**Vers un modèle explicatif de l'effet du Routine Outcome Monitoring : De la
communication non verbale au feedback instrumental.**

Christophe Cazauvieilh, psychologue,
IRPPSY & Université de Bordeaux

La correspondance concernant cet article doit être adressée à : Christophe CAZAUVIEILH, 5
rue du Chai des Farines 33000 Bordeaux France – email : christophe.cazauvieilh@u-
bordeaux.fr

RESUME

L'utilisation des systèmes de Suivi Continu des Résultats (SCR ou Routine Outcome Monitoring - ROM) représente une méthode prometteuse pour aider les cliniciens à évaluer et à détecter les patients à risque de ne pas retirer de bénéfices réels des traitements psychothérapeutiques ou de l'abandonner prématurément ; ainsi que pour améliorer l'efficacité de soins avec cette population.

Les effets dus à l'utilisation du feedback sont pourtant mal compris, certaines caractéristiques liées au thérapeute pouvant partiellement modérer son efficacité. Les recherches disponibles ne rendent en effet pas bien compte des raisons pour lesquelles le ROM serait principalement efficace avec les patients à risque de se détériorer, et ne documentent pas pourquoi l'utilisation du feedback instrumental n'affecte pas les apprentissages des thérapeutes, les praticiens ne dépassent pas leur niveau d'efficacité basal quand le signal de rétroaction n'est pas disponible.

En synthétisant les modèles explicatifs des interventions basées sur le feedback, et en nous appuyant sur une nouvelle modélisation transdisciplinaire, nous émettons, entre autres, l'hypothèse que le feedback instrumental de la pratique ROM puisse remplacer ou compléter un feedback naturaliste non verbal pour lequel les thérapeutes pourraient avoir des difficultés de perception variables. Ces données sont de nature à stimuler les recherches sur l'effet du feedback en psychothérapie et sur l'efficacité des psychothérapies en général.

Mots-clés : ROM, Feedback, communication non verbale, micro-expression émotionnelle, alliance,

Introduction

Une proportion significative de patients ne s'améliore pas, se détériore ou abandonne les traitement psychothérapeutiques (Cooper, 2008). Selon Lambert (2017), si le mouvement de la médecine centrée sur les preuves peut renseigner le praticien sur un patient "moyen", il ne résout pas la problématique de la mauvaise réponse des patients à leur traitement particulier. A cet effet, un nouveau paradigme émerge dans le champ des psychothérapies, dont la finalité est d'identifier les patients à risque de mauvais résultats en cours de traitement, en utilisant leur feedback pour faciliter la prise de décision. La pratique du Routine Outcome Monitoring (ou ROM) implique donc le Suivi Continu des Résultats (SCR) de la psychothérapie en utilisant des données fournies par le patient. Même si l'implémentation de ces pratiques amène à des résultats quelque peu divergents, un consensus semble se dégager quant à l'intérêt de ces méthodes pour réellement améliorer les résultats des soins des patients qui ne tiraient initialement pas de bénéfices de leur traitement (Kendrick et al., 2016, (Cazauvieilh, 2018). Ces patients sont souvent qualifiés dans les recherches de « NOT ON TRACK » ou « NOT » pour désigner qu'ils sont « en mauvaise voie » de guérison.

Pourtant, tous les cliniciens ne bénéficient pas de l'apport du au feedback en proportions égales, et il semblerait que certaines variables liées aux thérapeutes modèrent les effets et l'utilisation du feedback en psychothérapie ;de meilleurs résultats sont constatés dans les traitements orientés par le feedback délivrés par les femmes, chez les praticiens qui possèdent une bonne auto-efficacité, et qui ont une meilleure propension à recevoir du feedback externe (ou External Feedback Propensity ; De Jong et al., 2012). En particulier, les cliniciens qui auraient plus d'inclinaison à considérer le feedback reçu de l'environnement plutôt que de s'appuyer sur leur propre feedback interne (Internal Feedback Propensity) solliciteraient plus de feedback et seraient plus performants sur de nouvelles tâches (Herold & Fedor, 2003).

