

ACTIVITÉS MENTALES LORS DE L'ÉCOUTE THÉRAPEUTIQUE : ÉTABLISSEMENT DE PROFILS ET INFLUENCE DE CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

MENTAL ACTIVITY DURING THERAPEUTIC LISTENING: PROFILES AND INFLUENCE OF PERSONAL CHARACTERISTICS

Julie Maheux, Lina Normandin, Kathy Parent, Karin Ensink and Stéphane Sabourin

Volume 37, Number 3, 2016

LA MENTALISATION : AU COEUR DE LA PRATIQUE CLINIQUE ET DE
LA SANTÉ MENTALE
MENTALIZATION: A CENTRAL CONCEPT IN CLINICAL PRACTICE
AND MENTAL HEALTH

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1040168ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1040168ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Maheux, J., Normandin, L., Parent, K., Ensink, K. & Sabourin, S. (2016).
ACTIVITÉS MENTALES LORS DE L'ÉCOUTE THÉRAPEUTIQUE :
ÉTABLISSEMENT DE PROFILS ET INFLUENCE DE CARACTÉRISTIQUES
PERSONNELLES. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 217–234.
<https://doi.org/10.7202/1040168ar>

Article abstract

The mentalization capacity of the therapist is considered central to imagining and understanding the internal experience and reactions of the patient as well as their own. Mentalization involves cognitive and affective processes in a clinical context that can be conceptualized and operationalized for research as the Therapist's Mental Activity (TMA). The TMA measure includes three scales to assess the rational/objective, reactive/unconscious and reflective/mentalizing modes. The TMA of 107 experienced and trainee therapists was measured. Three distinct profiles of TMA were identified and were associated with experience. The theoretical and clinical implications of these profiles are discussed.

ACTIVITÉS MENTALES LORS DE L'ÉCOUTE THÉRAPEUTIQUE : ÉTABLISSEMENT DE PROFILS ET INFLUENCE DE CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

**MENTAL ACTIVITY DURING THERAPEUTIC LISTENING: PROFILES AND INFLUENCE
OF PERSONAL CHARACTERISTICS**

Julie Maheux¹

Université du Québec à Trois-Rivières

Lina Normandin

Université Laval

Kathy Parent

Centre de consultation enfance-famille

Karin Ensink

Université Laval

Stéphane Sabourin

Université Laval

INTRODUCTION

Bien qu'il soit attendu que le thérapeute puisse influencer le processus thérapeutique, à ce jour peu d'appuis empiriques permettent de mettre en lumière sa contribution spécifique (Beutler, Forrester, Gallagher-Thompson, Thompson, & Tomlins, 2012; Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004) ou les liens qui existent entre ses interventions et l'efficacité thérapeutique (Baldwin & Imel, 2013; Karlsson & Kermott, 2006; Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998; Wampold, 2001). Depuis quelques années, des efforts considérables ont été déployés afin d'identifier les pratiques, les habiletés et les caractéristiques personnelles du thérapeute qui contribueraient à l'efficacité thérapeutique (Duncan, 2012) ou encore à son adhérence aux techniques ou stratégies manualisées (Perry, 2010; Sexton & Kelley, 2010). D'autres études se concentrent plutôt sur les traits de personnalité du thérapeute (Gerson, 2013), sa capacité d'empathie (Moyers & Miller, 2013), ses habiletés interpersonnelles (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert, & Vermeersch, 2009) ou sa gestion de ses réactions contre-transférentielles (Lambert, 2010). Nos travaux s'inscrivent dans ces derniers efforts, plus particulièrement en se penchant sur les processus mentaux par lesquels le thérapeute écoute le patient, décode son discours et ses émotions, analyse et transforme ces contenus, pour ensuite les retourner au patient sous forme d'interventions. En effet, nous croyons que les processus mentaux du thérapeute influencent sa capacité à créer une alliance avec le patient et à formuler des interventions qui ciblent des enjeux centraux, affectivement chargés et individualisés au patient. Or, nos connaissances sur le fonctionnement des processus mentaux des thérapeutes, des facteurs qui les influencent, des liens avec les interventions qui en découlent ainsi qu'avec l'efficacité de ces interventions

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières (QC), G9A 5H7. Téléphone : (819) 376-5011, poste 3522. Courriel : Julie.Maheux@uqtr.ca

sont limitées. Nous disposons également de peu d'outils permettant de mesurer ces processus. Cette étude vise donc à décrire les processus mentaux déployés durant l'écoute thérapeutique et à explorer le lien entre ces processus et certaines caractéristiques personnelles de thérapeutes professionnels et en formation.

Processus mentaux et mentalisation

La mentalisation, opérationnalisée par le construit de fonctionnement réflexif (FR), est le processus par lequel l'individu comprend les subtilités de ses émotions et réactions ainsi que celles d'autrui. Il s'agit de la capacité à s'imaginer et à se représenter ses états mentaux et sentiments qui sous-tendent ses propres comportements et ceux des autres lors d'interactions sociales (Bateman & Fonagy, 2004; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy, 1999). Bien qu'elle puisse requérir un effort conscient, la mentalisation est une habileté qui se développe à différents degrés chez l'individu et qui se déploie généralement de façon automatique, selon les contextes. Elle peut porter à la fois sur des états internes ou des réalités externes ainsi que sur soi ou sur l'autre, contribuant à interpréter adéquatement et à comprendre le monde interne et les relations sociales (Fonagy & Luyten, 2009).

