficacité thérapeutique en lien avec elle et qui ont été identifiés par des chercheurs s'intéressant à certaines questions plus précises autres que celles de l'efficacité générale et différentielle abordées au premier chapitre.

#### 3.1.2.1 Caractéristiques de la TCE dans des cas de dépression

De façon générale, toutes les thérapies sont basées sur des présomptions philosophiques, particulièrement des présomptions épistémologiques, à savoir comment les gens en viennent à « connaître » quelque chose. La TCE est basée spécifiquement sur une épistémologie constructiviste dialectique (Elliott, Watson,

Goldman, & Greenberg, 2004) où la source du savoir et du développement se trouve dans les interactions continues entre l'individu et son environnement et où le mécanisme de changement est la pensée dialectique.

C'est ainsi que dans cette forme de thérapie une grande partie du travail thérapeutique du client implique une variété de processus dialectiques internes (Elliot et Greenberg, 1997) qui vont nécessiter d'abord une séparation claire des aspects conflictuels du client puis un rapprochement plus tolérant ou sympathique entre eux, une forme de pensée intégrative dialectique.

Plus précisément, la thérapie centrée sur les émotions (TCE) dans les cas de dépression est un traitement humaniste empiriquement validé qui considère l'importance centrale d'une saine régulation émotionnelle et d'un fonctionnement interpersonnel adapté dans la construction et l'expérience du soi.

Elle associe à la fois le fait de suivre et celui de guider le processus expérientiel des clients et met l'accent sur l'importance des compétences autant en matière de relation qu'en matière d'intervention : une combinaison des attitudes Rogériennes et des techniques de la Gestalt-thérapie.

Cette forme de thérapie vise à aider les clients à ajuster leur fonctionnement affectif en les aidant à traiter leur expérience émotionnelle de façon à ce qu'ils soient en mesure d'avoir accès à des réponses émotionnelles mieux adaptées à différentes situations comme par exemple d'assumer leur colère face aux abus ou leur tristesse face aux pertes.

L'objectif est donc d'avoir accès aux schèmes émotionnels habituellement à la source de leurs difficultés et de les transformer. Les réponses émotionnelles adaptées aident alors les clients à varier leurs réactions affectives et à combattre les sentiments

inadaptés d'impuissance, de désespoir, de mépris de soi ainsi que ceux sous-jacents de peur, de colère, de honte ou de tristesse. Ce processus de changer une émotion par une autre émotion est facilité par l'utilisation de techniques thérapeutiques spécifiques qui vise l'éveil émotionnel et son traitement.

Ainsi dans les premières rencontres, le thérapeute offre au client une relation centrée sur la personne en adoptant une attitude empathique, de regard positif et de congruence : puis quand une bonne alliance de travail est établie, il relève les indications de difficultés du traitement émotionnel et propose alors des interventions appropriées. En général, ces interventions impliquent l'identification d'aspects conflictuels de soi ou de situations inachevées chez le client conduisant idéalement à une négociation et éventuellement à une intégration dialectique de ces aspects opposés.

### 3.1.2.2 Éléments de validation de la TCE

Ici, on peut mentionner qu'en ce qui concerne spécifiquement l'efficacité des thérapies pour la dépression, la TCE (Watson, Gordon et al, 2003) s'est démontrée comme aussi efficace que la thérapie cognitive-comportementale pour la réduction des symptômes dépressifs et même plus efficace pour la réduction des problèmes interpersonnels : elle fait maintenant partie de la liste des traitements empiriquement validés pour le traitement de la dépression.

De plus, deux études (Goldman, Greenberg, & Angus, 2006; Greenberg & Watson, 1998) ont démontré qu'ajouter des interventions centrées sur les émotions à une relation empathique centrée sur la personne conduisait à de meilleurs résultats et à un taux plus bas de rechutes qu'un traitement uniquement centré sur la personne.

Dans les deux études, les traitements démontraient une réduction des symptômes dépressifs des clients comparables à ceux observés dans les thérapies comportementales et cognitive-comportementales pour la dépression.

### 3.1.2.3 Facteurs d'efficacité thérapeutique en lien avec la TCE

Comme il a été mentionné au premier chapitre, une fois l'efficacité générale des psychothérapies établie et l'équivalence de leur efficacité respective fortement suggérée, les chercheurs se sont intéressés à d'autres questions plus précises et ont identifié plusieurs facteurs associés aux résultats d'efficacité dont certains ont un lien plus direct avec la TCE et notre étude.

Ainsi, notre étude portant sur le rôle des niveaux de développement cognitif des clients dans une TCE d'une durée de 16 à 20 rencontres visant des changements cliniquement significatifs et durables, on peut retenir parmi les facteurs associés aux résultats d'efficacité ceux du développement cognitif des clients, de la relation durée/effets des traitements et des améliorations significatives et durables.

Comme on l'a vu, la pertinence de prendre en considération les processus développementaux cognitifs comme variable client importante associée aux résultats d'efficacité n'a reçu une forme importante de validation qu'avec les recommandations du comité de l'APA (2006) au terme de la trajectoire en quatre périodes de la recherche sur l'efficacité des psychothérapies présentée plus tôt.

Cependant, parmi une liste de 34 variables clients potentiellement importantes en psychothérapie, Beutler (1991) mentionnait déjà le style cognitif, la complexité cognitive et le niveau développemental. Comme variables thérapeute, il mentionnait la maturité et la complexité cognitive. Selon Cooper (2008), de façon générale, le mauvais ou le manque d'appariement des clients avec les thérapeutes sur de telles variables personnelles seraient associés à des effets négatifs.

En ce qui concerne la relation durée/effets des traitements, pour des clients (N=6072) qui présentent des troubles d'adaptation (4500), de dépression ou d'anxiété (1000), de

personnalité (361) et quelques troubles plus sévères, Lambert, Hansen et Finch (2001) observent que 50 % ont besoin de 21 séances pour atteindre des changements cliniquement significatifs et donc revenir à un fonctionnement normal.

Pour ce qui est des améliorations durables, comme le mentionne Lambert (2013), entre 1992 et 1998, plusieurs méta-analyses ont confirmé le maintien des gains observés pour une grande variété de troubles lors de visites de contrôle à l'intérieur d'un an suivant la fin des traitements.

Finalement, en lien plus direct avec notre étude et cette question des améliorations durables, mentionnons une observation de Hirdi, Craighead et Evans (1997) qui s'intéressent aux caractéristiques individuelles des clients dans les cas de rémission du trouble dépressif et suggèrent que le type de pensée du client peut être une variable qui joue un rôle important dans le maintien ou l'acquisition de bénéfices.

Il s'agit ici de l'observation principale de cette recherche où Hirdi et al. évaluent les effets des pensées dysfonctionnelles et des troubles de personnalité sur le risque de rechute : une fois les effets des mesures cognitives considérées, les individus n'ayant pas de troubles de personnalité ont une période de rémission environ 7,4 fois plus longue que ceux qui remplissent les critères du DSM-III-R pour au moins un trouble de l'Axe II.

En conclusion, les caractéristiques de la TCE pour dépression, les éléments de validation dont elle fait preuve et sa prise en considération de nombreux facteurs identifiés comme associés aux résultats d'efficacité font de cette forme de thérapie un choix très pertinent pour vérifier les hypothèses de notre étude que nous présentons dans la prochaine section.

### 3.1.3 Buts et questions de la recherche

À la lumière de la littérature théorique et empirique présentée précédemment, la présente recherche se propose d'explorer, à partir du point de vue de la psychologie développementale (plus précisément des théories Néo-Piagétienne des stades du développement cognitif à l'âge adulte), l'effet potentiellement modérateur d'une variable client dans les effets d'une thérapie centrée sur les émotions supportée empiriquement pour le traitement de la dépression : le niveau de développement cognitif du client.

Nous croyons que ce niveau de développement cognitif est une caractéristique du client importante à considérer en psychothérapie et que l'utilisation prédominante de la pensée lui étant associée est un facteur déterminant dans son efficacité. Notre question principale est de savoir si le niveau de développement cognitif du client aura un effet significatif sur l'efficacité de traitements centrés sur les émotions pour la dépression.

Pour répondre à cette question, nous allons voir si (1) l'utilisation plus fréquente par le client d'une pensée dialectique, reflétant un niveau de développement cognitif plus avancé, est associée aux réussites des traitements alors que (2) l'utilisation plus fréquente d'une pensée absolutiste, caractéristique d'un niveau de développement cognitif moins avancé, sera associée à leurs échecs.

À cette question principale s'ajoute la question complémentaire à savoir si dès le début de ces thérapies nous avons déjà des patients différents quant à leurs capacités d'utilisation des pensées absolutiste et dialectique et s'ils le sont restés jusqu'à la fin.

Pour répondre à ces questions, dans une première analyse, nous verrons si aux débuts des thérapies l'utilisation de la pensée dialectique est associée aux thérapies réussies



alors que celle de la pensée absolutiste est associée aux thérapies échouées. Dans une deuxième analyse, nous verrons si à la fin des thérapies l'utilisation de la pensée dialectique est toujours associée aux thérapies réussies alors que celle de la pensée absolutiste est toujours associée aux thérapies échouées.

## 3.2 Méthode

### 3.2.1 Matériel

Dans notre recherche, six études de cas en psychothérapie centrée sur les émotions pour états dépressifs sont utilisées. Ces études de cas sont tirées du volume de Watson, Goldman et Greenberg (2007) où sont comparés trois traitements réussis à trois traitements échoués.

Cinq instruments de mesure de l'évolution des clients y sont utilisés principalement. Le critère de réussite ou d'échec des traitements est essentiellement l'évolution des scores des clients sur l'Inventaire de Dépression de Beck. Voyons d'abord les cinq instruments de mesure puis les six études de cas elles-mêmes.

#### 3.2.1.1 Les cinq instruments de mesure des études de cas

1. L'inventaire de dépression de Beck (BDI; Beck et al, 1961) se rapporte à différents aspects de la dépression incluant les affects, les cognitions, la motivation, les comportements et les symptômes somatiques. Les scores de 1 à 10 indiquent qu'il n'y a pas de dépression, de 10 à 15, une dépression légère et de 15 et plus une dépression sévère.
2. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1965) se rapporte à l'estime de soi.
3. La liste de contrôle des symptômes (SCL; Derogatis, 1983) mesure les degrés de détresse ressentie allant de 0 (pas du tout) à 5 (extrêmement).
4. L'inventaire des problèmes interpersonnels (IIP; Horowitz et al. 1988) évalue les degrés (0 à 4) de sévérité des problèmes dans les relations interpersonnelles.

5. L'échelle des attitudes dysfonctionnelles (DAS; Weissman et Beck, 1978). Un score moyen varie de 115 à 125; des scores plus élevés indiquent une tendance envers des attitudes « dépressives typiques » (Beck, Rush, Shaw et Emery, 1979).

### 3.2.1.2 Les six études de cas

#### Trois traitements réussis

David était dans la cinquantaine, avait complété des études universitaires de troisième cycle et obtenu un diplôme professionnel. Déprimé depuis l'âge de 10 ans, il avait identifié des difficultés dans sa carrière, ses relations interpersonnelles et son mariage. Il avait un diagnostic de trouble dépressif majeur, des difficultés avec son épouse, sa famille et sa belle-fille, une insatisfaction au travail et un score de 58 sur l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement. À la fin de sa thérapie, son score sur l'inventaire de dépression de Beck avait passé de 20 à 0. Son estime de soi avait augmenté et ses attitudes dysfonctionnelles diminuées.

Gayle, mariée, 37 ans, ayant complété 20 rencontres en thérapie, déplorait son incapacité à bien élever ses deux enfants, des conflits avec sa famille et un manque de support. Elle avait un diagnostic de trouble dépressif majeur, des traits de personnalité état-limite, dépendante et anxieuse, des difficultés avec son groupe de support, à se trouver un emploi et avait un score de 49 sur l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement. À la fin de sa thérapie, son score sur l'inventaire de dépression de Beck était passé de 33 à 0. Ses scores sur l'inventaire des problèmes interpersonnels et la liste des symptômes avaient diminué significativement.

Anna, mère monoparentale dans la trentaine, difficultés à maintenir sa maison en ordre, à s'occuper des enfants, très autocritique et exigeante envers elle-même, se sentait responsable de tout et avait de la difficulté à dire non. Elle avait un diagnostic de trouble dépressif majeur, des problèmes économiques ainsi que des problèmes avec son groupe de support et un score de 60 sur l'échelle d'évaluation globale du

fonctionnement. À la fin de la thérapie, son score sur l'inventaire de dépression de Beck était passé de 17 à 0. Elle avait rapporté moins de symptômes et peu de changements dans l'estime de soi, les attitudes dysfonctionnelles et les problèmes interpersonnels.