En outre, bien que les thérapeutes aient la plus grande difficulté à détecter les patients à risque de se détériorer pendant le traitement (Hatfield et al., 2009), ce qui remet en cause l'idée que le jugement clinique soit suffisant, ils ne semblent pas apprendre de leur exposition aux systèmes de feedback. Dans les études contrôlées pour lesquelles les thérapeutes prodiguent leurs soins, en étant à la fois en condition feedback instrumental (recevant un signal d'alarme automatisé en cas de mauvais résultats attendus) pour 50% de leur patientèle et en condition non-feedback (suivant simplement leurs patients de manière usuelle) pour l'autre moitié, les thérapeutes obtiennent des résultats significativement supérieurs dans la condition feedback ; et ce même s'ils sont exposés à cette technologie sur une durée conséquente de plusieurs années (Lambert, 2017). Les thérapeutes ne deviendraient donc pas plus efficaces dans la détection des patients à risque du fait de leur utilisation du feedback. Le feedback fonctionnerait ainsi à la manière d'un système de navigation GPS, qui peut suggérer un meilleur itinéraire en cas de déviation de la trajectoire, mais n'affecte en rien les capacités de navigation générale, ou les capacités à mieux appréhender le territoire de celui qui le reçoit ; et le feedback serait par ailleurs insuffisant dans l'amélioration des performances globales des thérapeutes puisqu'il serait nécessaire de mettre en place, en plus du ROM, un plan d'entraînement spécifique et ciblé dénommé « pratique délibérée » pour améliorer les résultats (Miller et al., 2013 ; Goldberg et al., 2016).

Enfin, et de manière plus surprenante, au vu des données précédentes, les thérapeutes initialement les moins efficaces dans certaines études contrôlées randomisées, et accédant au feedback instrumental de leurs patients, seraient capable d'atteindre l'efficacité de leurs collègues naturellement plus efficaces, sans autre entraînement formel supplémentaire que la capacité qui leur a été donnée d'utiliser ce système de rétroaction (Anker et al., 2009, Reese et al., 2010). Ainsi dans l'étude contrôlée randomisée de thérapies de couple d'Anker et al. (2009), les données d'un échantillon réduit de dix thérapeutes ont suggéré que les praticiens qui

démontraient l'efficacité initiale la plus basse bénéficiaient significativement plus du feedback que leurs collègues naturellement plus efficaces ; et qu'ils pouvaient atteindre grâce à ce système une efficacité multipliée par quatre (en termes de changement cliniquement significatif en comparaison de la condition non-feedback). Dans l'étude de réplication de Reese et al. (2010), le gain du au traitement est doublé dans la condition feedback par rapport à la condition non feedback, et ce gain en efficacité est observé avec des étudiants qui avaient reçu 8 fois moins d'entraînement à l'utilisation du feedback, que les thérapeutes de l'étude d'Anker et al. (2009) ; toutefois, ils bénéficiaient d'une supervision centrée sur l'utilisation de ce système de feedback (PCOMS). Ces résultats sont de nature à suggérer qu'un entraînement formel n'est pas forcément nécessaire pour devenir un thérapeute plus efficace, et qu'un moyen de mieux percevoir des informations pertinentes, ou de les utiliser pour ajuster le traitement peut suffire à augmenter l'efficacité. Ceci rejoignant le point de vue de Worthen & Lambert (2007) sur le fait que le feedback des clients influencerait les résultats en apportant aux cliniciens des informations qu'ils pourraient avoir initialement ignorées ou auxquelles ils n'auraient pas accordé une juste valeur.

Comment intégrer ces données et développer un modèle rendant compte de l'effet du feedback dans la ROM et dans la psychothérapie en général ?

Afin de proposer de nouveaux éléments de réponse à ces questions, nous allons commencer par passer en revue les différents apports de la littérature aux Traitements Orientés par le Feedback (TOF).

Modèles théoriques des interventions liés au feedback

Les systèmes de rétroaction sont des processus régulateurs très importants chez les êtres vivants et participant au bon fonctionnement des systèmes dynamiques (biologiques). Dans cette optique, la définition et l'opérationnalisation du concept de feedback par Carver et al. (1981,1982), nous semble très adaptée au domaine de la psychothérapie. En effet, dans la