Dans un contexte d'écoute et d'intervention thérapeutique, les capacités de mentalisation du thérapeute sont particulièrement sollicitées (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Ensink, Normandin, & Maheux, 2007; Jones, 2000; Karlsson & Kermott, 2006; Rizq & Target, 2010). En effet, ces capacités lui permettent, par exemple, de distinguer les émotions et les pensées d'un patient, plus particulièrement lorsque celles-ci semblent contradictoires à son discours. Elles lui permettent aussi d'élaborer des hypothèses quant à l'expérience subjective du patient, même lorsque les comportements de ce dernier traduisent une fermeture. Les capacités de mentalisation du thérapeute lui permettent d'utiliser à la fois ses habiletés cognitives et affectives pour mieux saisir et comprendre les réactions intenses du patient et les siennes, plus spécifiquement lors d'interactions difficiles ou compliquées (Ensink *et al.*, 2007; Jones, 2000; Karlsson & Kermott, 2006; Normandin & Ensink, 2007). Les capacités de mentalisation du thérapeute joueraient un rôle dans la relation thérapeutique et, ultimement, dans l'efficacité de la thérapie. En effet, le thérapeute capable d'explorer et de comprendre ses réactions affectives et celles de son patient serait plus apte à établir une bonne alliance thérapeutique, contribuant ainsi à la satisfaction du patient (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Jones, 2000; Karlsson & Kermott, 2006; Lambert & Barley, 2001; Markowitz & Milrod, 2011). De plus, la capacité du thérapeute à s'imaginer l'expérience affective sous-jacente au comportement de son patient serait à la base de plusieurs habiletés cliniques, comme celle de formuler des interprétations justes et ciblées sur

les états internes du patient. On présume que ces habiletés cliniques seraient d'ailleurs étroitement liées à l'efficacité thérapeutique (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy, 1999; Jones, 2000; Normandin & Ensink, 2007). Davantage d'appuis empiriques seraient toutefois nécessaires afin de mieux comprendre les liens entre les capacités de mentalisation du thérapeute, ses interventions et l'efficacité thérapeutique. L'étude des capacités de mentalisation du thérapeute pourrait procurer des données pertinentes à l'égard de la formation et de la supervision des thérapeutes et des intervenants en santé mentale. Cependant, rares sont les travaux s'étant spécifiquement intéressés à la mesure des capacités de mentalisation chez le thérapeute lors de l'écoute thérapeutique. Parmi ceux s'y étant intéressés figurent entre autres les travaux de Normandin, de Bouchard, de Lecours ainsi que de leurs collaborateurs (Dubé & Normandin, 2007; Goldfeld *et al.*, 2008; Lecours, Bouchard, & Normandin, 1995; Maheux, 2014; Normandin, 1991; Normandin & Bouchard, 1993; Parent, 2005) qui ont élaboré une opérationnalisation des processus de mentalisation sous-jacents à l'écoute thérapeutique au moyen du construit d'activité mentale du thérapeute (AM-T) (Ensink *et al.*, 2013; Maheux, 2014).

L'activité mentale du thérapeute

L'activité mentale du thérapeute (AM-T) se définit comme un ensemble de processus mentaux chez le thérapeute à l'égard de son patient. L'AM-T comprend les pensées, les émotions, voire les sensations, fantaisies ou souvenirs perçus par le thérapeute au contact du patient durant une séance de thérapie (Normandin, 1991; Normandin & Bouchard, 1993). L'AM-T regroupe ces processus en trois modes principaux d'activités mentales par lesquels le thérapeute peut écouter un patient soit : 1) le mode rationnel/objectif; 2) le mode réactif/impulsif; et 3) le mode réflexif/mentalisateur. Le thérapeute peut alterner entre ces trois modes, les utiliser de façon parallèle ou séquentielle durant l'écoute thérapeutique.

Mode d'activité mentale rationnelle

L'AM-T rationnelle est une activité mentale de type hypothético-déductive qui permet au thérapeute de parvenir à une compréhension objective et juste du patient. Dans ce mode, le thérapeute base sa réflexion à partir de ce qu'il observe du patient ou à partir de son sens commun des phénomènes, son expérience acquise auprès d'autres patients similaires ou sur ses connaissances théoriques. Il peut ainsi objectiver, catégoriser ou organiser l'information en une compréhension cohérente du patient. Par exemple, le thérapeute peut faire des observations sur l'apparence, les propos ou les comportements non verbaux du patient, émettre des hypothèses diagnostiques sur le trouble ou la psychopathologie du patient, décrire ses comportements ou élaborer

une théorie explicative des difficultés du patient à partir de ses observations immédiates, de ses connaissances théoriques ou du sens commun. Le thérapeute se positionne d'un point de vue extérieur, il se trouve dans une position détachée et non affective.

Mode d'activité mentale réactive

L'AM-T réactive est associée aux réactions contre-transférentielles des thérapeutes telles que décrites dans la littérature psychanalytique classique (Epstein & Feiner, 1993; Heimann, 1960; Jacobs, 1999). Ce mode correspond à un état émotionnellement chargé et engagé où le thérapeute expérimente des affects qui obstruent significativement son objectivité et biaisent sa conception du patient. Lorsqu'il se trouve dans l'AM-T réactive, le thérapeute réagit de façon impulsive par rapport à ce que le patient suscite en lui, par exemple en posant des jugements hâtifs, en prenant parti, en idéalisant ou en devenant très sélectif par rapport au matériel à explorer ou à approfondir. Puisque le mode réactif est majoritairement constitué de réactions affectives inconscientes, le thérapeute se trouve piégé par sa propre expérience affective et il devient alors incapable de dégager une compréhension objective de l'état ressenti par le patient. L'AM-T réactive réfère aux « points aveugles » du thérapeute, ses réactions n'étant pas directement accessibles à sa conscience. Il est postulé que le thérapeute s'engage dans une AM-T réactive quand les enjeux du patient le perturbent et provoquent chez lui des réactions émotionnelles inconscientes qui interfèrent avec sa réflexion (Williams, Judge, Hill, & Hoffman, 1997). Ce mode d'AM-T peut aussi mener à une mauvaise interprétation de la dynamique interne du patient et être dommageable au processus thérapeutique si le thérapeute en demeure inconscient (Mohr, 1995). En revanche, l'AM-T réactive est également une porte d'entrée sur l'univers affectif et émotionnel du thérapeute et de l'interaction thérapeutique, bien qu'à ce stade le thérapeute n'en possède pas la maîtrise totale ou la compréhension.