### Trois traitements échoués

Richard, 47 ans, s'occupe des besoins de ses proches : d'abord de sa mère âgée et veuve puis de sa femme malade. Il s'inquiète continuellement, a un diagnostic de trouble dépressif majeur; des traits de personnalité paranoïaque, évitante et obsessive-compulsive, une insatisfaction au travail et un score de 49 sur l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement. À la fin de sa thérapie, il se considère comme plus en détresse qu'à son début. Son score sur l'inventaire de dépression de Beck augmente de 24 à 34 et celui sur l'échelle des attitudes dysfonctionnelles de 154 à 185. Peu de changement dans l'estime de soi et de ses problèmes interpersonnels.

Sean, 40 ans, marié avec un fils, a complété 16 rencontres. Déprimé à l'adolescence, il attribue sa dépression actuelle à une faillite, il y a trois ans et a des difficultés au travail avec ses collègues. Il a un diagnostic de trouble dépressif majeur, des traits de personnalité dépressive et évitante, des problèmes avec son groupe de soutien et un score de 59 sur l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement indiquant des difficultés modérées au travail. À la fin de sa thérapie, il s'améliore, ne montre plus de symptômes dépressifs avec un score de 2 sur l'inventaire de dépression de Beck, mais 10 jours plus tard son score est de 17. Six mois plus tard, il fait une rechute et est sérieusement déprimé après 18 mois avec un score de 40.

Hilary, 63 ans, a honte de ne pas pourvoir aux besoins de ses trois filles, a perdu son emploi, il y a 10 ans, est divorcée après 20 ans de mariage et vit ensuite avec un nouveau compagnon. Elle a des conflits avec sa mère et a été déshéritée au décès de son père, il y a 13 ans; elle se sent rejetée. Elle a un diagnostic de trouble dépressif

majeur, des difficultés avec sa famille et un score de 62 sur l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement. À la fin du traitement, elle démontre peu d'amélioration avec un score passé de 15 à 13 sur l'inventaire de dépression de Beck : elle est toujours légèrement déprimée. Son estime de soi est restée faible du début à la fin.

### 3.2.2 Instrument de mesure de notre étude

Reposant sur les descriptions des trois niveaux de pensée présentées dans les différents modèles du développement de l'épistémologie personnelle et de la pensée post-formelle présentés dans l'annexe A et, plus particulièrement, à partir de celles offertes par Kramer (1983a,b) dans son modèle de la pensée post-formelle dialectique nous avons élaboré des critères d'évaluation de l'utilisation de ces niveaux de pensée : sept critères pour la pensée absolutiste, quatorze pour la pensée relativiste et six pour la pensée dialectique.

#### Sept critères de la pensée absolutiste

##### 1. Typologie et catégorie

Le client exprime des jugements catégoriques sur lui-même, une partie de lui ou sur une autre personne sans aucune nuance ou compréhension ; l'autre, lui ou une partie de lui est alors considéré comme appartenant à cette catégorie.

Exemples : Tu as toujours eu cette personnalité.

Je suis comme ça, ma mère aussi et rien ne va nous changer.

##### 2. Stabilité et immuabilité

Le client ne modifie pas sa position ou celle de l'autre (mère, père, ou souvent la partie critique de lui-même). Il maintient l'exactitude de ses positions et l'inexactitude de celles de l'autre, n'est pas ouvert aux changements, nuances ou adoucissements, est rigide et ne considère pas différentes opinions, contextes ou circonstances.

Exemples : Je ne comprends pas ton point de vue, je continue à penser que...

Il n'est pas question que je change d'idée, je ne suis pas d'accord...

### 3. Causalité linéaire unidirectionnelle

Le client fait des prédictions (si...alors...) souvent plutôt négatives et irrationnelles

Exemples : Si je fais cela, les choses vont empirer

Si je ne te protège pas, tu vas encore faire des bêtises

### 4. Individu passif

Le client est incapable de faire quelque chose, c'est au-dessus de son pouvoir, il se résigne et maintient cette conviction malgré les demandes ou arguments de l'autre.

Exemples : Je n'ai pas l'impression que je puis faire ou dire quoi que ce soit

Pourquoi faire ça, cela ne sert à rien...

### 5. Les principes absolus

Le client exprime des affirmations, des points de vue ou des généralisations extrêmes : tout ou rien, blanc ou noir, pas de nuances. Utilise des mots comme toujours, jamais, aucun, chacun, tous, totalement, complètement, absolument...

Exemples : Il a complètement tort...

Cela n'a aucune valeur.

### 6. Solutions unilatérales

Le client ne reconnaît pas ou ne considère pas d'autres perspectives/opinions. Il refuse d'écouter ou d'essayer de comprendre. Il veut qu'on le laisse seul, tranquille.

Exemples : C'est comme ça, c'est tout.

Sort de ma vie, va au diable. Je veux juste t'ignorer.

### 7. Attribution de la cause des conflits

Le client polarise les rôles dans ses relations intimes ou interpersonnelles à cause de sa croyance en des traits de personnalité fixes et non contradictoires.

Exemples : C'est à cause que mes parents étaient des irresponsables

C'est toi qui ne reconnais pas tes erreurs

## Quatorze critères de la pensée relativiste

### 1. Prise en considération de différentes perspectives.

Le client se met à la place de l'autre, exprime un point de vue différent du sien, en reconnaître la légitimité et la validité, sans le discréditer ni le rejeter et en considérant les différents contextes et circonstances.

Exemples : C'est correct, je comprends tu avais de la misère à cette époque  
Cela me fait quelque chose quand je l'écoute.

### 2. Prise en considération de l'incertitude.

Le client considère les aspects incertains, complexes et ambigus de la réalité.

Exemples : Je ne sais pas...je ne suis pas certain  
C'est intéressant, mais je me demande si c'est aussi simple...

### 3. Prise en considération du changement.

Le client prend en considération la possibilité de changer ou de modifier ses positions sans nécessairement s'engager.

Exemples : Je ne sais pas comment je vais pouvoir changer.  
Je suis ouvert à la possibilité, il faudrait voir comment le faire ....

### 4. Prise en considération de sa subjectivité et des différents besoins

Le client exprime son besoin de façon neutre, peu impérative ou émotionnelle, sans exiger une action de l'autre ni donner l'impression d'une résolution des conflits.

Exemples : J'ai besoin d'être libre...  
Il me semble que je comble tes besoins et que toi non...

### 5. Prise en considération de la nature imprévisible de la réalité

Le client souligne la nature incertaine et difficilement prévisible de la réalité.

Exemples : Je ne suis pas certain que les choses ne vont pas empirer.  
Il y a certaines choses que je ne peux pas prévoir...

#### 6. Prise en considération et tolérance des contraintes, incohérences et contradictions

Le client reconnaît et accepte certaines de ses limites.

Exemple : Ces deux parties de moi-même sont toujours en conflit

#### 7. Accepter de réévaluer ses positions et celles des autres

Le client est prêt à reconsidérer ses opinions ou intentions et celles des autres.

Exemple : Il veut juste être accepté et n'a pas de mauvaises intentions.

#### 8- Reconnaître sa contribution à une relation tendue ou conflictuelle

Le client peut reconnaître ses propres contributions à des relations tendues ou conflictuelles en prenant en considération différentes perspectives

Exemple : Tu n'es pas responsable de tout, moi aussi j'ai mes torts.

#### 9- Capacité à faire des nuances.

Le client nuance ses propos.

Exemples : On ne m'a jamais protégé quand j'étais jeune sauf mon oncle

J'ai toujours été comme cela, mais avant j'étais plus résilient...

#### 10- Difficultés d'intégration

Le client éprouve des difficultés à intégrer différentes perspectives et opinions complémentaires ou contradictoires, car il les considère comme irréconciliables.

Exemple : Tu n'es jamais d'accord avec moi et vois les choses différemment

#### 11- Difficultés à choisir et à s'engager

Le client ou une partie de lui-même a de la difficulté à choisir entre différentes possibilités, à s'engager et à proposer des solutions.

Exemple : C'est difficile, trop de possibilités, je n'arrive pas à me décider.

### 12- Difficultés à prévoir et à agir

Le client a des difficultés à prévoir et à planifier, ce qui peut conduire à une certaine immobilité ou incapacité à agir.

Exemple : Il peut arriver n'importe quoi, je ne sais pas quoi faire.

### 13- Expression d'un besoin et de l'impossibilité de le combler

Le client reconnaît un besoin excessif et son impuissance à le satisfaire.

Exemple : J'ai un besoin insatiable d'être réassuré continuellement.

### 14- Être convaincu d'un conflit irréconciliable en soi ou avec d'autres

Le client reconnaît éprouver des réactions émotionnelles contradictoires.

Exemple : D'un côté, cela me fait de la peine... de l'autre, je me sens mieux

## Six critères de la pensée dialectique

La pensée post-formelle dialectique peut être considérée comme une synthèse des modes de pensée absolutistes et relativistes (Bopp, 1989). Elle intègre les concepts absolutistes et relativistes de sorte à trouver une continuité dans le changement, à leur donner un ordre et une direction et donc à réaliser des engagements dans la multiplicité des alternatives (Kramer et Melchior, 1990).

Dans l'analyse des dialogues entre les thérapeutes et les clients, certaines affirmations de ces derniers peuvent donc sembler refléter plus qu'un niveau de pensée. La raison pour cela est qu'en fait les niveaux de pensée plus élevés incluent des éléments des niveaux inférieurs.

Par exemple, la synthèse dialectique manifeste souvent l'acceptation d'une contradiction ou d'une incertitude comme dans le relativisme, mais elle conduira à un



niveau supérieur en intégrant cette contradiction ou cette incertitude, en synthétisant en quelque sorte les éléments de celles-ci (Kramer, 1983b).

Dans les cas de perspectives conflictuelles, la pensée dialectique propose qu'une action soit nécessaire de la part de l'individu : un jugement plus inclusif conduisant à un choix, à une décision ou à une solution doit être fait en synthétisant les perspectives opposées.

En psychothérapie, cette opposition est souvent entre une évaluation et un besoin. Dans un premier temps, une évaluation peut être de nature plus absolutiste « *Je n'ai aucune valeur* » (la thèse); puis l'expression d'un besoin de nature plus relativiste/contextuelle « *J'ai besoin maintenant et ici d'être valorisé par toi* » (l'antithèse). Ce besoin met en mouvement un nouvel ensemble de sentiments, de pensées et d'actions dirigés vers un objectif et qui remettent en question ceux qui sont associés au mode de traitement « *Je n'ai aucune valeur* ».

La synthèse dialectique qui émerge coordonne les deux schèmes antérieurs, de sorte que le client arrive à se dire « *Je sens que je n'ai aucune valeur parce que j'ai été tellement maltraité, mais je mérite mieux. Je mérite que l'on s'occupe de moi* ».

La pensée dialectique permet des transformations chez les clients à travers différentes formes d'organisation du soi et par l'intégration et la réciprocité dialectique d'éléments du dialogue précédent : des transformations de son côté critique, de son côté déprimé ou de lui-même globalement.

Il faut retenir que les transformations chez les clients sont le résultat des intégrations dialectiques dans les échanges précédents qui conduisent à des résolutions partielles souvent graduelles, mais de plus en plus complètes de leurs conflits.

Ainsi malgré les multiples perspectives rigides de l'absolutisme et les difficultés à les intégrer de la pensée relativiste, la pensée dialectique favorise l'évolution de la vision de soi, de l'autre et du monde et permet au client de proposer des solutions intégratives conduisant à ces transformations.

Ainsi chacun des 6 critères suivants de la pensée dialectique est le plus souvent le fruit d'échanges dialectiques entre le thérapeute et le client au cours desquels des positions initiales absolutistes et relativistes alternent, sont éventuellement intégrées et conduisent alors à de telles transformations chez les clients.

**1 a) Prendre une décision :**

Souvent une affirmation qui représente une transformation positive d'un aspect du client compte tenu de sa position initiale et résultant du dialogue dialectique qui précède.

Malgré tout, je ne vais pas répliquer, car cela empirait la situation  
 J'ai décidé de le pardonner, car il n'avait pas de mauvaises intentions.  
 Je vais essayer de ne pas faire de jugements et laisser les choses se régler...