théorie de l'auto- régulation et du contrôle (Self Regulation and Control Theory), le feedback est simplement considéré comme un mécanisme qui motiverait les individus à changer leur comportement (actuel) ; et le parallèle peut aisément être réalisé avec l'utilisation des systèmes de ROM qui visent à avertir, motiver et aider le clinicien à adapter son traitement. Le processus de changement par le feedback est donc ici spécifiquement un traitement avant tout de nature motivationnel (émotionnel). Pour expliciter plus avant cette définition et en préciser la dimension de traitement de l'information (cognitive), ce serait l'existence d'un écart significatif entre un but considéré comme important et la situation présente qui induirait un état de dissonance cognitive, amenant à des ajustements et à un changement comportemental. Aussi pour être efficace, le signal « de déviation » devrait notamment être saillant et fiable ; et l'efficacité du feedback serait supposée reliée à des caractéristiques propres au thérapeute, comme la perception de sa capacité à agir (la perception de contrôle - une auto-efficacité positive), son habileté à gérer des conséquences potentiellement négatives (que nous pouvons rapprocher des stratégies de coping), et une inclinaison et la motivation à atteindre le but ou des résultats (la valeur/ ou dimension émotionnelle-motivationnelle). Dans ce modèle, si un individu s'écarte d'un objectif important à ses yeux, à condition qu'il perçoive le signal de feedback, il a la possibilité d'agir de manière fonctionnelle, à condition de posséder une bonne-auto-efficacité et de percevoir qu'il peut faire face aux conséquences de la situation. Le feedback n'est donc pas ici un simple phénomène répondant à un déterminisme mécaniciste.

Dans ce prolongement et revenant à des notions de cybernétique et d'ingénierie, Claiborn & Goodyear (2005) postulent que le feedback en pratique clinique s'appuie en général sur une intervention psychologique délibérée opérant deux fonctions basiques, qui sont retrouvée dans pratiquement tous les comportements humains liés à une interaction. Le feedback revêtirait ainsi une fonction d'information et une fonction d'influence ; et le feedback faciliterait le changement comportemental par l'influence interpersonnelle. Ces fonctions, au

sein des interactions, se produisent en général naturellement et sans que les individus en aient la moindre conscience. La possibilité d'amener au niveau conscient ces éléments, ordinairement traités automatiquement, serait une des tâches de la psychothérapie. Le feedback du patient posséderait donc une fonction communicative, ou informationnelle (descriptive) d'un signal qui pourrait être verbal (ou non), et également une fonction évaluative ; ce signal pouvant être jaugé à la lueur d'un critère de performance (par exemple la cotation d'un questionnaire de mesure des résultats de la psychothérapie basé sur le feedback du patient). Il revêtirait également une fonction, potentiellement très importante selon nous, de dévoilement du contexte émotionnel de l'émetteur, et une fonction d'interprétation en regard de ce contexte ; le signal étant interprété en fonction d'un référentiel théorique commun, comme par exemple l'orientation psychothérapeutique dans laquelle s'inscrit le traitement, et qui va rendre plus ou moins importante la signification de ce signal. Ces dimensions pourraient être présentes de manière exclusive ou combinatoire. Les auteurs proposent également dans ce modèle que des variables liées aussi bien au thérapeute qu'au patient puissent influencer les effets dus au feedback (la crédibilité de la source, la valence du feedback avec une feedback négatif plus difficile à recevoir, l'humeur du receveur – une humeur plus basse étant associées à un feedback mieux reçu).

Dans la lignée des modèles théoriques antérieurs, la théorie du feedback contextualisé (The Contextual Feedback Intervention Theory) de Riemer et Bickman (2011), suggère que le feedback opérerait ainsi comme un signal qui aiderait à réduire l'écart entre un état désiré et une situation actuelle ; en précisant des co-variables, non prises en compte par les tentatives de modélisation précédentes. Pour augmenter les performances, le feedback devrait être recueilli ou présenté selon une fenêtre temporelle définie et apporter de nouvelles informations, notamment sur les erreurs commises (par exemple que le progrès n'est pas aussi bon que celui

qui est attendu) ; et être associé à de stratégies de résolution de problème qui peuvent être effectivement déployées.

Pour synthétiser quelque peu ces modélisations, le feedback en psychothérapie pourrait apparaître comme un vecteur d'informations importantes, dont la révélation, en fonction des caractéristiques propres au thérapeute, permettrait d'influencer et donc de modifier ses propres comportements.