Mode d'activité mentale réflexive

L'AM-T réflexive est un processus d'intégration à la fois de l'expérience affective, cognitive, relationnelle et sensorielle vécue par le thérapeute au contact du patient. Le thérapeute utilise ses réactions subjectives, les représentations symboliques qui lui viennent à l'esprit, ses sensations et ses ressources cognitives afin de dégager un sens de sa propre expérience et de celle du patient lors de l'interaction thérapeutique. Il s'agit d'un processus de mentalisation de l'ensemble de ses réactions, sensations, pensées, affects ressentis au contact du patient et d'un effort pour tenter d'en tirer une compréhension congruente au vécu du patient (Ensink *et al.*, 2013). Dans ce mode, le thérapeute utilise ses réactions subjectives conscientes ou préconscientes au service d'une compréhension articulée, sensible et spécifique du patient. Il est à noter

que contrairement au mode réactif, le thérapeute qui se trouve dans le mode réflexif est conscient de l'expérience ressentie et fournit un effort délibéré pour s'immerger dans cette expérience, mais aussi pour comprendre la dynamique interne du patient. Le thérapeute tente d'identifier et d'élaborer ses réactions internes, celles-ci pouvant être au départ vagues, imprécises et diffuses (étape d'émergence), pour ensuite devenir une expérience de plus en plus spécifique et élaborée. Le thérapeute s'imprègne alors de l'expérience affective (immersion) et en développe une compréhension riche et articulée des difficultés du patient et de son monde interne (élaboration). Par exemple, le thérapeute pourrait identifier qu'il se sent contrôlé par le patient, sentiment qui lui serait d'abord inconfortable et diffus. Cependant, à la suite d'efforts de réflexion de cette expérience affective, le thérapeute pourrait éventuellement comprendre que le patient ressent une grande peur des relations et ainsi le thérapeute pourrait mieux saisir l'expérience vécue par le patient dans la relation thérapeutique. À partir de cette expérience, le thérapeute pourrait poursuivre sa réflexion et élaborer une riche compréhension des mécanismes mis en branle chez le patient pour se protéger de la relation avec l'autre.

Grille d'analyse de l'activité mentale du thérapeute (GAM-T)

Une grille d'analyse des trois modes d'activités mentales du thérapeute a été élaborée afin de classer et de pondérer leur utilisation lors d'une tâche d'écoute thérapeutique ou de rappel d'une séance de thérapie (Maheux, 2014; Normandin, 1991; Normandin & Bouchard, 1993). La codification de l'AM-T permet de dégager trois scores, soit un score pour chaque mode d'AM-T (rationnel, réactif, réflexif), bien que chacun d'eux puisse être utilisé de façon séquentielle ou en parallèle lors de l'écoute thérapeutique (Normandin, 1991). D'ailleurs, tel qu'attendu, les recherches sur l'AM-T ont démontré que la majorité des thérapeutes utilisent plus d'une AM-T lors de l'écoute d'un patient (Normandin & Bouchard, 1993; Normandin & Ensink, 2007). Ainsi, l'investigation de profils combinant à la fois les modes rationnel, réactif et réflexif (profils à trois composantes) offrirait potentiellement un portrait plus complet et détaillé des processus de pensées en cours chez le thérapeute lors de l'écoute d'un patient. Le premier objectif de cette étude visait à dégager l'existence de profils combinant les trois modes d'AM-T durant l'écoute thérapeutique et à explorer et à décrire la constitution de ces profils en ce qui a trait au degré d'utilisation par les participants de chacune des AM-T.

Des travaux antérieurs sur l'AM-T ont également soulevé un lien possible entre les caractéristiques personnelles des thérapeutes et leur façon d'utiliser les trois AM-T. Des études ont notamment suggéré une influence du genre (Goldfeld *et al.*, 2008; Lecours *et al.*, 1995) de la personnalité (Parent, 2005), des mécanismes de défense (Séguin &

Profils d'activité mentale du thérapeute

Bouchard, 1996), de l'approche théorique (Normandin & Bouchard, 1993), du nombre d'années d'expérience clinique (Lecours *et al.*, 1995; Normandin, 1991; Normandin & Bouchard, 1993), et de l'impact de la psychothérapie personnelle du thérapeute (Dubé & Normandin, 1999) sur les trois échelles d'AM-T lorsque considérées séparément. Les résultats généraux de ces travaux peuvent être consultés dans la Tableau 1. Ces résultats soulèvent la possibilité que certaines variables personnelles et professionnelles du thérapeute puissent avoir une influence sur la façon dont le thérapeute réfléchit aux patients. Le second objectif de cette étude était donc de vérifier, dans l'éventualité où des profils d'AM-T seraient retrouvés, le lien possible entre certaines caractéristiques personnelles des participants et leur profil d'AM-T.

Tableau 1

Principaux résultats des études s'étant intéressées au lien entre l'AM-T et différentes variables reliées au thérapeute

	Variables personnelles du thérapeute	Variables professionnelles du thérapeute
Liens avec l'AM-T Rationnelle	<i>Genre</i> Homme > Femme Lecours et al. (1995) <i>Type de mécanismes défensifs utilisés</i> Matures > Immatures Maheux (2014)	<i>Orientation théorique</i> TCC > Psychodynamique Normandin & Bouchard (1993) <i>Expérience professionnelle</i> Expérimentés > Non-Expérimentés Maheux (2014)
Liens avec l'AM-T Réactive	<i>Type de mécanismes défensifs utilisés</i> Immatures > Matures Séguin et Bouchard (1996)	<i>Expérience professionnelle</i> Expérimentés > Non-Expérimentés Normandin & Bouchard (1993)
Liens avec l'AM-T Réflexive	<i>Genre</i> Femme > Homme Lecours <i>et al.</i> (1995); Goldfeld <i>et al.</i> (2008) <i>Personnalité : trait d'ouverture à l'expérience</i> Plus ouverts > moins ouverts Parent (2005) <i>Type de mécanismes défensifs utilisés</i> Matures > Immatures Séguin & Bouchard (1996)	<i>Psychothérapie personnelle chez le thérapeute</i> Psychothérapie > Pas de psychothérapie Dubé & Normandin (1999); Maheux (2014) <i>Orientation théorique</i> Psychodynamique/humaniste > TCC Normandin & Bouchard (1993) <i>Expérience professionnelle</i> Non-Expérimentés > Expérimentés Normandin & Bouchard (1993); Lecours <i>et al.</i> (1995)