**b) Prendre un engagement :**

Je vais tenter de t'encourager même si au début je ne savais comment le faire.  
 Je vais te donner un peu plus de responsabilités et voir ce qui arrive...

**2 a) Demander ce dont on a besoin :**

Pas seulement en réponse à la question initiale du thérapeute ou de façon neutre, mais impérativement, en s'affirmant (parfois avec émotion, en répétant), en demandant, exigeant ou laissant entendre que l'autre doit agir, qu'il s'agit d'une solution ou conclusion compte tenu du dialogue et des échanges précédents.

J'ai besoin que tu dises que je suis correct, que j'ai pas besoin d'être parfait...  
 Je veux que tu me respectes pour les raisons que je t'ai expliquées...

**b) Réaliser que notre besoin a été comblé :**

La partie déprimée du client qui réalise à travers un dialogue dialectique que l'autre avait de bonnes intentions, l'aimait ou le valorisait en réalité et qu'il se sent alors soulagé.

C'est ça le support dont j'avais besoin.

Je n'avais pas d'amis, j'en avais besoin, on s'est connu et tu es mon ami.

Je pense finalement que pour faire tous ces sacrifices ils m'aimaient

**c) Répondre ou non au besoin que l'autre a exprimé**

Tu veux que j'aie confiance en toi, je ne l'ai pas dit, mais j'ai confiance en toi.

Dorénavant je n'ai plus à combler tes besoins, je ne le ferai plus

**3 a) S'affirmer face à l'autre (abusif) ou à soi-même (autocritique)**

Le client ne cherche pas seulement à se débarrasser de l'autre, il s'explique.

OK c'est correct maintenant, arrête de me critiquer, je peux me débrouiller...

J'ai mes propres valeurs et je veux qu'on les respecte...

Il faut que j'aie mes propres critères sans devenir méchant...

**b) Affirmer ses priorités**

Le client s'affirme très fermement, refuse pratiquement – parfois temporairement - le dialogue, mais en faisant valoir ses priorités.

Actuellement, je ne veux rien savoir de toi, ma priorité c'est mon mariage.

**c) Affirmer ses limites**

Je ne veux plus que tu me contrôles...

**4 a) Être capable de tenir l'autre pour responsable**

Tu n'avais pas de mauvaises intentions, mais tu m'as quand même manipulé.

**b) Exiger une action de l'autre**

Fais-moi confiance au lieu de te méfier de moi...  
 Arrête de me manipuler et de me harceler avec cela...

**5a) Manifester de nouvelles émotions**

Transformation de l'humeur, des pensées ou des comportements du client, souvent de sa partie déprimée.

Je me sens mieux maintenant que j'ai exprimé cela  
 Je commence à avoir plus d'espoir

**b) Nouvelles pensées, visions de soi, de l'autre et du monde**

C'était confus, mais maintenant c'est plus évident, je sais quoi faire...

**c) De nouveaux comportements**

Dorénavant, je ne me plierai plus à tes caprices; je serai plus ta marionnette.  
 Je suis moins exigeant envers moi-même.

**6) Reconnaître l'opinion de l'autre, s'adoucir, s'excuser ou excuser l'autre :**

Transformation de l'aspect critique ou déprimé du client qui s'excuse, reconnaît ses torts, manifeste ses bonnes intentions ou propose une solution.

Je m'excuse, j'essayais de bien faire, mais je comprends maintenant.  
 Je reconnais que je t'ai fait du mal, je suis désolé.

**3.3 Procédure**

L'évaluation des fréquences d'utilisations des trois différents niveaux de pensée par les clients a été réalisée par l'analyse de chacun des extraits sélectionnés leur étant attribués dans les dialogues avec leurs thérapeutes et reproduits textuellement dans le volume. La sélection des extraits attribués aux clients et à être analysés pour évaluer la fréquence d'utilisation des différents niveaux de pensée a donc été réalisée en trois étapes.

D'abord, l'ensemble des extraits a été segmenté en prenant la phrase comme critère de segmentation. Puis l'auteur et son directeur de thèse ont séparément identifié les extraits qui manifestaient une forme quelconque d'activité cognitive. Le taux d'accord obtenu était de 82 %. Cette première lecture complète des dialogues entre clients et thérapeutes garantissait, en quelque sorte, une première prise en considération des contextes desquels ces extraits ont été identifiés. Les désaccords ont été résolus par discussion.

Par la suite, l'auteur et une assistante de troisième cycle ont séparément coté, dans une seconde lecture complète de tous les dialogues, les différents extraits comme manifestant une pensée absolutiste, relativiste ou dialectique en fonction des critères indiqués précédemment. L'accord obtenu était de 82.4%. Les désaccords ont tous été résolus par discussion.

### 3.4 Résultats

Pour répondre à la question principale de notre recherche à savoir si (1) l'utilisation plus fréquente par les clients d'une pensée dialectique sera associée aux réussites des traitements alors que (2) l'utilisation plus fréquente d'une pensée absolutiste sera associée à leurs échecs, une première analyse a été effectuée pour déterminer les fréquences globales d'utilisation des niveaux de pensée dans les groupes de thérapies réussies et dans celles échouées (Tableau 3.1)

Pour répondre à la question de recherche complémentaire à savoir si dès le début de ces thérapies nous avons déjà des patients différents quant à leurs capacités d'utilisation des pensées absolutiste et dialectique et s'ils le sont restés jusqu'à la fin, deux analyses ont été réalisées pour déterminer les fréquences d'utilisation initiales (Tableau 3.2) et finales (Tableau 3.3) des niveaux de pensée dans les deux groupes. Les fréquences initiales et finales sont regroupées (Tableau 3.4) pour donner une vue d'ensemble des résultats.

### 3.4.1 Fréquences globales d'utilisation des niveaux de pensée

Le Tableau 3.1 présente les fréquences d'utilisation des niveaux de pensée absolutiste, relativiste et dialectique pour les thérapies réussies et celles échouées. La fréquence d'utilisation du niveau de pensée dialectique est significativement plus élevée dans les thérapies réussies que dans les thérapies échouées. En effet, pour l'ensemble du type dialectique observé, au total **58** (95%) l'ont été dans les thérapies réussies ( $z = 7.44$ ,  $p < .001$ ).

L'utilisation de la pensée absolutiste est significativement plus élevée dans les thérapies échouées que dans les thérapies réussies. Des 145 extraits absolutistes observés au total **99** (68%) l'ont été dans les thérapies échouées. ( $z = 7.75$ ,  $p < .001$ ).

Notre question principale est répondue: une plus grande fréquence d'utilisation de la pensée dialectique est associée aux thérapies réussies alors qu'une plus grande fréquence d'utilisation de la pensée absolutiste est associée aux thérapies échouées.

Dans le cas de la pensée relativiste, elle n'est pas significativement associée aux thérapies réussies ni aux thérapies échouées ( $z = 1,76$ , n.s.).

Tableau 3.1

*Fréquences globales d'utilisation des niveaux de pensée*

Psychothérapies	Niveaux de pensée			Total
	Absolutisme	Relativiste	Dialectique	
Réussies	46	38	<b>58</b>	142
Échouées	<b>99</b>	22	3	124
<b>Total</b>	145	60	61	266

#### 3.4.2 Fréquences initiales d'utilisation des niveaux de pensées

Le Tableau 3.2 présente les fréquences initiales d'utilisation des niveaux de pensée dans les 71 premiers extraits du groupe de thérapies réussies et dans les 62 premiers extraits du groupe des thérapies échouées. Le test du  $\chi^2$  montre des différences significatives entre les deux groupes ( $\chi^2 = 46,68$ ;  $dl=2$ ;  $p < .001$ ).

La fréquence d'utilisation du niveau de pensée dialectique est significativement plus élevée aux débuts des thérapies réussies plutôt qu'aux débuts des thérapies échouées. En effet pour l'ensemble des 32 extraits de types dialectiques observés **32** (100%) l'ont été dans les thérapies réussies ( $z = 6.07$ ).

La fréquence d'utilisation du niveau de pensée absolutiste est significativement plus associée aux débuts des thérapies échouées qu'aux débuts des thérapies réussies. En effet pour l'ensemble des 79 extraits absolutistes **55** (70%) l'ont été dans les thérapies échouées ( $z = 6.43$ ).

Ainsi donc dès le début de ces thérapies nous avons déjà des patients différents quant à leurs capacités d'utilisation des pensées absolutiste et dialectique : dans les extraits observés aux débuts des thérapies, les patients du groupe de thérapies réussies ont

manifesté une plus grande utilisation de la pensée dialectique alors que les patients du groupe de thérapies échouées ont manifesté une plus grande utilisation de la pensée absolutiste.

Tableau 3.2

*Fréquences initiales d'utilisation des niveaux de pensée*

<b>Psychothérapies</b>	Niveaux de pensée			<b>Total</b>
	Absolutisme	Relativiste	Dialectique	
Réussies	24	15	<b>32</b>	71
Échouées	<b>55</b>	7	0	62
<b>Total</b>	79	22	32	133

### 3.4.3 Fréquences finales d'utilisation des niveaux de pensée

Le Tableau 3.3 présente les fréquences finales d'apparition des modes de pensée dans les 71 derniers extraits du groupe de thérapies réussies et dans les 62 derniers extraits du groupe des thérapies échouées. Le test du  $\chi^2$  montre des différences significatives entre les deux groupes ( $\chi^2=26,77$ ;  $dl=2$ ;  $p < .001$ )

La fréquence d'utilisation du niveau de pensée dialectique est significativement plus élevée à la fin des thérapies réussies qu'à la fin des thérapies échouées. En effet, pour l'ensemble des 29 extraits dialectiques observés au total **26** (90%) l'ont été dans les thérapies réussies ( $z = 4.43$ ,  $p < .001$ ).

La fréquence d'utilisation du niveau de pensée absolutiste est significativement plus élevée à la fin des thérapies échouées qu'à la fin des thérapies réussies. En effet, pour



l'ensemble des 66 extraits de types absolutistes observés, au total **44** (67%) l'ont été dans les thérapies échouées ( $z = 4.60$ ,  $p < 001$ ).

Ainsi donc à la fin des thérapies on avait encore des clients différents quant à leurs capacités d'utilisation des pensées absolutiste et dialectique : les clients dans le groupe des thérapies réussies ont manifesté une plus grande utilisation de la pensée dialectique alors que les clients du groupe de thérapies échouées ont manifesté une plus grande utilisation de la pensée absolutiste.

Tableau 3.3

*Fréquences finales d'utilisation des niveaux de pensée*

<b>Psychothérapies</b>	Niveaux de pensée			<b>Total</b>
	Absolutisme	Relativiste	Dialectique	
Réussies	22	23	<b>26</b>	71
Échouées	<b>44</b>	15	3	62
<b>Total</b>	66	38	29	133

En ce qui a trait à notre question de recherche complémentaire on peut donc répondre qu'effectivement dès le début des thérapies nous avons déjà des patients différents quant à leurs capacités d'utilisation des pensées absolutiste et dialectique et qu'ils le sont restés jusqu'à la fin.

En effet, comme on peut le voir dans le tableau 3.4, les patients du groupe de thérapies réussies ont manifesté une plus grande utilisation du niveau de pensée dialectique dès les débuts (**32**) et jusqu'à la fin (**26**) alors que ceux du groupe de thérapies échouées ont manifesté une plus grande utilisation du niveau de pensée absolutiste du début (**55**) et jusqu'à la fin (**44**)

## 3.4.4 Fréquences initiales et finales d'utilisation des niveaux de pensée.

Tableau 3.4

THÉRAPIES		<u>NIVEAUX DE PENSÉE</u>			TOTAL
		ABSOLUTISTE	RELATIVISTE	DIALECTIQUE	
<u>RÉUSSIES</u>	INITIALES	24	15	<b><u>32</u></b>	71
	FINALES	22	23	<b><u>26</u></b>	71
<u>ÉCHOUÉES</u>	INITIALES	<b>55</b>	7	0	62
	FINALES	<b>44</b>	15	3	62

## CHAPITRE IV DISCUSSION

### 4.1 Objectifs et questions de recherche

Nous nous sommes intéressés aux études relatives à l'efficacité de la psychothérapie et à différents modèles du développement de la pensée à l'âge adulte dans le but d'identifier une variable client de nature développementale pouvant jouer un rôle important dans cette efficacité psychothérapeutique.