Dans cette optique, Sapyta et al. (2005) opérationnalisent une définition des systèmes de mesure du feedback en psychothérapie (Measurement Feedback System - MFS), sur la base de deux composantes : une mesure ou une combinaison de mesures administrées durant le traitement, et agissant comme un système de collecte continu d'informations reliées au processus et aux résultats du traitement (nous retrouvons ici la dimension informative), et une composante de renvoi efficace (cliniquement et temporellement) de l'information aux cliniciens (la dimension d'influence).

Pour illustrer plus avant la diversité des tentatives de modélisation de ces mécanismes, et leurs points communs, nous pouvons également nous rapporter aux travaux des auteurs de la revue Cochrane sur l'efficacité de la pratique ROM (Kendrick et al., 2016). Citant Carlier (2012), ils avancent que les effets des interventions basées sur le feedback (FI) pourraient être expliquées par deux méta-théories : la théorie du FIT (Feedback Intervention Theory) et la théorie de l'évaluation thérapeutique (Therapeutic Assesment ou TA). Dans la théorie du FIT, le feedback des résultats des patients obtenu par la passation d'échelles autoévaluées (PROMS) influencerait les cliniciens à ajuster leur traitement ou à guider les patients vers d'autres interventions alternatives ; ce qui améliorerait les soins. Ici encore la dimension de signal et d'influence sont donc prépondérantes. Dans la TA, ce serait la provision du feedback au patient, en plus de la provision au clinicien, qui amènerait à une cascade de conséquences positives en engageant les patients dans les soins, en facilitant une meilleure communication et une

meilleure compréhension du contexte du patient, et en autorisant la prise de décision partagée entre les patients et les cliniciens. Ce qui aurait pour effet d'améliorer leur entente et l'adhérence du patient au traitement (orienté vers des buts communs). Ceci augmenterait la satisfaction du patient, ce qui serait finalement à même de potentialiser l'efficacité des soins. L'accent est donc également mis sur les mécanismes sociocognitifs amenant à un meilleur engagement des clients dans leur soins. Effectivement, la mesure fréquente des symptômes par les patients serait de nature à augmenter leur prise de conscience et leur capacité à référer des éléments importants au clinicien ; ou leur donner le sentiment d'être mieux aidé (Dowrick, 2009). A ce sujet, Miller et al. (2007) ont rapportés que les meilleurs résultats psychothérapeutiques (évalués par le système de gestion des résultats PCOMS) été retrouvés chez les thérapeutes capables d'obtenir du feedback négatif sur l'alliance thérapeutique dès le début du traitement.

Ainsi les éléments négatifs rapportés par les patients peuvent notamment véhiculer le signal d'une rupture de l'alliance, et dans la pratique ROM, le feedback peut donc être utilisé pour évaluer la qualité de la relation thérapeutique, créer une meilleure alliance ou réparer et prévenir les ruptures. Le travail doctoral de Laraway (2015) éclaire ce point en proposant un modèle rationnel-empirique des ruptures de l'alliance thérapeutique qui s'appuie sur l'analyse séance par séance du feedback du patient. Laraway s'appuie notamment sur le modèle de Safran et al. (2011) des ruptures de l'alliance, qui postule que la rupture de l'alliance peut être considérée comme un comportement ou une communication des patients signalant des points critiques de la thérapie (et qui seraient à explorer). Ce phénomène très fréquent, et qui a été évalué dans certaines études comme se produisant dans 41 à 100% des séances quand elles sont analysées par des observateurs entraînés à les repérer, serait relié à de moins bons résultats positifs au traitement. La reconnaissance et la résolution de la rupture pourrait jouer un rôle significatif dans la rétention, l'engagement des clients dans les soins et donc, dans les résultats positifs à l'issue du traitement (Muran et al., 2009).

Précisant encore plus la nature des éléments négatifs qui pourraient être véhiculés par le feedback des patients, Laraway cite également les travaux de Hill et al, (1992) qui ont démontré que les clients masquent ou cachent de manière consistante leurs réactions négatives dans les thérapies (brèves ou plus longues). Dans cette étude, 64% des patients n'ont pas rapporté volontairement certains éléments personnels pendant les séances, et la majorité de ces éléments ont revêtu un contenu négatif. Ceci nous renvoyant à une des limites des modèles de ruptures de l'alliance thérapeutique, basés sur la conscientisation, où les thérapeutes auraient la possibilité de reconnaître directement les phénomènes impliqués (notamment par une pratique réflexive). Il est pourtant clair que les thérapeutes présentent de grandes difficultés à percevoir le déclin de leurs patients au cours du traitement, et l'alliance thérapeutique évaluée par les patients est plus prédictive des résultats que le jugement du praticien (Horvath & Bedi, 2002). Également, les systèmes de ROM ont démontré une efficacité considérablement supérieure au jugement des cliniciens pour détecter les patients à risque de se détériorer. (Hannan et al., 2005).