MÉTHODOLOGIE

Participants

L'échantillon était composé de 107 thérapeutes¹ professionnels ou en formation (77 femmes), âgés en moyenne de 28 ans ($ET = 8.9$; Min = 19; Max = 57), recrutés dans différents milieux cliniques et universitaires de la province de Québec. Soixante-quinze participants étaient des étudiants en psychologie terminant leur troisième année de baccalauréat ou leur première année à la maîtrise et sept participants étaient des doctorants en psychologie. Ces étudiants en psychologie n'avaient pas d'expérience clinique au moment de l'étude, mais ils prévoyaient tous s'engager dans la pratique professionnelle de la psychothérapie. Ils avaient complété les cours d'intervention de base visant le développement des habiletés à la communication, des méthodes d'intervention et de l'application des modèles théoriques. La majorité d'entre eux avaient également de l'expérience en relation d'aide (bénévole ou professionnelle) au sein d'organismes sociaux ou communautaires. Vingt-cinq participants étaient des psychologues ayant une pratique clinique active (13 ayant moins de 10 ans d'expérience clinique, 12 ayant 10 années ou plus d'expérience). Les participants présentaient des caractéristiques personnelles et professionnelles variées.

Procédure

L'expérimentation se déroulait dans une salle de psychothérapie. Chaque participant devait visionner sept vignettes vidéo d'entrevues réalisées auprès de patients réels et était invité à réagir spontanément à ces dernières. Les interventions de l'interviewer étaient préalablement retirées, pour ne présenter aux participants que les propos des patients. Les patients stimulus présentés dans les vignettes cliniques vidéo étaient des patients d'une clinique psychologique des environs de Québec qui avaient consenti à ce que le matériel soit utilisé dans le cadre de la recherche. Afin d'augmenter l'homogénéité des vignettes et de diminuer la variance dans les réactions des thérapeutes due à de trop grandes différences entre les patients, ces derniers faisaient tous partie d'une population clinique présentant une organisation limite de la personnalité. Ce type de patient a été retenu en raison de sa propension à solliciter grandement l'AM-T (Dubé & Normandin, 1999). Les participants recevaient tous la consigne de communiquer spontanément à haute voix les pensées, fantaisies, réflexions cliniques, impressions diagnostiques ou souvenirs qui

1. Il est à noter que, dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés à l'écoute thérapeutique aussi bien chez des étudiants en psychologie que chez des psychologues. Dans le but de simplifier le texte, les participants seront appelés thérapeutes, bien que plusieurs n'exerçaient pas encore la profession de façon autonome.

leur venaient à l'esprit lors de l'écoute des vignettes. Ces réactions étaient enregistrées sur bande vidéo, puis transcrites en verbatim. Les réactions verbatim des thérapeutes étaient par la suite codifiées par deux coteurs expérimentés. Les coteurs étaient deux doctorants en psychologie ayant reçu une formation de 25 heures portant spécifiquement sur la cotation à l'aide de la grille d'activités mentales du thérapeute.

Mesure de l'AM-T

L'AM-T des participants a été mesurée à l'aide de la Grille d'activités mentales du thérapeute (GAM-T), qui permet d'évaluer les types d'AM-T utilisées et la contribution relative de chaque AM-T dans le processus d'écoute du thérapeute (Dubé & Normandin, 2007; Maheux, 2014; Normandin, 1991). À l'aide de la GAM-T, le coteur évaluait sur une échelle ordinale de 0 à 4 le niveau de chacune des AM-T utilisées par le participant. Un score de 0 signifiait qu'il y avait absence de cette forme d'AM-T dans la vignette et un score de 4 signifiait que l'AM-T était utilisée de façon cohérente, détaillée et élaborée. Cette méthode de codification permettait donc de dégager un score pour chaque mode d'AM-T. Le score global du participant pour chaque mode d'AM-T était déterminé en calculant la moyenne des scores pour l'ensemble des sept vignettes. Plusieurs études ont mis en évidence d'excellentes qualités psychométriques pour cet instrument (Dubé & Normandin, 1999; Dubé & Normandin, 2007; Lecours *et al.*, 1995; Maheux, 2014; Normandin & Bouchard, 1993).

Variables personnelles et professionnelles

Afin de mesurer les variables personnelles et professionnelles des thérapeutes, un questionnaire de caractéristiques sociodémographiques et professionnelles était administré aux participants. Ce questionnaire permettait d'obtenir des données sur l'âge, le genre, le nombre d'années d'expérience, le fait d'avoir reçu ou non de la psychothérapie personnelle et la durée de cette psychothérapie. Les traits de personnalité étaient mesurés à l'aide de la version francophone de l'*OMNI Personality Inventory* (Loranger, 2001; 2003). Ce test était composé de 375 questions dont les échelles étaient de type Likert. Il permettait de mesurer à la fois les traits normaux et pathologiques de la personnalité. Seules les 25 échelles normales, regroupées en sept facteurs, ont été retenues dans le cadre de la présente étude. Finalement, les mécanismes de défense du thérapeute étaient mesurés à partir de la version francophone du *Defense Style Questionnaire* (DSQ) (Bond, 2004; Bond & Wesley, 1996; Bond, 1995). Il s'agissait d'un questionnaire de 40 questions rempli par le participant et portant sur les mécanismes de défense qu'il utilise. Les scores étaient regroupés en trois échelles, soit l'échelle de défenses matures, l'échelle de défenses immatures et l'échelle de défenses

névrotiques. Ces deux questionnaires ont été reconnus comme ayant de bons indices de validité et de fidélité (Bond, 2004; Bond & Wesley, 1996; Bond, 1995; Guess, 2006).

Plan d'analyse

Le premier objectif de cette étude consistait à vérifier s'il était possible de dégager chez nos participants des profils d'AM-T lors de leur processus d'écoute thérapeutique auprès des patients présentés, et ce, en considérant simultanément leurs scores obtenus aux trois échelles d'AM-T (rationnelle, réactive et réflexive). Une analyse de classification a donc été effectuée en utilisant les trois échelles d'AM-T (*two-step cluster analysis, 15 groupes maximum, utilisant le Bayesian Information Criterion*). Cette analyse a permis de déterminer des groupes statistiques naturels à même les données, sans déterminer à l'avance le nombre de profils attendus. Des ANOVAs (*one-way anovas*) ont été utilisées afin de vérifier de quelle façon les profils retrouvés se distinguaient en ce qui a trait à l'utilisation de leurs trois échelles d'AM-T. En lien avec notre deuxième objectif, des ANOVAs et des Chi-Carré d'Indépendance ont ensuite été effectués afin de vérifier si les caractéristiques personnelles et professionnelles des thérapeutes différaient significativement d'un profil à l'autre.