À la lumière de la littérature portant sur ce sujet, les niveaux du développement de la pensée à l'âge adulte, identifiés dans les modèles néo-piagétiens de la pensée post-formelle, se sont imposés comme de telles variables clients modératrices dans l'efficacité psychothérapeutique.

Notre question de recherche principale s'est limitée à vérifier précisément si l'utilisation plus fréquente d'une pensée dialectique serait associée aux réussites de thérapies centrées sur les émotions pour troubles dépressifs alors que l'utilisation d'une pensée absolutiste serait associée à leurs échecs. Nous nous sommes demandé aussi si dès le début des traitements nous avons des patients différents quant à leurs capacités d'utilisation de ces niveaux de pensées et s'ils le sont demeurés jusqu'à la fin.

Dans les résultats de notre première analyse statistique, nous avons observé qu'effectivement l'utilisation plus fréquente par les clients d'une pensée dialectique est bien associée aux réussites des traitements alors que l'utilisation plus fréquente de la pensée absolutiste est associée à leurs échecs.

Concernant notre question de recherche complémentaire, les résultats des analyses subséquentes révèlent que oui effectivement dans notre étude nous avons affaire à

des patients différents quant à leurs capacités d'utilisation de ces pensées : dès les débuts des traitements et jusqu'à leurs fins, les patients ayant réussi leurs thérapies démontraient une plus grande utilisation de la pensée dialectique alors que ceux ayant échoué démontraient une plus grande utilisation de la pensée absolutiste.

#### 4.1.1 Capitalisation des forces préexistantes du client

Dans leur ensemble, ces résultats suggèrent que dans notre étude la capacité à utiliser la pensée post-formelle dialectique était une force préexistante des patients ayant réussi leurs thérapies alors que ceux ayant échoué démontraient une plus grande utilisation de la pensée absolutiste. Ces mêmes résultats appuient l'hypothèse de la capitalisation de Cronbach et Snow (1977) qui suggère que les thérapies efficaces capitalisent sur les forces préexistantes du patient plutôt qu'elles ne compensent pour ses faiblesses initiales.

Dans les études de cas réussis présentés en thérapie centrée sur les émotions, nous pouvons percevoir comme force préexistante des clients cette capacité à entreprendre et à accomplir les tâches de travail thérapeutique que cette forme de thérapie leur propose et qui impliquent une grande variété de processus dialectiques internes favorisant le succès de leurs traitements.

Par exemple, dans le premier des cas de réussite, on a observé que tout au long de sa thérapie, David n'avait pas de difficultés à s'engager dans des dialogues de nature dialectique qui lui ont permis d'intégrer différents aspects opposés de lui-même et d'avoir une nouvelle vision et compréhension de lui-même et de ses relations avec les autres

Dès les premières rencontres, dans l'exercice des « deux chaises », il joue le rôle de deux aspects différents de lui-même : dans une chaise, son côté critique intransigeant

et dans l'autre, son côté plus compréhensif et protecteur. Face aux critiques David a d'abord accès aux réactions émotionnelles de désespoir, de peur et de honte.

Puis, prenant conscience de son besoin fondamental de support, ces réactions sont remplacées par des émotions plus adaptées de tristesse face au manque de support, de colère face aux abus et d'auto compassion. Ces nouvelles émotions conduisent à une transformation et à une intégration plus harmonieuse des deux aspects précédemment opposés : un adoucissement de son côté critique et plus de support de son côté protecteur.

Par la suite, dans l'exercice de la « chaise vide » pour relations interpersonnelles non résolues, David démontre la même capacité à s'engager dans des dialogues dialectiques fictifs similaires avec des personnes significatives de son histoire. Dans ces dialogues se succèdent d'abord un même accès à des réactions émotionnelles plutôt inadaptées, puis une prise de conscience de ses besoins fondamentaux bafoués et un accès à des réactions émotionnelles plus adaptées qui y sont reliées.

Éventuellement, une nouvelle vision et compréhension de lui-même, des autres et de ces relations éprouvantes émergent. Dans les études de cas échoués, on ne perçoit pas cette force préexistante chez les clients, ils n'arrivent pas à la synthèse dialectique des modes absolutiste et relativiste.

#### 4.2 Généralisations des associations observées

L'objectif général de notre étude était de contribuer à la littérature sur l'efficacité de la psychothérapie en démontrant que le niveau prédominant de développement cognitif d'un client représentait un facteur important pouvant dans une certaine mesure favoriser ou nuire à l'efficacité de nombreux traitements dans une grande variété de problématiques.

Pour y arriver, nous avons confirmé l'association d'une plus grande utilisation de la pensée dialectique aux réussites et celle d'une plus grande utilisation de la pensée absolutiste aux échecs dans des cas de thérapies centrées sur les émotions pour des problématiques de troubles de dépression majeure.

On peut maintenant se demander si ces associations sont spécifiques à la TCE pour troubles dépressifs ou si elles peuvent s'observer aussi pour d'autres types de problématiques et d'autres formes de thérapies.

#### 4.2.1 Généralisation des associations observées à d'autres problématiques

Tout d'abord, disons qu'il serait raisonnable de présumer que l'on pourrait observer les mêmes associations dans les problématiques de couples, de troubles dépressifs, anxieux, de personnalité, alimentaires, traumatiques ou interpersonnels pour lesquelles la thérapie centrée sur les émotions a été appliquée et c'est avérée efficace (Greenberg, 2010).

On peut aussi mentionner ici les résultats de l'étude de Rakfield et al. (1996) qui montrent que chez des patients souffrant de différents troubles (dépressifs, anxieux, alimentaires, d'adaptations, de personnalités, schizophréniques ou psychotiques) ceux manifestant une orientation post-formelle avaient une meilleure compréhension d'eux-mêmes, de leurs situations, de leurs difficultés et de leurs relations interpersonnelles et jouaient un rôle plus actif dans le processus thérapeutique; des acquisitions pouvant toutes contribuer à des réussites psychothérapeutiques pour une grande majorité de problématiques.

À la fin de leur étude, Rakfield et al. (1996) concluent que, en général, les aspects dialectiques et méta réflexifs de la pensée post-formelle aident les individus à surmonter plus efficacement les difficultés auxquelles ils font face au cours de leurs vies adultes.

Dans le même sens, nous pouvons aussi nous attendre théoriquement à observer les mêmes associations entre l'utilisation des niveaux de pensée et la réussite ou l'échec des traitements pour les problématiques où l'utilisation de processus dialectiques, une pensée réflexive et/ou des prises de conscience de la part des clients sont recommandées.

Cela dit, il reste que cette question de généralisation des associations observée dans notre étude à d'autres problématiques reste une question ouverte et demanderait des vérifications empiriques avant de pouvoir y répondre de façon satisfaisante.

#### 4.2.2 Généralisation des associations observées à d'autres formes de thérapies

On peut maintenant se demander aussi si ces associations observées dans notre étude entre l'utilisation des niveaux de pensée absolutiste et dialectique par les clients et l'efficacité de leurs thérapies sont spécifiques à la thérapie centrée sur les émotions ou si l'on pourrait les observer dans d'autres formes de thérapies.

Sans être spécifique à la TCE, on doit reconnaître que ces associations y sont observées de façon extrêmement claire. La TCE est basée spécifiquement sur une épistémologie constructiviste dialectique et donc une grande partie du travail thérapeutique du client dans cette thérapie implique une variété de processus dialectiques internes. Il serait alors cohérent qu'une utilisation plus fréquente de la pensée dialectique doive faciliter ce travail thérapeutique alors qu'une utilisation plus fréquente de la pensée absolutiste devrait plutôt l'entraver.

Sans dire que l'on devrait observer exactement les mêmes associations de façon aussi significative dans toutes les formes de thérapies, on peut considérer que des associations dans le même sens devraient être observées dans plusieurs formes de thérapies puisque souvent le travail thérapeutique d'un client, dans une grande

majorité de celles-ci, implique aussi une certaine variété de processus dialectiques internes.

Encore une fois, on peut mentionner ici l'étude de Rakfeldt et al. (1996) qui suggère que ces associations pourraient être observées dans différentes approches thérapeutiques. En effet, leurs résultats montrent que les patients manifestant une pensée post-formelle dialectique avaient une meilleure compréhension d'eux-mêmes, de leurs situations, de leurs difficultés et de leurs relations interpersonnelles et jouaient un rôle plus actif dans le processus thérapeutique: des acquisitions pouvant toutes contribuer à la réussite de différentes interventions thérapeutiques.

Les patients ne manifestant pas une telle pensée dialectique eux croyaient que c'était le devoir du thérapeute de découvrir la vraie nature de leurs problèmes et de les régler et adoptaient alors une position plutôt passive : des caractéristiques de la pensée absolutiste qui peuvent, dans la majorité des cas, nuire à la réussite de nombreuses interventions.

Pour mieux répondre à cette question de généralisation des associations observées dans notre étude à d'autres formes de thérapies et de problématiques il serait utile de préciser les visions du monde et les types d'épistémologies dans lesquelles peuvent s'inscrire les thérapies ayant des liens qui les unissent à la TCE, comme la schéma-thérapie (ST), la thérapie cognitive dialectique (TCD) et particulièrement la thérapie basée sur la mentalisation (TBM) qui nous suggèrent la possibilité d'une telle généralisation.

Les visions du monde de Pepper (1942) ont souvent été utilisées dans plusieurs études prévalant dans la littérature récente sur la psychothérapie et investiguant les liens entre les styles épistémiques des thérapeutes, les approches thérapeutiques et les théories en psychologie. Ces visions du monde proposées par Pepper et la dichotomie



entre les épistémologies rationalistes et constructivistes décrites dans l'étude d'Aksoy (2005) vont nous permettre de mieux situer la TCE par rapport aux autres formes de thérapie. Ces visions du monde y sont regroupées et résumées à l'intérieur de la dichotomie entre les épistémologies rationalistes et constructivistes.

D'une façon générale, la TCE s'inscrit plutôt dans les formes de thérapies basées sur une épistémologie constructiviste et reflétant les visions du monde organiciste ou/et contextualiste. Plus précisément, la TCE est une approche humaniste/existentielle basée spécifiquement sur une épistémologie constructiviste dialectique (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004) où la source du savoir et du développement se trouve dans les interactions continues entre l'individu et son environnement et où le mécanisme de changement est la pensée dialectique.

Les approches humanistes, développementales et transpersonnelles reflètent une vision du monde organiciste : le monde y est vu comme un organisme vivant, la réalité est construite dialectiquement et évolue dans le temps à travers une différenciation et une intégration constante. L'accent est mis sur la participation active de l'individu dans des processus complexes, continus et interactifs d'évolution, d'actualisation, de transcendance et d'organisation de soi.

Les approches existentielles reflètent une vision du monde contextualiste puisqu'elles se concentrent sur les interactions de l'individu avec son environnement : être dans le monde entraîne simultanément que l'on agit sur le monde et que celui-ci agit sur nous. Les recherches sur les processus du changement thérapeutique de Rice et Greenberg (1984) qui mettent l'accent sur la compréhension et la facilitation de ces processus dans les interactions entre clients et thérapeutes s'apparentent donc aussi à une vision du monde contextualiste.

Comme la TCE, les thérapies basées sur une épistémologie constructiviste et reflétant les visions organiciste ou/et contextualiste laisseront les processus d'auto-organisation du client déterminer le parcours de la thérapie et seront davantage orientées vers une exploration à la recherche d'une réorganisation des connaissances personnelles : des changements de second ordre représentant plutôt une discontinuité et une transformation du fonctionnement psychologique de base du client.

Les thérapies basées sur une épistémologie rationaliste s'apparentant aux visions du monde formiste ou/et mécaniste, détermineront dès le début une direction à la thérapie avec des objectifs spécifiques, des procédures claires et précises. Ces thérapies chercheront à remplacer les pensées irrationnelles du client par des pensées rationnelles afin de le libérer de ses émotions non pas négatives, mais n'ayant pas de rôles aussi adaptatifs qu'ont la colère, la tristesse, la peur, la surprise, le dégoût et la joie : des changements de premier ordre qui souvent maintiennent toujours le même fonctionnement psychique de base du client.

La pratique des diagnostics psychiatriques et les modèles de traits de personnalité reflètent une vision du monde formiste alors que le béhaviorisme, les thérapies cognitives rationalistes. Pour Winograd et Davidovich (2014), certains aspects de la théorie freudienne reflètent aussi, dans une certaine mesure et surtout dans les premières années, une vision du monde mécaniste, alors que l'interprétation psychanalytique était orientée par le principe du déterminisme présent dans les sciences de la nature.