Des dimensions communes se dégagent donc de ces différentes modélisations des effets dus au feedback dans la pratique ROM : En premier lieu, la dimension communicationnelle du feedback qui agirait comme un signal, et qui apparaît comme un facteur commun de ces recherches ; suivie de la caractéristique d'influence du feedback recueilli qui est retrouvée selon les modélisations, avec un effet aussi bien sur le thérapeute que sur le patient. Un consensus sur les résultats de l'implémentation de la pratique ROM semble également se dégager autour du fait que la provision du feedback instrumental (FI) n'aiderait que les cliniciens dont les patients ne retirent pas encore de bénéfices de leur traitement (les patients NOT). Ce feedback serait donc un signal d'influence efficace quand il véhiculerait une information négative. Il ne pourrait pas de ce fait constituer un signal de renforcement des thérapeutes, mais plutôt un signal « punitif » ou d'extinction, pour situer les processus impliqués dans une perspective comportementaliste. Il pourrait plutôt agir ainsi comme un correcteur ou un signal palliatif ; ce

qui irait dans le sens du modèle en système GPS du feedback qui alerterait le navigateur en cas de déviation de la trajectoire idéale. Ce serait donc plus clairement un signal de feedback négatif qui exercerait une influence positive sur le traitement ou exercerait un effet tampon en diminuant les mauvais résultats attendus au traitement (par l'activation du thérapeute pour modifier la séquence de soins). Enfin, ce signal mettrait en lumière des éléments qui auraient été négligés aussi bien par le thérapeute que par le patient ; et quelques caractéristiques reliées à l'efficacité du recueil de ce feedback en thérapie modéreraient, aussi bien du côté patient que du côté thérapeute, l'efficacité de cette intervention : Ainsi seraient retrouvés du côté du thérapeutes , le genre (féminin avec un effet positif), l'auto-efficacité (positive), la propension au feedback (externe), la crédibilité de la source (autorité), l'humeur du récepteur (négative), la saillance (visibilité du feedback), la contiguïté temporelle et la fréquence (immédiateté et continuité), la forme (contextualisée avec un feedback accompagné d'une interprétation et d'un guide à l'action) en tant que variables importantes à prendre en compte dans les effets.

Enfin, il est clairement démontré que les thérapeutes n'apprennent pas du FI sans que des explications claires aient été apportées à ce phénomène. Nous pouvons de prime abord postuler que si les signaux de feedback artificiels (FI), véhiculant le signal de « dysfonctionnement » du patient ou de la relation thérapeutique, ne sont pas présentés avec une fenêtre temporelle autorisant un apprentissage discriminatif, il n'est pas possible de généraliser les acquis. En effet, en pratique clinique, les échelles sont souvent administrées au début et ou à la fin des séances, ne permettant pas de relier ou de « tracer » finement ce qui dysfonctionne en séance, avec le signal émis par le patient. Pour illustrer ce phénomène, nous allons revenir au modèle GPS de l'efficacité due au feedback. Dans une navigation guidée par un signal GPS, le conducteur a potentiellement l'occasion de saisir sur son trajet, ou pour utiliser des termes issus de l'analyse comportementale, de « discriminer », les signaux « publics » , c'est à dire accessible à tous, dans le monde extérieur, par l'usage des cinq sens .