RÉSULTATS

Établissement de profils d'AM-T

L'analyse de classification a identifié trois profils distincts. Tel que présenté dans la Figure 1.A), la qualité sur le plan de la cohésion et de la séparation était de niveau suffisant. Le ratio de taille était de 2,94. L'indice d'importance relative des variables dans la création des profils montre que les deux variables les plus déterminantes pour la classification des participants étaient les AM-T rationnelle et réflexive, bien que les trois échelles d'AM-T aient été utilisées par l'analyse pour créer les trois profils (Figure 1.B).

Le premier profil (profil 1, $n = 50$) se caractérisait par des modes rationnel ($M = 1,2$) et réactif ($M = 0,81$) faibles et un mode réflexif plus élevé ($M = 2,33$). Nous appellerons ce profil *Réflexif*. Le profil 2 ($n = 40$) se démarquait par des scores rationnel ($M = 1,49$) et réactif ($M = 1,61$) moyens et un score d'AM-T réflexive faible ($M = 1,17$). Nous appellerons ce profil *Réactif*. Finalement, le profil 3 ($n = 17$) se démarquait par des scores élevés de rationalité ($M = 2,93$) et de réflexivité ($M = 2,37$) et par des scores faibles de réactivité ($M = 1,12$). Nous appellerons ce profil *Réflexif/Rationnel*. La Figure 2 présente les scores d'AM-T des trois profils.

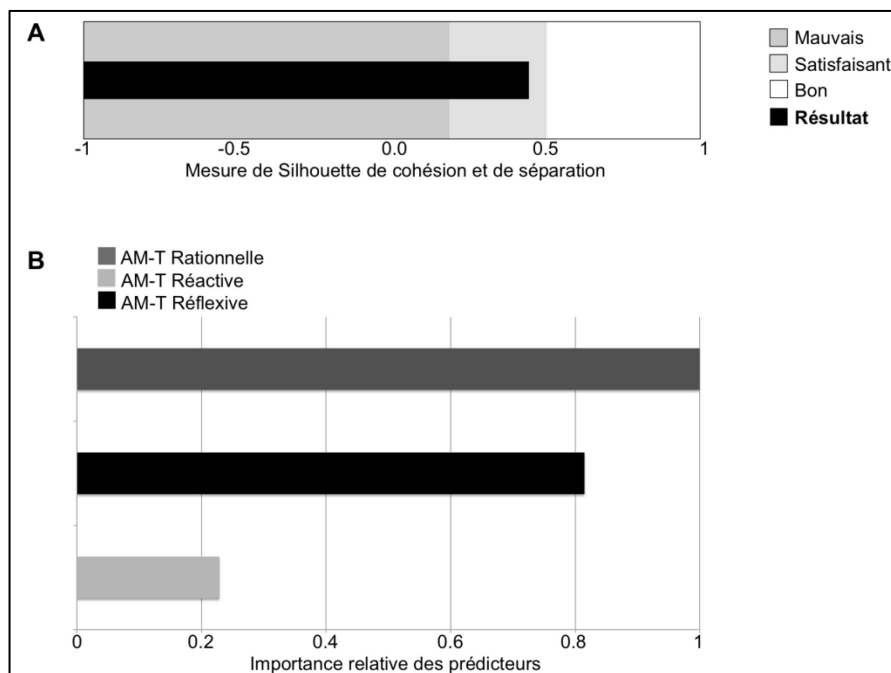


Figure 1. Résultats des analyses de cluster. A) Mesure de Silhouette de cohésion et de séparation. B) Importance relative des variables dans la création des profils en prenant comme variable étalon l'importance de l'AM-T Rationnelle.

Afin de vérifier si les moyennes d'AM-T de ces trois groupes différaient significativement, trois ANOVAs ont été effectuées. En ce qui a trait à l'AM-T rationnelle, la différence entre les trois profils était significative [$F(2,104) = 83,11$; $p < .001$; $\eta^2 = .62$]. Les tests posthoc avec correction de Bonferroni révélèrent que les scores au mode rationnel du profil 3-*Réflexif/Rationnel* étaient plus élevés que ceux du profil 2-*Réactif* (différence de moyenne = 1,43; $p < .001$) et que ceux du profil 1-*Réflexif* (différence de moyenne = 1,72; $p < .001$). De plus, les scores du profil 2-*Réactif* étaient plus élevés que ceux du profil 1-*Réflexif* (différence de moyenne = 0,28; $p = .019$). Pour l'AM-T réactive, une différence significative distinguait les profils 1-*Réflexif* et 2-*Réactif* [$F(2,104) = 12,68$; $p < .001$; $\eta^2 = .20$], le profil 2-*Réactif* ayant un score d'AM-T réactive significativement plus élevé (différence de moyenne = 0,80; $p < .001$). Aucune différence significative n'a été trouvée entre les profils 2-*Réactif* et 3-*Réflexif/Rationnel*, bien que la tendance statistique suggère un score d'AM-T réactive plus élevé chez le profil 2-*Réactif* (différence de moyenne = 0,49; $p = .07$). En ce qui concerne l'AM-T réflexive, une différence entre les profils a également été retrouvée [$F(2,104) = 61,23$;