Il reste que la psychanalyse est une herméneutique et donc une pensée qui ne peut se réduire à une « mécanique » ; elle s'exerce dans le monde du sens et de la parole et se vit comme un dispositif relationnel (évaluateur : communication personnelle ?).

Ainsi la TCE se situe plutôt dans les formes de thérapie reflétant une épistémologie constructiviste et une vision du monde organiciste ou/et contextualiste comme dans les approches humanistes, existentielles, développementales et transpersonnelles.

#### 4.3 Liens de la TCE avec d'autres formes de thérapies

Ici on peut mentionner trois approches psychothérapeutiques intégratives qui nous semblent intégrer des éléments des épistémologies rationalistes et constructivistes et avoir donc des liens assez étroits avec la TCE: la thérapie comportementale dialectique (TCD), la schéma-thérapie (ST) et, plus particulièrement, la thérapie basée sur la mentalisation (TBM). Ces thérapies partagent aussi avec la TCE des fondements dans la théorie de l'attachement et des objectifs communs de meilleure régulation émotionnelle et interpersonnelle en particulier dans le traitement des troubles de personnalité.

La thérapie cognitive dialectique (Linehan et Dimeff, 2001) est une approche cognitive comportementale intégrative basée sur la dialectique de Marx et Hegel qui permet de travailler sur la pensée dichotomique typique dans différents troubles de la personnalité et appelée clivage par les psychanalystes. Le thérapeute aide alors le patient à intégrer les deux polarités en recourant à une forme de pensée dialectique.

La schéma-thérapie (Young, Klosko et Weishaar, 2003) est une approche cognitive comportementale intégrative qui intègre des concepts des psychothérapies cognitivo-comportementales, psycho dynamiques et humanistes, en particulier de la TCE, ainsi que de la théorie de l'attachement. Elle est utilisée dans le traitement de plusieurs problématiques, dont celles des troubles de la personnalité et ceux de l'Axe 1 (dépression, anxiété, etc.).

La thérapie basée sur la mentalisation (Fonagy et Bateman, 2008) est celle qui nous intéresse plus particulièrement. Il s'agit d'une approche psycho dynamique d'origine

britannique se basant sur les principes de la théorie de l'attachement et de la neuroscience et selon laquelle les manifestations de différents troubles mentaux, en particulier du trouble de personnalité limite, sont les résultats d'une rupture des processus de mentalisation survenant dans des contextes hautement émotionnels ou interpersonnels activant les liens d'attachements (Bowlby, 1958).

La mentalisation réfère aux processus imaginatifs qui permettent d'attribuer des causes psychologiques aux comportements, par le biais d'inférences au sujet d'états mentaux intentionnels comme les désirs, besoins, motivations, émotions et croyances.

Les développements conceptuels et empiriques récents de la TBM proposent un facteur commun aux effets thérapeutiques en introduisant la notion d'une confiance épistémique essentielle à la généralisation de ces effets et qui permettrait de considérer la mentalisation comme un facteur commun et extrathérapeutique dans les différentes formes de psychothérapies (Debbané, Fonagy et Badoud, 2016).

Comme le souligne Lambert (2013), quatre sources sont responsables de l'effet thérapeutique des psychothérapies : les techniques spécifiques à chaque modèle psychothérapeutique en assument environ 15 %, les facteurs communs 30 %, l'effet placebo et les attentes 15 % et les facteurs extrathérapeutiques 40 %.

Le concept de confiance épistémique (Fonagy et Allison, 2014) réfère à un ensemble de processus cognitifs et affectifs accordant une valeur de pertinence à l'information reçue. Elle serait à la base de la généralisation, hors de la salle de consultation, de ce que le client apprend en psychothérapie.

Pour les praticiens de cette forme de thérapie, la mentalisation constituerait probablement l'ingrédient à la source du succès thérapeutique dans l'ensemble des thérapies basées sur la parole et serait donc un facteur commun à toute

psychothérapie. Elle constituerait un facteur commun parce qu'elle stimulerait la confiance épistémique, elle-même essentielle au bon développement du fonctionnement psychique des clients au-delà des frontières du cadre thérapeutique.

Par l'activation de cette confiance épistémique, la mentalisation mènerait à l'expérience répétée d'être compris par un autre être humain. L'élément le plus puissant d'une rencontre thérapeutique serait de stimuler le désir soutenu de revivre cette expérience. Une expérience qui porte une atteinte durable aux croyances irrationnelles rigides et inflexibles typiques dans les troubles de personnalité, mais aussi fréquentes dans d'autres problématiques.

Nous serions nous-mêmes tentés de considérer l'utilisation de la pensée dialectique comme un facteur commun et extra thérapeutique responsable dans bien des cas des effets thérapeutiques associés aux différentes thérapies et même de la généralisation des apprentissages des clients hors du bureau de consultation.

Cela dit, les questions de la généralisation des associations observées dans notre étude avec la TCE pour troubles dépressifs à d'autres formes de psychothérapie ou à d'autres problématiques demeurent des questions ouvertes et nécessiteraient des vérifications empiriques.

Finalement, on peut se poser la question à savoir ce qu'un thérapeute peut faire lorsqu'un client semble fonctionner foncièrement sur un mode absolutiste? Un tel client est-il prêt et possède-t-il les capacités pour s'engager avec succès dans une thérapie centrée sur les émotions de brève durée ?

#### 4.4 Interventions favorisant l'utilisation de la pensée dialectique

Dans leur volume sur les études de cas en thérapie centrée sur les émotions Watson, Goldman et Greenberg (2007) soulignent qu'il est clair que ce ne sont pas tous les clients qui peuvent bénéficier d'une thérapie à court terme et mentionnent certaines conditions préalables représentant des ingrédients essentiels au succès d'une telle thérapie brève centrée sur les émotions.

Si comme le suggère notre étude la capacité à utiliser une pensée dialectique constitue un tel ingrédient préalable au succès d'une thérapie brève centrée sur les émotions il serait raisonnable de croire qu'un client fonctionnant foncièrement sur un mode absolutiste pourrait bénéficier d'une intervention à plus long terme et/ou d'interventions spécifiques favorisant l'utilisation de la pensée dialectique.

Une intervention à long terme serait souhaitable puisque les modèles du développement de la pensée dialectique suggèrent une progression lente et régulière de cette pensée pouvant s'échelonner, dans des conditions habituelles, de l'adolescence jusqu'à l'âge adulte moyen et même avancé dans bien des cas.

Par contre, on peut aussi envisager conjointement des interventions spécifiques puisqu'il ne faut pas oublier que fonctionner de façon prédominante au niveau absolutiste ne signifie pas que la personne ne puisse pas fonctionner du tout aux autres niveaux; comme on l'a souligné en général chez les adultes les différents niveaux de pensée se chevauchent.

La première suggestion serait que la tâche initiale du thérapeute est de bien comprendre le cadre de référence absolutiste de son client, et de travailler à l'intérieur de cette vision du monde, dans le but d'établir une alliance de travail de base pour

ensuite explorer des interventions thérapeutiques spécifiques appropriées visant au développement d'une pensée plus relativiste et éventuellement dialectique.

Dans sa vision de la psychothérapie, en tant que processus développemental, Basseches (2010) propose de telles interventions où le thérapeute peut favoriser chez son client la progression vers une pensée dialectique à travers la création de nouvelles synthèses des aspects conflictuels de ses expériences qui donnerait alors un nouveau sens à ces expériences. Pour y arriver, le thérapeute peut offrir trois catégories fondamentales de ressources thérapeutiques: un support attentionnel, des interprétations alternatives et de nouvelles expériences relationnelles.

D'abord un *support attentionnel* mettant l'accent sur les aspects conflictuels des expériences du client et sur leurs significations pour lui. Puis des *interprétations alternatives* de ces aspects conflictuels. Finalement une réflexion commune sur l'apparition de *nouvelles expériences relationnelles* pour le client issues de ses interactions avec le thérapeute ou de nouvelles activités suggérées par ce dernier.

Dans chacune de ces ressources thérapeutiques, le client trouve un nouveau sens à son expérience à travers un processus de réflexion dialectique : l'attention simultanée sur les aspects conflictuels permet la distinction d'une thèse et d'une antithèse et conduit à une synthèse alors source d'une nouvelle signification pour le client. Ces ressources thérapeutiques offertes dans les cas où les clients pourraient favoriser l'utilisation d'une pensée post-formelle dialectique et contribuer à l'efficacité des traitements.

## CONCLUSION

L'objectif général de notre étude étant de contribuer à la littérature sur l'efficacité de la psychothérapie à partir d'une perspective développementale, nous nous sommes penchés sur des études abordant le thème de l'efficacité de la psychothérapie brève et celui de l'identification de variables importantes de nature développementale pouvant contribuer à cette efficacité.

À la lumière de la littérature considérée, le niveau de développement cognitif des clients s'est imposé comme étant une de ces variables importantes. En effet, dans le chapitre premier, notre présentation de la trajectoire de la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie nous a permis d'introduire le développement cognitif des clients comme une variable importante susceptible de contribuer à l'efficacité des traitements.

On y a vu que le comité présidentiel de l'APA sur les pratiques psychologiques basées sur les évidences (EBPP) considère « la recherche sur les processus développementaux cognitifs comme essentielle à une meilleure compréhension de la psychopathologie à l'âge adulte et à son traitement » (APA, 2006, page 279)

À la suite d'une évaluation rigoureuse des différents modèles de développement cognitif à l'âge adulte, nous avons estimé que le modèle du développement de la pensée post-formelle dialectique de Kramer (1983), avec ses niveaux absolutiste, relativiste et dialectique, était le plus adéquat pour notre étude.

Puis, compte tenu de l'hypothèse de la « Capitalisation » en psychothérapie (Cronbach et Snow, 1977) qui suggère que les thérapies efficaces « capitalisent » sur les forces préexistantes du patient plutôt qu'elles ne compensent pour ses faiblesses



initiales, nous avons décidé de recourir à une étude de cas en thérapie centrée sur les émotions.

La TCE considérée comme efficace dans le cas de nombreuses problématiques serait susceptible de « capitaliser » sur une force préexistante du client comme celle de l'utilisation d'un niveau de pensée dialectique plutôt que de compenser pour une de ses faiblesses initiales comme celle de l'utilisation d'un niveau de pensée absolutiste.

De plus, il s'agit d'un type de psychothérapie qui partage les mêmes présomptions épistémologiques que le modèle du développement de la pensée post-formelle dialectique de Kramer (1983). En effet tous deux sont basés sur l'épistémologie constructiviste dialectique (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004) où la source du savoir et du développement se trouve dans les interactions continues entre l'individu et son environnement et où le mécanisme de changement est la pensée dialectique.

Finalement, étant donné que selon les prédictions de l'OMS (Patten, S et Heather J. 2008) la dépression majeure, première cause d'incapacité au monde en l'an 2000, deviendrait d'ici 2030 le principal facteur contribuant au fardeau de la maladie dans les pays à revenu élevé, le choix de la TCE dans des cas de dépression majeure nous semblait donc tout à fait approprié dans le cadre de notre étude.

Notre question principale était alors de savoir si dans les cas de TCE pour dépression majeure l'utilisation plus fréquente par les clients d'une pensée dialectique serait associée à leurs réussites alors que l'utilisation plus fréquente d'une pensée absolutiste le saurait à leurs échecs.

À cette question s'ajoutait celle complémentaire de savoir si dès le début de ces thérapies nous avons déjà des clients différents quant à leurs capacités d'utilisation des pensées absolutiste et dialectique et s'ils le sont restés jusqu'à la fin.

Nous avons exploré les liens entre l'utilisation des niveaux de pensée absolutiste, relativiste et dialectique et le succès thérapeutique à travers six études de cas dans une TCE pour dépression majeure (Watson, Goldman et Greenberg, 2007).

Pour répondre à ces deux questions de recherche, nous avons élaboré, principalement à partir des descriptions de Kramer de ces niveaux de pensées, des critères d'évaluation de leur utilisation par les clients dans le cadre de la TCE pour dépression : sept critères pour l'utilisation de la pensée absolutiste, quatorze pour celle de la pensée relativiste et six pour celle de la pensée dialectique.