Par exemple, il peut prendre conscience d'un panneau signalant une déviation, remarquer du fait du craquèlement du bitume un trou béant sur la chaussée, ou déduire du bruit des klaxons qu'il se dirige vers un ralentissement notoire de la circulation. Si le moniteur GPS lui suggère un changement d'itinéraire, et que le navigateur ne peut pas, en même temps, percevoir le signal saillant et naturel (existant dans l'environnement) correspondant à la difficulté motivant un changement d'itinéraire (par ex : une enfilade de véhicule signalant un bouchon), alors, il ne lui est pas possible d'apprendre que la voie est impraticable pour cette raison. D'autant plus qu'il manquerait d'expérience dans ces situations. Et à l'avenir, devant les mêmes conditions, il risquerait de persister dans son comportement, de ne pas changer d'itinéraire, et de s'engager dans une voie impraticable, s'il ne dispose plus du signal GPS correcteur. Dans les conditions cliniques de la séance de psychothérapie, la situation est quelque peu plus compliquée puisqu'une bonne partie des comportements sont des « actions » dites interpersonnelles et donc « privées » (les pensées, les émotions, les sensations du patient) ; elles ne sont donc pas observables directement par le clinicien ; et ici aussi le manque de contact du clinicien avec les contingences réelles (la détresse du patient), qui pourrait être pourtant en partie réalisée par l'émission immédiate d'un signal de feedback (verbal) et d'indices fiables signalant la difficulté, ne permettent pas au clinicien d'apprendre de la situation pour généraliser.

Pour clarifier ces propos, partons par exemple, d'une perception négative du patient quant à l'aide du thérapeute : une mauvaise alliance thérapeutique, qui peut difficilement être exposée sans verbalisation ou sans un autre feedback (instrumental ou non) du patient. Si cette difficulté n'est pas verbalisée et que le clinicien reçoit à la fin de la séance un signal instrumental de feedback négatif relatif à l'entretien, il lui sera difficilement possible de relier cette information à des phénomènes qui se sont produits à des moments précis de la séance (les déterminants de ce feedback), notamment ses propres actions pendant la séance. Ces feedbacks pourraient pourtant lui permettre de reconnaître les indices présentés par le patient d'une

mauvaise relation thérapeutique, au cours de cette séance, potentiellement exploitables dans des consultations futures. Aussi à moins de disposer de signaux visibles naturels saillants et fiables, comme par exemple l'émission d'une « véritable » expression faciale émotionnelle négative, pouvant être reliés à un Feedback verbal ou instrumental immédiat du sentiment de ne pas être aidé, émis par le patient, il n'est donc pas possible pour le clinicien de transférer les fonctions aversives du signal instrumental négatif de feedback à des éléments observables en séance. En ce sens, il n'y a donc pas d'apprentissage discriminatif chez le clinicien et pas de généralisation possible de ces acquis à d'autres contextes ; comme de nouvelles séances où se présenteraient les mêmes difficultés identifiables par les mêmes signaux naturels (la même expression faciale).

Nous pouvons postuler que ce phénomène expliquerait pourquoi, si le Feedback Instrumental n'est pas présenté dans les conditions de contiguïté temporelle avec un signal naturel fiable et indicateur de mauvais résultat, potentiellement discriminable, il ne serait pas possible pour le thérapeute de réaliser l'apprentissage que ce signal naturel véhicule une information négative. Dans ce sens, les thérapeutes ne pourraient pas généraliser leurs acquis aux conditions dans lesquelles le signal de FI n'est plus présent. Et les thérapeutes n'apprendraient pas de leur exposition au feedback instrumental. Ce phénomène et sa compréhension pourraient amener à une nouvelle modélisation de l'influence des processus de feedback dans la pratique ROM et en psychothérapie

A ce sujet, il a été mis en évidence que l'efficacité des thérapeutes varient dans les recherches, avec certains thérapeutes qui sont naturellement plus efficaces sans disposer de Feedback Instrumental (en disposant des seuls signaux naturels de feedback de l'interaction clinique). Dans l'étude contrôlée randomisée de thérapies de couple d'Anker et al. (2009), quand le signal de FI était fournis aux collègues naturellement moins efficaces, ces derniers pouvaient atteindre de meilleurs résultats sans autre entraînement plus formel. Ceci suggérant

que le feedback seul puisse être correcteur des performances ou venir en « remplacement » du feedback naturel pour lequel les thérapeutes auraient des problèmes de perception variables. Le feedback instrumental aurait ici un effet correcteur- additif ou palliatif du feedback naturel présent dans les conditions classiques de la psychothérapie.