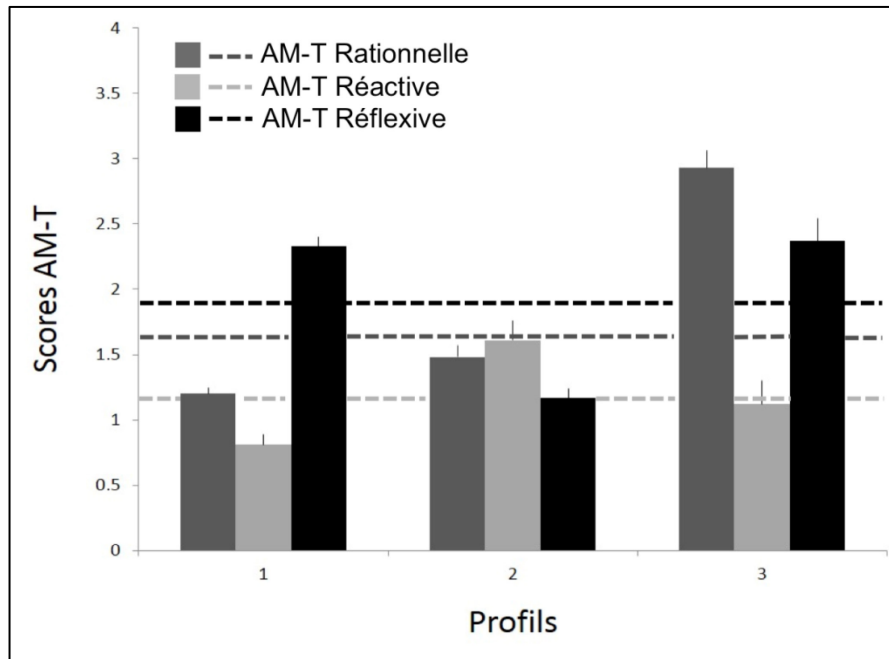


Figure 2. Scores moyens aux trois modes d'AM-T pour chacun des trois profils identifiés par l'analyse de clusters. Les barres d'erreurs représentent des erreurs standards à la moyenne. Les lignes pointillées représentent les moyennes de l'ensemble de l'échantillon à chacun des modes.

$p < .001$; $\eta^2 = .54$]. Le profil 2-Réactif était significativement plus faible que le profil 1-Réflexif (différence de moyenne = -1,15; $p < .001$) et le profil 3-Réflexif/Rationnel (différence de moyenne = -1,19; $p < .001$), sur le plan de la mentalisation. Les profils 1-Réflexif et 3-Réflexif/Rationnel ne différaient pas (différence de moyenne = 0,04; $p = 1.000$).

Liens entre les profils d'AM-T et certaines caractéristiques du thérapeute

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les groupes en ce qui concerne l'âge des thérapeutes, le sexe, la durée ou le fait d'avoir effectué une psychothérapie personnelle ainsi qu'en ce qui a trait à leurs scores aux échelles de défenses et de personnalité. Toutefois, une différence significative a été retrouvée entre les groupes quant au fait d'avoir de l'expérience clinique ou non ($\chi^2(2,107) = 15,56$; $p < .001$). En effet, les profils 1-Réflexif et 2-Réactif présentaient une plus grande proportion de thérapeutes ne possédant pas d'expérience clinique (Profil 1 = 44 sans expérience vs 6 avec expérience; Profil 2 = 31 sans expérience vs 9 avec expérience), comparativement au profil 3-

Réflexif/Rationnel (7 sans expérience vs 10 expérimentés); (différence profil 3 et 2 : $\chi^2(1,57) = 7,08$; $p = .008$; différence profil 3 et 1 : $\chi^2(1,90) = 15,30$; $p < .001$), mais les profils 1-*Réflexif* et 2-*Réactif* ne présentaient pas de différence significative entre eux en ce qui a trait à l'expérience.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude consistait à vérifier l'existence de profils d'AM-T durant l'écoute thérapeutique et à explorer les caractéristiques des individus pouvant être corrélées à chacun de ces profils. Trois profils ont été mis en évidence lors de l'écoute thérapeutique. Les participants des profils 1-*Réflexif* et 3-*Réflexif/Rationnel* démontraient une bonne capacité de mentalisation, mais ils se distinguaient en ce qui a trait au recours à l'AM-T rationnelle, cette dernière étant faible dans le profil 1-*Réflexif* et élevée dans l'autre. Le profil 2-*Réactif* regroupait quant à lui des participants affichant une faible réflexivité jumelée à une réactivité plus élevée. La seule caractéristique personnelle qui différenciait les profils était l'expérience.

Trois profils d'AM-T

Nos analyses indiquent que les participants du profil 3-*Réflexif/Rationnel*, alliant de bonnes capacités de mentalisation et une bonne AM-T rationnelle, incluaient une plus grande proportion de thérapeutes expérimentés que ceux des deux autres profils. Normandin et Ensink (2007) suggéraient d'ailleurs que ce qui caractérisait les thérapeutes d'expérience était leur capacité à utiliser les AM-T de façon plus élaborée, mais surtout à intégrer plusieurs AM-T à la fois durant leur écoute du patient. L'expérience des thérapeutes pourrait potentiellement permettre à ces derniers une intégration plus efficiente de leurs différents processus de pensée (ici les AM-T réflexive et rationnelle).

Le profil 1-*Réflexif* était majoritairement composé de thérapeutes en formation (88 %). Ceci rappelle les résultats de Normandin et Bouchard (1993) et de Lecours et ses collaborateurs (1995) qui observaient une AM-T réflexive élevée et une AM-T réactive faible chez les thérapeutes moins expérimentés, comparativement à un groupe de thérapeutes expérimentés. À cet effet, Rønnestad et Skovholt (2003) rapportaient qu'au premier stade de leur développement, les thérapeutes sans expérience sont plus enclins à réfléchir de façon spontanée et authentique relativement à une situation clinique et à avoir recours à leur vécu subjectif, leurs ressources personnelles et leurs expériences internes pour arriver à comprendre les enjeux du patient. Toujours selon ces auteurs, les thérapeutes à cette première étape de leur développement auraient aussi de la difficulté à utiliser et à intégrer les notions théoriques en

psychopathologie pour faire des liens entre les différentes théories existantes et l'expérience ressentie au contact du patient, ce qui pourrait expliquer les scores d'AM-T rationnelle faibles retrouvés au sein de ce profil.

Les participants du profil 2-*Réactif* semblent avoir une difficulté plus marquée à mentaliser dans le cadre de l'écoute thérapeutique, en plus d'être envahis facilement par les émotions expérimentées. Leur compréhension des patients présentés dans les vignettes est souvent biaisée par leurs propres émotions et ils démontrent des difficultés à utiliser l'expérience affective ressentie au profit d'une compréhension plus riche du patient. Leurs niveaux de réactivité plus élevée et de réflexivité plus faible suggèrent qu'ils sont sensibles aux émotions ressenties et exprimées lors de l'écoute thérapeutique, mais ces réactions sont brutes et ils n'arrivent pas à les utiliser pour mieux comprendre les patients.