Nous avons analysé les verbatim tirés des six traitements: trois traitements réussis et trois traitements échoués. Les fréquences d'utilisation des niveaux de pensée absolutiste, relativiste et dialectique ont été évaluées dans le groupe de thérapies réussies et dans celui des thérapies échouées puis comparées.

Notre question de recherche principale a trouvé réponse. Nous avons effectivement observé que le développement cognitif des clients a eu un effet significatif sur l'efficacité de leurs traitements centrés sur les émotions dans des cas de dépression majeure.

La fréquence d'utilisation du niveau de pensée dialectique est significativement plus élevée dans le groupe des thérapies réussies (95%) que dans celui des thérapies échouées (5%)

La fréquence d'utilisation du niveau de pensée absolutiste est significativement plus élevée dans le groupe des thérapies échouées (68%) que dans celui des thérapies réussies (32%).

Pour ce qui est de notre question de recherche complémentaire, des analyses complémentaires ont montré que dès le début des thérapies nous avons déjà des patients différents quant à leurs capacités d'utilisation des niveaux de pensée dialectique et absolutiste et qu'ils le sont demeurés jusqu'à la fin.

Les patients du groupe de thérapies réussies ont manifesté une plus grande utilisation du niveau de pensée dialectique dès le début et jusqu'à la fin de leurs thérapies que ceux du groupe de thérapies échouées.

Les patients du groupe de thérapies échouées ont manifesté une plus grande utilisation du niveau de pensée absolutiste dès le début et jusqu'à la fin de leurs thérapies que ceux du groupe de thérapies réussies.

Cette recherche comporte ses forces

D'abord, elle couvre une recension des écrits assez complète issue de diverses sources de 1954 à nos jours sur les thèmes de l'efficacité de la psychothérapie, du développement de l'épistémologie personnelle et de la pensée post-formelle adulte.

Puis elle s'additionne aux nombreuses études s'étant intéressées à ces thèmes, mais plus particulièrement à celle de Rakfelt et al. (1996) la seule à notre connaissance s'étant penchée sur les liens spécifiquement entre la pensée post-formelle dialectique telle qu'opérationnalisée par Kramer et le succès d'une psychothérapie.

Dans cette étude, les auteurs concluent que les aspects dialectiques et métaréflexifs de cette pensée aident les individus à surmonter plus efficacement les difficultés auxquelles ils font face au cours de leurs vies adultes.

Notre recherche comporte toutefois ses limites

La limite principale de notre étude pourrait être liée à la possibilité d'un biais dans l'échantillonnage des extraits attribués aux clients et que l'auteur et son directeur de thèse ont choisis pour illustrer l'utilisation des différents niveaux de pensée.

En fait, l'auteur et son directeur de thèse ont seulement sélectionné les extraits manifestant une forme quelconque d'activité cognitive chez les clients et ce n'est que par la suite que l'auteur et une assistante ont coté ces différents extraits comme manifestant une pensée absolutiste, relativiste ou dialectique.

Cette première sélection n'invalide donc pas nos résultats puisqu'elle ne concerne pas l'utilisation des différents niveaux de pensée reflétés, mais seulement la présence d'une forme quelconque d'activité cognitive de la part des clients. Au contraire cette première lecture complète de tous les dialogues entre clients et thérapeutes garantissait déjà, dans un premier temps, une certaine prise en considération des différents contextes desquels ces extraits avaient été sélectionnés.

Une deuxième limite importante concernerait la petite taille de notre échantillon et par conséquent, le nombre restreint de clients se retrouvant dans chacune des catégories d'échecs ou de réussites de leurs traitements thérapeutiques. Un plus grand échantillon aurait sans doute permis une validation interne mieux supportée et donc plus convaincante de nos résultats.

Une troisième et quatrième limite concerne la confirmation des associations observées dans une seule forme de psychothérapie et pour une seule problématique. La confirmation des associations observées dans différentes formes de thérapies et pour différentes problématiques aurait conduit à une validation externe de plus grande envergure et donc à une généralisation plus étendue de nos observations.

Bien que l'objectif idéal de notre étude ait pu être de démontrer ces associations pour différentes psychothérapies et différentes problématiques, pour des raisons bien évidentes concernant l'envergure d'une telle étude, nos questions de recherche se sont limitées à démontrer ces associations dans le cas d'une thérapie spécifique pour une problématique particulière. Dans le cadre de cet essai, l'objectif était plus modeste.

On peut mentionner une cinquième limite de notre étude liée au fait qu'à notre connaissance aucun autre recherche que celle de Rakfeldt, Rybaset et Roodin (1996) ne se soit intéressée spécifiquement aux liens entre l'utilisation d'une pensée post-formelle dialectique et l'efficacité thérapeutique, ce qui ne nous a pas permis d'appuyer nos résultats sur un plus grand nombre d'études.

Cette dernière limite de notre étude est aussi une de ses forces, car les résultats de Rakfeldt et al. atténuent l'impact des limites précédentes concernant la petite taille de notre échantillon et la confirmation des associations observées dans un seul type de psychothérapie, la TCE, et pour une seule problématique, la dépression majeure.

En effet, dans leur étude, à partir d'une thérapie inspirée d'une approche clinique du développement adulte (Commons, Demick et Goldberg, 1996), Rakfeldt et al. (1996) analysent les relations entre l'utilisation de la pensée post-formelle dialectique et les résultats d'une psychothérapie chez 35 patients souffrant de troubles dépressifs (17), anxieux (2), alimentaires (4), d'adaptations (4), de personnalités (2), schizophréniques(4) ou psychotiques (2)

Ils estiment qu'une orientation cognitive post-formelle peut être un marqueur de succès thérapeutiques, car elle permet aux patients de bien apprécier et de mieux comprendre la complexité et les paradoxes constituant leurs difficultés ainsi que les choix et les options offerts par la thérapie et donc de jouer un rôle plus actif dans le processus thérapeutique; des acquisitions pouvant toutes contribuer à des réussites dans différentes formes de thérapies et pour une grande majorité de problématiques

Ainsi donc malgré les limites relevées qui viennent affaiblir les validités interne et externe de nos résultats, celles-ci demeurent quand même acceptables et une certaine généralisation des associations observées reste envisageable.

La description que nous avons présentée des liens épistémologiques entre la TCE et certaines autres formes de psychothérapies, dont la TCD, la ST et la TBM, ainsi que celle des acquisitions positives d'une orientation post-formelle observées dans une thérapie issue d'une approche clinique du développement adulte avec un échantillon de plus grande taille et pour différentes problématiques ont permis un degré de validation et de généralisation acceptables.

À la lumière de ces limites, nous recommandons que lors de futurs projets de recherche s'intéressant à l'utilisation de la pensée post-formelle dialectique en psychothérapie, un plus grand nombre de sujets, de formes de psychothérapie et de types de problématiques soit utilisés afin de permettre une meilleure validité interne et externe de leurs résultats.

À ce propos, nous suggérons l'utilisation de l'inventaire des croyances sociales paradigmatiques (SPBI: Social Paradigmatic Beliefs Inventory), un inventaire papier-crayon élaboré par Kramer, Kahlbaugh et Goldston (1992) dans le but d'évaluer plus rapidement et plus simplement l'utilisation des niveaux de pensée absolutistes, relativistes et dialectiques proposés. On pourrait alors évaluer rapidement et

simplement, tant au début qu'à la fin des traitements, les niveaux de pensée prédominants chez un grand nombre de clients engagés dans différentes formes de thérapies et pour différentes problématiques.

Pour terminer, nous aimerions nous permettre certaines allusions sur la généralisation de ce que nous avançons dans notre étude au sujet de l'adoption d'une vision organiciste du monde ainsi que de l'utilisation d'une pensée dialectique en psychothérapie et sur le reste des comportements et préoccupations humaines.

Dans une thérapie favorisant l'utilisation de la pensée post-formelle dialectique une vision organiciste d'interdépendance globale prédominera : chaque élément constitutif d'un ensemble sera considéré comme imprégné des caractéristiques de cet ensemble. Si un élément est mauvais, dans une certaine mesure, un autre le saura aussi ; la même logique s'appliquera pour un bon élément.

Il n'est alors plus nécessaire de projeter toute la méchanceté chez autrui et de la faire disparaître chez soi. L'approche est alors plutôt synthétique : il s'agira de revendiquer le mauvais en soi et de rechercher le bon dans l'autre. La personne sera alors en mesure de se voir et de voir l'autre comme à la fois bon et mauvais, d'intégrer cette contradiction, de se percevoir et de percevoir l'autre de façon plus réaliste et de s'engager dans un dialogue véritablement authentique.

S'engager dans un tel dialogue, reconnaître les intérêts des autres et notre interdépendance mutuelle ouvre la porte à des liens relationnels plus enrichissants et peut conduire à la dissolution de modèles relationnels stagnants et engendrer des structures relationnelles et psychologiques beaucoup plus créatives.

S'identifier à l'autre et faire preuve d'empathie permettrait d'étendre les frontières du soi et d'inclure l'autre. S'efforcer alors d'éliminer l'autre pour des intérêts personnels

ne ferait plus aucun sens. Cela pourrait favoriser un accomplissement plus complet de notre potentiel humain qui est, à certains égards, d'être activement et harmonieusement en relation avec les autres éléments constitutifs d'un tout dont nous faisons inévitablement partie.



## **ANNEXE A ÉPISTÉMOLOGIE PERSONNELLE/PENSÉE POST FORMELLE**

Il est à noter que les termes de pensée relativiste contextuelle, réflexive et évaluative utilisés dans les modèles épistémologiques et ceux de non absolu/relativiste, relativiste, intégrée et dialectique utilisés dans les modèles post-formels font tous référence au troisième et dernier niveau de développement de la pensée à l'âge adulte dans ces différents modèles.

### **1. Pensée relativiste contextuelle (Perry, 1970)**

Perry (1970) décrit le développement épistémologique d'un groupe d'étudiants universitaires de Harvard en termes d'une séquence de 9 "positions" ou visions du monde. Les 5 premières positions décrivent des changements cognitifs structuraux systématiques vers une différenciation et une complexité grandissantes et sont regroupées (Moore, 2002) en 3 niveaux : le dualisme, la multiplicité et le relativisme contextuel.

Au début de son parcours académique, le cadre de référence épistémique de l'étudiant est dualiste. Il voit le monde en termes bipolaires comme « nous-juste-bon » opposés à « eux-faux-mauvais » : des réponses correctes et certaines à toutes les questions existent dans l'absolu. L'identification avec les autorités est totale. Face à la multiplicité des cadres de références des différents enseignants, il se rend compte que l'incertitude constitue un problème : même les autorités ne sont pas d'accord ou n'ont pas encore trouvé la réponse correcte et certaine.

L'étudiant peut alors adopter un relativisme extrême où chacun a droit à ses opinions qu'aucun jugement ne peut départager. Au terme de cette progression, il adopte un relativisme contextuel où il voit toutes les valeurs et connaissances comme relatives et contextuelles : il peut alors dégager des relations dans un contexte donné, comparer un contexte à un autre et alors prendre des engagements en envisageant les implications de ses choix personnels dans un monde qu'il considérera comme relativiste.

## 2. Pensée réflexive (Kitchener et King, 1981)

Le modèle épistémologique de Kitchener et King (1981) concerne le degré de certitude dans la résolution de problèmes où « les gens raisonnables sont raisonnablement en désaccord » et qui sont alors qualifiés de problèmes mal définis (Wood, 1983). Il décrit le développement de la connaissance du sujet, de ses limites et de ses réactions face à l'incertitude. Dans l'entretien, chacun des problèmes est assorti de 2 points de vue contradictoires : le répondant formule et justifie sa position à propos du problème. Les réponses s'articulent selon 3 niveaux de jugement : pré-réflexif, quasi réflexif et réflexif.

Au niveau pré-réflexif, la personne considère les connaissances comme absolues. Elles sont obtenues par observation personnelle ou de la bouche de figures d'autorité et sont alors absolument correctes et certaines. La personne n'a pas recours aux preuves pour justifier son point de vue, celui-ci dépend des autorités ou est défendu comme une opinion personnelle.

Au niveau quasi réflexif, elle reconnaît la nature abstraite, relative et subjective des connaissances : différentes approches conduisent à différentes interprétations. Par contre, les interprétations spécifiques à un contexte peuvent être comparées à celles d'autres et retarder les décisions si elles ne sont pas évaluées pour leur validité à travers les différents contextes.