Profils d'AM-T et formation

Le fait que les profils 1-*Réflexif* et profil 2-*Réactif* soient tous les deux principalement composés d'étudiants en psychologie sans expérience clinique pourrait suggérer la prédominance de deux types de thérapeutes en formation : un type naturellement réflexif et un autre plutôt réactif, ayant une difficulté marquée à mentaliser en contexte d'écoute thérapeutique. Il se peut que la mentalisation (faible vs bonne) observée chez nos participants à l'égard des patients soit le reflet de leur capacité de mentalisation générale. On peut penser que certains étudiants intégreraient leur formation clinique avec des bonnes capacités de mentalisation développées dans le contexte de leurs relations d'attachement précoces et auprès de leurs proches, alors que d'autres n'auraient peut-être pas eu autant d'opportunités pour développer leurs habiletés de mentalisation. Ces derniers seraient plus à risques de se retrouver dépourvus devant le matériel affectif chargé ressenti au contact du patient. Fonagy, Gergely, Jurist et Target (2004) proposent d'ailleurs que la capacité de mentalisation développée dans la petite enfance, où l'enfant est reconnu par ses figures d'attachement comme un être mentalisant, contribue aussi au développement d'une meilleure compréhension chez lui des états mentaux et émotions qui habitent l'autre, une fois celui-ci devenu adulte.

Le fait que près de la moitié des thérapeutes sans expérience de notre échantillon présentent un profil réactif et peu réflexif soulève un questionnement quant aux besoins et à la formation des futurs thérapeutes. La formation scolaire des psychologues, déjà fortement axée sur le développement des connaissances théoriques rationnelles (Grenyer, Mathews, Stokes, & Crea, 2010; Larson & Choi, 2010; Lecomte *et al.*, 2004) pourrait être bonifiée avec l'ajout d'une formation visant le

développement de la mentalisation du thérapeute, basée sur l'exploration du vécu subjectif du patient et sur la capacité d'analyser cette expérience. Ensink et ses collaborateurs (2013) ont d'ailleurs démontré l'efficacité d'une formation destinée au développement de la mentalisation sur l'AM-T réflexive des jeunes thérapeutes en formation, et ce, en aussi peu que quelques semaines. Un entraînement visant spécifiquement le développement de la mentalisation des thérapeutes à l'égard des patients pourrait permettre une meilleure prise de conscience des émotions ressenties et une meilleure utilisation en thérapie, en plus de favoriser une meilleure régulation émotionnelle chez le thérapeute, ce qui pourrait éventuellement résulter en des interventions plus spécifiques, sensibles et aidantes pour le patient.

Bien que nous ne connaissions pas à ce jour l'impact spécifique des AM-T sur les interventions concrètes du thérapeute, on peut penser que de bonnes capacités de mentalisation soient essentielles à l'écoute thérapeutique et soient même possiblement à la base des facteurs communs liés à l'efficacité de la thérapie (Allen *et al.*, 2008; Bateman & Fonagy, 2012). Il est envisageable que les différentes combinaisons d'AM-T puissent avoir un impact différent sur la compréhension et les interventions du thérapeute auprès du patient. Tel que proposé par Normandin et Ensink (2007), la combinaison des trois AM-T à différents moments lors de l'écoute thérapeutique pourrait représenter un profil idéal. D'ailleurs, il est possible que certaines AM-T s'avèrent plus utiles à certains moments-clés du processus thérapeutique. Il serait donc pertinent d'étudier l'AM-T de façon séquentielle et d'en documenter l'évolution au fil du processus d'écoute. Des études futures seront aussi nécessaires afin d'étudier si certains profils d'AM-T sont associés à des interventions thérapeutiques spécifiques et à leur efficacité.

Bien que l'analyse par profils effectuée dans le cadre de cette étude représente une contribution novatrice, ces profils demandent à être répliqués auprès d'échantillons plus larges. Une limite de l'étude est d'ailleurs la présence d'un profil constitué de seulement 17 participants, ce qui peut influencer la qualité de la classification effectuée. La grande majorité de participants n'ayant pas d'expérience clinique représente aussi une particularité pouvant avoir limité le nombre et le type de profils retrouvés au sein de notre échantillon. Le nombre de participants par profil et la prédominance d'étudiants en psychologie dans notre échantillon peuvent également avoir influencé la capacité à identifier des caractéristiques personnelles et professionnelles pouvant être associées à l'appartenance à un profil spécifique d'AM-T.

CONCLUSION

Les processus mentaux et la capacité de mentalisation du thérapeute pourraient représenter une des variables-clés expliquant l'habileté du thérapeute à établir une bonne alliance et à formuler des interventions spécifiques au patient, venant ainsi le toucher directement et créer un changement clinique significatif. Les évidences empiriques sur l'impact de ces processus sur l'efficacité thérapeutique s'avèrent essentielles afin de développer une formation et une supervision plus adaptées aux besoins, aux faiblesses et aux forces des futurs thérapeutes et des thérapeutes professionnels.

RÉFÉRENCES

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (p. XX, 6e éd.). Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Beutler, L. E., Forrester, B., Gallagher-Thompson, D., Thompson, L., & Tomlins, J. B. (2012). Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(3), 255-281.
- Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style : Relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(5), 263-278.
- Bond, M., & Wesley, S. (1996). *Manual for the defense style questionnaire*. Montreal, McGill University.
- Bond, M. P. (1995). The development and properties of the Defense Style Questionnaire. In H. R. Conte & R. Plutchik (Éds), *Ego defenses : Theory and measurement* (p. 202-220). New York, NY : John Wiley & Sons.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization : ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Dubé, J. E., & Normandin, L. (1999). The mental activities of trainee therapists of children and adolescents : The impact of personal psychotherapy on the listening process. *Psychotherapy*, 36(3), 216-228.
- Dubé, J. E., & Normandin, L. (2007). Mental activity and referential activity of beginning therapists: a construct validity study of the Countertransference Rating System (CRS). *American Journal of Psychotherapy*, 61(4), 351-374.
- Duncan, B. L. (2012). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The heart and soul of change project. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 53(2), 93-104.
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N., et al. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 23(5), 526-538.

Profils d'activité mentale du thérapeute

- Ensink, K., Normandin, L., & Maheux, J. (2007). La psychothérapie focalisée sur le transfert (TFP) et le fonctionnement réflexif. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 75-92.
- Epstein, L., & Feiner, A. H. (1993). *Countertransference: The therapist's contribution to the therapeutic situation*. New York, NY : Jason Aronson.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and research. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 595-624). New York, NY : Guilford Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY : Karnac Books.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381.
- Gerson, B. (2013). *The therapist as a person: Life crises, life choices, life experiences, and their effects on treatment* (Vol. 6). New York, NY : Routledge.
- Goldfeld, P., Terra, L., Abuchaim, C., Sordi, A., Wiethaeuper, D., Bouchard, M.-A., et al. (2008). Mental states as part of countertransference responses in psychotherapists facing reports of traumatic events of mourning and sexual violence. *Psychotherapy Research*, 18(5), 523-534.
- Grenyer, B. F. S., Mathews, R., Stokes, D., & Crea, K. (2010). The Australian Psychology Workforce 2: A national profile of psychologists' education, training, specialist qualifications and continuous professional development. *Australian Psychologist*, 45(3), 168-177.
- Guess, P. (2006). Test Reviews : Loranger, AW (2001). OMNI Personality Inventory. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 24(2), 160-166.
- Heimann, P. (1960). Counter transference. *British Journal of Medical Psychology*, 33(1), 9-15.
- Jacobs, T. J. (1999). Countertransference past and present: A review of the concept. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 80(3), 575-594.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action. A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ : Jason Aronson.
- Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy*, 43(1), 65-84.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357-361.
- Larson, J. P., & Choi, H.-S. (2010). The effect of university training and educational legislation on the role and function of school psychologists. *Journal of Applied School Psychology*, 26(2), 97-114.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lecours, S., Bouchard, M.-A., & Normandin, L. (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology*, 12(2), 259-279.
- Loranger, A. (2001). *OMNI Personality Inventories: professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Loranger, A. (2003). *Inventaire de personnalité OMNI* (K. Parent, Trad.). Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Maheux, J. (2014). *Les processus mentaux lors de l'écoute thérapeutique et leurs liens avec les caractéristiques du thérapeute* (thèse de doctorat, Université Laval, Québec, Canada). Récupéré de : <http://theses.ulaval.ca/archimede/meta/30554>
- Markowitz, J. C., & Milrod, B. L. (2011). The importance of responding to negative affect in psychotherapies. *American Journal of Psychiatry*, 168(2), 124-128.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 2(1), 1-27.
- Moyers, T. B., & Miller, W. R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 878-884.

- Normandin, L. (1991). *La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutique* (thèse de doctorat non publiée, Université de Montréal, Montréal, Canada).
- Normandin, L., & Bouchard, M.-A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive, and reflective countertransference. *Psychotherapy Research*, 3(2), 77-94.
- Normandin, L., & Ensink, K. (2007). La GAC 1 : grille d'analyse du contre-transfert dans le traitement des troubles graves de la personnalité. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 57-74.
- Parent, K. (2005). *Bénéfices respectifs de deux modèles de formation à la pratique clinique et influence de variables de personnalité et de variables liées à l'ajustement émotionnel sur l'activité mentale de futurs psychothérapeutes* (thèse de doctorat non publiée, Université Laval, Québec, Canada).
- Perry, R. (2010). Becoming an effective psychotherapist : adopting a theory of psychotherapy that's right for you and your client [Book Review]. *Psychotherapy in Australia*, 16(3), 83-84.
- Rizq, R., & Target, M. (2010). "If that's what I need, it could be what someone else needs." Exploring the role of attachment and reflective function in counselling psychologists' accounts of how they use personal therapy in clinical practice : a mixed methods study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(4), 459-481.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist : Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44.
- Séguin, M.-H., & Bouchard, M.-A. (1996). Adaptive regression and countertransference mental activity. *Psychoanalytic Psychology*, 13(4), 457-474.
- Sexton, T. L., & Kelley, S. D. (2010). Finding the common core: Evidence-based practices, clinically relevant evidence, and core mechanisms of change. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(1), 81-88.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical psychology : Science and Practice*, 5(4), 439-458.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Williams, E. N., Judge, A. B., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (1997). Experiences of novice therapists in prepracticum: Trainees', clients', and supervisors' perceptions of therapists' personal reactions and management strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 44(4), 390-399.

RÉSUMÉ

La capacité de mentalisation du thérapeute, habileté lui permettant de comprendre le monde interne du patient et le sien en contexte clinique, est un processus à la fois cognitif et affectif pouvant être opérationnalisé à l'aide du construit d'Activité Mentale du Thérapeute (AM-T). La grille d'AM-T comprend trois échelles mesurant les modes rationnel/objectif, réactif/impulsif et réflexif/mentalisateur. Les AM-T de 107 thérapeutes expérimentés et en formation ont été mesurées. Trois profils distincts d'AM-T ont été identifiés. Une différence en ce qui a trait à l'expérience a été retrouvée entre les profils. Les implications théoriques et cliniques de ces profils seront discutées.

MOTS-CLÉS

activité mentale du thérapeute, mentalisation, expérience clinique, variable du thérapeute, processus thérapeutiques

ABSTRACT

The mentalization capacity of the therapist is considered central to imagining and understanding the internal experience and reactions of the patient as well as their own. Mentalization involves cognitive and affective processes in a clinical context that can be conceptualized and operationalized for research as the Therapist's Mental Activity (TMA). The TMA measure includes three scales to assess the rational/objective, reactive/unconscious and reflective/mentalizing modes. The TMA of 107 experienced and trainee therapists was measured. Three distinct profiles of TMA were identified and were associated with experience. The theoretical and clinical implications of these profiles are discussed.

KEYWORDS

therapist's mental activity; mentalization; clinical experience; therapist as a variable; therapeutic process