Au niveau réflexif, la personne compare les différentes interprétations issues des différents contextes pour les évaluer, les intégrer et émettre des jugements qu'elle estime les plus raisonnables. Ses connaissances étant construites et reconstruites au fur et à mesure que de nouvelles perspectives apparaissent, la personne demeure prête à réévaluer ses conclusions.

## 3. Pensée évaluative (Kuhn, 1991)

Kuhn (1991) considère que la tâche développementale sous-jacente à l'atteinte d'une épistémologie mature est la coordination des dimensions objectives et subjectives du savoir. Initialement, la dimension objective domine puis c'est la subjectivité qui prédomine et l'objectivité est abandonnée. Finalement, les deux sont coordonnés

dans un équilibre où aucune ne domine l'autre. Cette progression se traduit par une séquence de trois niveaux épistémologiques : absolutiste, relativiste et évaluatif.

Au niveau absolutiste, les connaissances sont perçues en termes objectifs, localisées dans le monde externe, correspondent à des faits et sont donc certaines. Compte tenu de la grande quantité de faits connus par les experts, l'absolutiste souscrit à la certitude des experts et enlève ses propres théories avec les leurs et qui deviennent alors indiscutables; il éprouve alors beaucoup de difficultés à réconcilier les points de vue divergents.

Au niveau relativiste, la subjectivité est reconnue et les connaissances sont relocalisées de l'objet connu au sujet connaissant et ne consistent plus dans des faits, mais plutôt dans des « idées » ou « émotions » et sont des opinions personnelles. Toutes les perspectives étant légitimes, le relativiste est plutôt indifférent à réconcilier les points de vue divergents alors juxtaposés les uns à côté des autres sans être transformés ou réconciliés.

Au niveau évaluatif, il y a une coordination des dimensions objectives et subjectives : les jugements peuvent être comparés et évalués à partir de critères objectifs et subjectifs dans un cadre de référence intégrant les différentes perspectives. Face à des points de vue conflictuels, l'évaluatif est ouvert aux différentes perspectives tout en défendant l'engagement à son point de vue à moins qu'il y ait suffisamment de justifications pour le changer ou le modifier.

#### Modèles de la pensée post-formelle

Parmi les différents modèles suggérés pour élargir la vision piagétienne de la pensée formelle, nous allons d'abord présenter la conceptualisation de la pensée post-formelle de Riegel (1973) qui est celle qui a le plus influencé les conceptualisations des modèles subséquents.

### 1. Pensée dialectique (Riegel, 1973)

Introduite par Klaus Riegel, la philosophie dialectique de Friedrich Hegel (1770-1831) a exercé une grande influence sur les conceptualisations de la pensée le. Riegel (1973) est le premier à proposer de façon formelle une alternative au modèle de Piaget. Il considère que les interprétations de Piaget n'arrivent pas à représenter de façon adéquate la pensée de personnes matures et créatives. La pensée formelle met plutôt l'accent sur la stabilité et l'équilibration et sur une logique visant à éliminer les contradictions en trouvant la bonne réponse.

Riegel présente une conception dialectique du développement qui insiste sur les notions de contradictions, de dépendances mutuelles, d'intégration et de transformations ; le développement consiste en de perpétuelles transformations et les contradictions sont les véritables catalyseurs des progrès cognitifs.

Les opérations dialectiques expliquent la dimension créative de la pensée adulte en demandant de tolérer les contradictions, de les explorer, de les intégrer et ainsi de découvrir d'autres questions qui perpétuent le mouvement thèse-antithèse-synthèse ; elles conduisent alors à de bonnes questions plutôt qu'à une bonne réponse.

Les travaux de Riegel ont inspiré de nombreux chercheurs à opérationnaliser et valider empiriquement le concept de vision dialectique du développement.

### 2. Pensée non absolue/relativiste (Arlin, 1975)

S'inspirant des travaux de Riegel et soulignant les liens de la pensée post-formelle avec la créativité, Arlin (1975) est la première à réaliser une étude empirique proposant un cinquième stade de développement cognitif qui se distingue par le passage progressif d'une phase de *résolution d'un problème* associée au stade de la pensée formelle vers une phase de *découverte d'un problème* associée à ce cinquième stade, celui de la pensée le.

Dans cette phase de *découverte d'un problème*, la personne démontre une plus grande capacité à découvrir et à formuler des questions à propos de problèmes moins bien définis comme ceux souvent rencontrés à l'âge adulte.

Dans cette étude, elle démontre que le stade formel de *résolution d'un problème* est une condition (1) nécessaire pour accéder au stade de *découverte d'un problème*, car aucun des sujets classés non formels n'a démontré une plus grande capacité à découvrir des questions à propos des problèmes présentés, mais (2) non suffisants, car certains sujets (61%) classés formels n'ont pas démontré cette capacité.

Comme Arlin (1975) l'a souligné, les opérations au stade de *découverte d'un problème* sont de nature typiquement moins bien définies, ce qui amène Yan et Arlin (1995) à considérer que ce stade de pensée implique nécessairement des opérations sur de multiples cadres de référence concernant des problèmes mal définis.

Yan et Arlin (1995) proposent alors une *pensée non absolue/relativiste* consistant en de telles opérations et représentant une caractéristique commune et unificatrice de quatre modèles majeurs de la pensée post-formelle : ceux de Arlin (1975) et de Kitchener et King (1981) déjà présentés et ceux de Sinnot (1981) et Basseches(1980) présentés plus loin.

### 3. Pensée relativiste (Sinnot, 1978)

Sinnot (1981) propose une théorie relativiste basée sur son analyse des modèles prérelativiste de Newton et relativiste d'Einstein. Les concepts présentés dans ces modèles reflètent des présomptions différentes ; absolutistes dans le premier cas et relativistes dans le deuxième. Selon elle le modèle relativiste peut contenir et coordonner la logique de Newton dans un système plus inclusif de relations entre les éléments et est plus adéquat pour décrire la pensée le.

La pensée formelle ne prendrait pas en considération l'influence d'une certaine « subjectivité nécessaire »; la pensée relativiste réintroduit cette subjectivité et permet de mieux comprendre la complexité du monde et des relations interpersonnelles.

Les opérations relativistes élaborent un système de systèmes formels opératoires et permettent la sélection subjective d'un système lorsque les systèmes applicables sont contradictoires : elles demandent une sélection subjective entre des sous-systèmes

formels logiquement contradictoires entre eux, mais ayant chacun sa conformité logique interne.

Sinnot (1998) considère donc que l'essence de la pensée post-formelle est l'habileté à ordonner plusieurs systèmes d'opérations formelles - ou de vérités – et que cette habileté implique nécessairement une certaine subjectivité pour prendre un engagement envers un de ces systèmes et agir à l'intérieur de celui-ci.

Elle précise que cette pensée post-formelle est relativiste dans le sens où elle reconnaît que plusieurs systèmes de vérité existent décrivant différemment le même événement et semblant logiquement équivalents, mais qu'elle est aussi non-relativiste (dialectique) dans le sens où le sujet ordonne ces différents systèmes et prend effectivement un engagement sérieux envers seulement l'un d'eux.

#### 4. *Pensée intégrée* (Labouvie-Vief, 1980)

Labouvie-Vief (1980) présente un modèle du développement inspiré de l'interprétation de Piaget des fonctions adaptatives de l'utilisation de la logique. Selon elle la logique de la pensée formelle échoue en termes de système d'autorégulation satisfaisante des émotions et des comportements et annonce plutôt que constitue une forme d'autorégulation mature. Elle propose trois niveaux de pensée : intrasystémique, intersystémique et intégratif.

Au niveau intrasystémique, la valeur de vérité des affirmations dépend d'une correspondance avec les faits. L'individu raisonne à l'intérieur d'un seul système de pensée et est capable de coordonner les éléments de ce système, mais sans en sortir pour l'évaluer, le comparer et le remettre en question. Il reconnaît des opinions divergentes, mais sans admettre que des systèmes alternatifs soient aussi valides que le sien.

Au niveau inter systémique, la multiplicité et l'incertitude émergent : la personne prend conscience de différentes façons de penser souvent contradictoires, discute différents systèmes et tolère les conflits, mais considère toujours ces systèmes comme distincts et irréconciliables et n'arrive pas à les intégrer ni à les transformer.

Au niveau intégratif, il y a un mouvement de la pensée analytique et hypothétique vers une pensée intégrative et pragmatique. L'individu considère positivement les différentes perspectives, intègre sa subjectivité dans une forme d'objectivité plus mature et construit sa propre vérité qui n'est alors plus absolue ni totalement relative, mais plutôt intégrative (dialectique). La pensée est alors une forme de raisonnement adaptée aux contextes réels et subjectifs sur lesquels elle porte. (Labouvie-Vief, 1992).

##### 5. *Pensée dialectique* (Basseches, 1980)

Dans le courant de la pensée dialectique inaugurée par Riegel, Basseches (1980) élabore une conception du fonctionnement cognitif adulte indiquant l'utilisation de la pensée dialectique qu'il propose comme la forme la plus avancée de cognition.

Il souligne que le terme dialectique renvoie au concept philosophique selon lequel toute idée ou thèse porte en elle-même sa contradiction ou son antithèse ; il s'agit de considérer ces deux pôles simultanément et de les intégrer en une synthèse cohérente. C'est l'analyse du pour et du contre, des avantages et des inconvénients inhérents à toute idée : l'art d'arriver à une vérité via un dialogue où questions et réponses permettent d'intégrer les contradictions.

L'individu maîtrise d'abord la pensée formelle, dans laquelle il analyse les relations à l'intérieur d'un problème ou d'un système, et ensuite il passe à la pensée dialectique, dans laquelle il analyse les systèmes alternatifs. Pour préciser le type de pensée qu'il décrit comme dialectique, Basseches (1984) souligne qu'il est important de considérer deux aspects majeurs de cette pensée : (1) son niveau d'organisation méta systématique et (2) sa forme d'organisation des relations.

La pensée dialectique est d'un niveau d'organisation méta systématique; elle inclut des systèmes dans ses objets d'analyses, décrit les relations entre des systèmes entiers et les transformations de ces systèmes.

Ce qui distingue la pensée dialectique des autres types de raisonnement proposés est sa forme particulière d'organisation des relations entre les systèmes : le processus

dialectique à travers lequel les systèmes structurés changent comme une transformation développementale, un mouvement à travers les formes qui s'effectue grâce à des relations constitutives et interactives.

Comme tradition intellectuelle, la pensée dialectique est une alternative aux deux styles de pensée ayant exercé une influence considérable sur la pensée humaniste, sociale et scientifique contemporaine ; la pensée universaliste et la pensée relativiste.

Dans le style de pensée universaliste, l'individu analyse d'abord les relations à l'intérieur d'un système ou d'un problème. Ce style de pensée correspond au premier niveau épistémologique de Perry (1970), celui du dualisme dans lequel « existent des vérités universelles fixes et un ordre des choses universel » (Basseches, 1984, p.10).

Dans le style de pensée relativiste, l'individu prend conscience des systèmes alternatifs, qui restent toutefois plutôt incompatibles ; il n'y a pas un seul et unique ordre universel des choses et les individus organisent la réalité de façons différentes et parfois incompatibles. Tolérant par rapport à la diversité, le relativiste est plutôt méfiant face à ce qu'il perçoit comme une tentative d'imposer une seule et unique organisation de la réalité. Ce style de pensée correspondant au niveau épistémologique de la multiplicité de Perry (1970).

Au niveau de la pensée dialectique, l'individu analyse les relations dans un système, puis les relations dans des systèmes alternatifs qu'il compare, évalue et tente d'intégrer. Dans ce style de pensée, l'organisation de l'univers est un processus continu ; celui de trouver et de créer un ordre à notre réalité en s'efforçant de découvrir ce qui n'a pas été considéré et de créer un nouvel ordre qui accueille et inclut ce qui était antérieurement exclu.



## RÉFÉRENCES

- Ahn, H. et Wampold, E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A Meta analysis of component studies in counselling psychotherapy. *Journal of counselling psychology*, 58, (3), 251-257.
- Aksoy, G. (2005). *Epistemology and psychotherapists: Clarifying the link among epistemic style, experience, and therapist characteristics* (Doctoral dissertation, University of Florida).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychological Association (1995). Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures Training in and dissemination of empirically validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48 (1), 3-23
- American Psychological Association (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American psychologist*, 61 (4), 271-285.
- Arlin, P. K. (1975). Cognitive development in adulthood: a fifth stage? *Developmental Psychology 11*: 602–606.
- Arlin, P.K. (2011). Dialectical thinking: further implications for creative thinking. In *Elsevier Encyclopaedia* p.383-386
- Basseches, M. (1980). Dialectical schematas: A framework for the empirical study of the development of dialectical thinking. *Human Development* 23, 400-421.
- Basseches, M. (1984). *Dialectical thinking and adult development*. Norwood, NJ: Ablex.
- Basseches, M. (2005). The development of dialectical thinking as an approach to integration. *Integral Review*, 1, 47-63.
- Basseches, M., et Mascolo, M. F. (2010). *Psychotherapy as a developmental process*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bendixen, L. D., &Rule, D. C. (2004). An integrative approach to personal epistemology: A guiding model. *Educational Psychologist*, 39 (1), 69–80.

- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. *In Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, edited by Bergin A, Garfield S. New York, Wiley, 1971, p. 217–270
- Beutler, L.E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, (2), 226-232.
- Blouin, P.S. & McKelvie, S.J. (2012). Postformal thinking as a predictor of identification and appreciation of irony and metaphor. *North American Journal of Psychology*, 14, (1), 39-50.
- Bopp, M. J. (1989). The nuclear crisis: Insights from metatheory and clinical change theories. In D. A. Kramer & M. J. Bopp (eds.), *Transformation in clinical and developmental psychology* (pp. 234-250). New York: Springer-Verlag.
- Bowlby, J. (1958). Nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psychoanalysis*. 39, 350-371.
- Castonguay, L.G., et Beutler, L.E. (Eds.). (2006a). *Principles of therapeutic change that work* (pp 353–369). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L.G., et Beutler, L.E. (2006b). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? Dans L.G. Castonguay et L.E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp 353–369). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G. et Hill, C. E. (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioural, humanistic, and psychodynamic approaches*. Washington, DC, US: American Psychological Association
- Commons, M., Demick L. et Goldberg J. (Eds) (1996) *Clinical Approaches to Adult Development*. Ablex Publishing Corporation, Norwood, New Jersey
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy: the facts are friendly*. Los Angeles: Sage.
- Cronbach, L.J. et Snow, R.E. (1977). *Aptitudes and instructional methods*. New York: Irvington
- Debbané M., Fonagy P. & Badoud D. (2016). De la mentalisation à la confiance épistémique : échafauder les systèmes d'une communication thérapeutique. *Revue Québécoise de psychologie* 37 (3), 181-195
- Denker, P. G. (1946). Results of treatment of psychoneuroses by the general practitioner. A follow-up study of 500 cases. *New York State Journal of Medicine*, 46, 2164-2166.
- Derogatis, D.L. (1983). *SCL-90-R administration, scoring and procedures manual II*. Boston: Psychometrics Research.

- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 414-419
- DSM-IV (1994). American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.). American Psychiatric Publishing, Inc..
- Elliot, R. et Greenberg, L. S. (1997). Multiple Voices in Process-Experiential Therapy: Dialogues between aspects of the self. *Journal of Psychotherapy Integration, 7*, .225-239.
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R. N., et Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion focused therapy: A process experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319—324.
- Flavell, John H. (2004) Theory-of-Mind Development: Retrospect and Prospect. *Merrill-Palmer Quarterly: 50 (3), Article 6*.
- Fonagy, P., & Allison, P. , (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51 (3)*, Sept. 2014, 372-380
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). The development of borderline personality disorder. A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders, 22*, 4–21.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research, 16*, 536–546.
- Grawe, K. (1992). [Psychotherapy research at the beginning of the 90's]. *Psychologische Rundschau, 43*, 132-162.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research, 7-19*.
- Greenberg, L., et Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8 (2)*, 210–224.
- Grünbaum, A. (1984). *The foundations of psychoanalysis, a philosophical critique*. Berkeley: University of California Press.
- Haviland, J.M. et Kramer, D.A. (1991). Affect-cognition relations in an adolescent diary: The case of Ann Frank. *Human Development 34*, 143-159.
- Hegel G.W.F. (1910/1967). *Phenomenology of Mind*, pp. 1058–1068. New York: Harper & Row.

- Hofer, Barbara K. (2004). Epistemological Understanding as a Metacognitive Process: Thinking Aloud During Online Searching, *Educational Psychologist*, 39(1), 43-55
- Kallio, E. (2011). Integrative thinking is the key: An evaluation of current research into the development of adult thinking. *Theory & Psychology*, 21(6), 785-80
- Kitchener, K. S., & King, P. M. (1981). Reflective judgment: Concepts of justification and their relationship to age and education. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2(2), 89-116.
- Kuhn, D. (1991). *The skills of argument*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kramer D.A. (1983a). Postformal operations ? A need for further conceptualisation. *Human Development* 26: 91-105.
- Kramer D.A. (1983b). *Structural and developmental features of relativistic and dialectical thought across the adult lifespan*, Doctoral Thesis, Temple University, University Microfilms International, Ann Arbor, MI 48106
- Kramer, D.A. (1989). A developmental framework for understanding conflict resolution processes. In J. D. Sinnott (Ed.). *Everyday problem solving in adulthood*. New York: Praeger. pp. 133-152.
- Kramer, D. A. & Kahlbaugh, P. E. (1994). Memory for a dialectical and a nondialectical prose passage in young and older adults. *Journal of Adult Development*, 1, 13-26
- Kramer, D. A., Kahlbaugh, P. E., & Goldston, R. B. (1992) A measure of paradigm beliefs about the social world. *Journal of Gerontology*, 47, 180-189.
- Kramer, D. A., & Melchior, J. (1990) Gender, role, conflict, and the development of relativistic and dialectical thinking. *Sex Roles*, 23, 553-575.
- Kramer, D. A., & Woodruff, D. S. (1986) Relativistic and dialectical thought in three adult age-groups. *Human Development*, 29, 280-290.
- Labouvie-Vief, G. (1980). Beyond formal operations: Uses and limits of pure logic in life-span development. *Human Development*, 23, 114-146.
- Labouvie-Vief, G. (1992). A neo-Piagetian perspective on adult cognitive development. Dans R. J. Sternberg et C.A. Berg (Eds.) *Intellectual development* (197-228). Cambridge University Press.
- Labouvie-Vief, G., Hakim-Larson, J., & Hobart, C. J. (1987). Age, ego level and the life-span development of coping and defences processes. *Psychology and aging*, 2(3), 286 -293.

- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavioural change (6<sup>th</sup> ed.)*. 169-218 New York: Wiley.
- Lambert, M.J., Hansen, N.B., & Finch, A.E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69,159–172.
- Lambert, M.J., & Olges, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavioural change (6<sup>th</sup> ed.)*. (pp. 139–193). New York: Wiley.
- Landis, C. (1937). A statistical analysis of psychotherapy methods. In L. E. Hinselwood (Ed.), *Concepts and problem of psychotherapy*. New York: Columbia University Press.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Spinger.
- Lecomte, C. (2010). Comment améliorer son efficacité thérapeutique ? *Cahier recherche et pratique Vol.1 No1 Mars 2010*.
- Lecomte, C., Drouin, M.-S., Savard, R. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25 (3), 73-102.
- Linehan, M.M. et Dimeff, L. (2001). Dialectical Behavior Therapy in a nutshell [archive], *The California Psychologist*, 34, 10-13
- Lipsey, M.W., et Wilson, D.B.(1993). Psychological, educational, and behavioural treatment: confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48,1181–1209.
- Hardi, S.S., Craighead, W.E. et Evans, D. D. (1997). Modeling relapses in unipolar depression: the effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65, (3) 381-391.
- Luborsky, L. (1954). A note on Eysenck's article: The effects of psychotherapy: An evaluation. *Brit. Psychol.*, 45: 129-131.
- 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.
- Lyster, T. L. (1996). *A nomination approach to the study of wisdom in old age*. Doctoral Dissertation, Concordia University, Montréal, Québec, Canada

- Marchand, H. (2001). Some reflections on post-formal thought. *The Genetic Epistemologist*, 29, 2-22. Retrieved October 20, 2000. L'épistémologie génétique Volume 29, Numéro 3 (dareassociation.org).
- Meltzof, J., et Kornreich, M., (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton.
- Moore, W.S. (2002). Understanding learning in a postmodern world: reconsidering the Perry scheme of ethical and intellectual development, p.17-36. In Hofer, B. K., and Pint rich, P.R., *Personal epistemology: The psychology of beliefs about knowledge and knowing*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Nathan, P.E. & Gorman, J.M. (Eds.). (1998). *A guide to treatments that work* (1st Ed.). New York: Oxford University Press.
- Nathan, P.E., & Gorman, J.M. (Eds.). (2002). *A guide to treatments that work* (2 ed.). New York: Oxford University Press.
- Nathan, P.E., & Gorman, J.M. (Eds.). (2007). *A guide to treatments that work* (3 ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., et Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48, 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>.
- Patten, S et Heather J. (2008). *Profil de la dépression clinique au Canada*. Université de Calgary. RSS1. Profil de la dépression clinique au Canada.pdf (149.8Ko)
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses*. Berkeley: University of California Press.
- Perry, W. G. (1970). *Forms of intellectual and ethical development in the college years: a scheme*. New York: Holt, Rinehart & Winston
- Rakfeldt, J., Rybash, J et Roodin P.A. (1996). Affirmative Coping: a marker of success in adult therapeutic Intervention. In Michael L. Commons, Jack Demick et Carl Goldberg (Eds) *Clinical Approaches to Adult Development* (295-310). Ablex Publishing Corporation, Norwood, New Jersey.
- Reese H. & Overton W.R., (1970) Models of development and theories of development. In L. R.Goulet et P. B.Baltes (Eds.), *Life-span development psychology: Research and theory*. New York: Academic Press, 1970
- Riegel, K. (1973) Dialectic operations: The final period of cognitive development. *Human Development* 16: 346–370.
- Rice, L.N. & Greenberg, L.S. (1984). The new research paradigm. In L. Rice, et L. Greenberg (Eds). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapeutic process* (pp. 7-25). New York: Guilford.

- Robinson, L. A., Berman, J. S. et Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30–49.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press. Source: Silber, E., & Tippett, J. S. *Self-esteem: clinical assessment and measurement validation*. *Psychological Reports*, 16, 1017-1071.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415.
- Rosenzweig, S. (1954). A Tran valuation of psychotherapy: A reply to Hans Eysenck. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 298-304
- Sinnott, J. D. (1981). *The theory of relativity: A Meta theory for development?* *Human Development*, 24, 292- 311.
- Sinnott, J. D. (1998). *The development of logic in childhood: Postformal thought and its applications*. New York: Plenum Press.
- Sinnott, J. D., & Guttman, D. (1978a). Piagetian logical abilities and older adult's abilities to solve everyday problems. *Human Development*, 21, 327-333.
- Sinnott, J. D. & Guttman, D (1978b). The dialectics of decision making in older adults. *Human Development*, 21, 190-200.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. et Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus Behaviour Therapy*. Cambridge: Harvard University Press, SNYDER.
- Smith, M., et Glass, G. V. (1977). Meta-analyses of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752–760.
- Society of clinical psychology (2022).  
<https://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/>
- Sotsky, S. M., Glass, D.R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J.f., Elkin, K. et al. (1991) Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of depression collaborative research program. *American journal of psychiatry*, 148, 997-1008.
- Svartberg, M. et Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 704–714.
- Wampold, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21–4 3.

- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Watson, J. C., Goldman, R. N. et Greenberg, L. S. (2007). *Case studies in emotion-focused treatment of depression: A comparison of good and poor outcome*. American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/11586-000>
- Weissman, A. N. & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the 86<sup>th</sup> Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Winograd, M. & Davidovich, M. (2014). Psychanalyse freudienne et épistémologie: Disputes politiques. *Recherches en psychanalyse*, 17, 73- 88.  
<https://doi.org/10.3917/rep.017.0073>
- Wood, P. K.(1983). Inquiring systems and problem structure: Implications for cognitive development. *Human Development*, 26, 249–265.
- Yang, C-C., Wan, C-S, et Chiou, W-B. (2010). Dialectical thinking and creativity among young adults: A Postformal operations perspective. *Psychological Reports*, 106, 1-14.
- Yan, B. & Arlin, P.K. (1995). Non-absolute/relativistic thinking: a common factor underlying models of post formal reasoning? *Journal of Adult Development*, 2, 223–240
- Young, J.E., Klosko et J., Weishaar, M.E. (2003) *Schema Therapy:a practioner's Guide*. New York, NY