Ainsi, au-delà de la simple hypothèse que l'efficacité des interventions liées au feedback serait modulée par des caractéristiques fixées (des constantes comme le genre, la propension au feedback) identifiées et associées aux thérapeutes et aux patients, nous émettons l'hypothèse que certains thérapeutes seraient très efficaces sans apport du FI, et ne bénéficieraient donc pas autant du FI que leurs collègues moins efficaces, parce qu'ils auraient un accès privilégié à une « dimension cachée » de l'information disponible pendant les séances de psychothérapie. C'est à dire accès à une meilleure perception de ces éléments masqués ou passant inaperçus, en cours du traitement, et dont la prise en compte serait de nature à ré-orienter le processus des soins.

De l'existence de signaux d'alerte fiables de détérioration des patients et d'une mauvaise relation thérapeutique en situation naturelle de psychothérapie ?

Pour tenter de répondre à cette question, il est nécessaire de dépasser le cadre restrictif de la pratique clinique et des modélisations initiales du feedback, pour restituer le phénomène de la psychothérapie, dans une perspective transdisciplinaire ; en croisant des données issues des sciences de l'information, des sciences affectives, et des sciences évolutionnistes.

En effet comme le soulignent Orlinski et al. (2004) citant Frank et Frank (1991), la psychothérapie est essentiellement une forme spécifique de relation d'influence entre un thérapeute et son patient, où les capacités du soignant sont censées susciter les forces de guérison chez le patient. Dans cet échange, les patients et les thérapeutes partagent des signaux verbaux ; mais aussi des signaux non verbaux, pour laquelle Hall a proposé l'expression « dimension cachée » (1966). Pour Knapp (1972), il s'agirait de la communication qui ne

comprend pas les mots écrits ou parlés. Pour Matsumoto et al. (2013), la communication non verbale (CNVB) représenterait le transfert et l'échanges de messages dans toutes les modalités qui excluent les mots. En psychothérapie pourtant, l'accent est principalement porté sur les mots et la pratique est communément désignée par le terme « talking cure » ou traitement basé sur la parole ; en raison d'un héritage freudien conséquent où le but du traitement a été historiquement d'amener à conscientiser des éléments « enfouis » chez le patient par le biais du langage. De ce fait, des efforts considérables de recherche ont été portés au cours du siècle dernier sur l'analyse du contenu verbal des entretiens afin de mieux saisir les déterminants de l'efficacité, et ceci dans tous les courants psychothérapeutiques ; au détriment de l'analyse et de l'étude du contenu para-verbal ou non verbal. Alors que la communication non verbale est à même de véhiculer des informations très importantes sur le processus de la thérapie ou sur l'état du thérapeute et de son patient. De manière inquiétante cet agenda de recherche centré sur le contenu verbal desservirait la recherche en opérant un réductionnisme dysfonctionnel des déterminants étudiés. En particulier, pour Friedman (1978), la vaste majorité des messages communiqués dans une interaction seraient de nature non verbale ; suivant les études de 65% à 95% des informations ne seraient pas simplement véhiculées par les mots. En particulier, la posture et les expressions faciales, qui apparaissent spontanément au cours d'un entretien, ont également une valeur communicative reliée au comportement verbal, observable chez des observateurs non entraînés. Ainsi alors que les thérapeutes peuvent facilement s'appuyer sur les signaux verbaux, ils peuvent aussi retirer de l'information des signaux non verbaux (Ekman et al., 1999) et ces derniers peuvent être étudiés.

Ces messages non-verbaux peuvent être exprimés par tous le corps, et même véhiculés par le contexte de l'interaction au sens large du terme (par exemple l'habillement, le port de bijoux etc); un media particulier de communication se dégagerait cependant : le visage et ses expressions. En effet, pour Matsumoto & Hwang. (2013), le visage renverrait des signaux

automatiques (et donc non ou peu filtrés) avec une temporalité immédiate, notamment des expressions émotionnelles. Les émotions étant considérés dans une perspective évolutionniste comme des mécanismes adaptatifs et qui servent de nombreuses fins ; ce sont des réactions biopsychosociales transitoires aux évènements qui peuvent entraîner des conséquences pour notre bien-être, et qui permettent notamment de traiter rapidement de l'information, avec le minimum d'efforts conscients pour déclencher des réactions immédiates, en nous préparant à l'action. De plus, il est communément admis que les émotions soient universelles et qu'elles renvoient à des expressions faciales identifiables qui seraient également universelles ; elles fourniraient des informations fiables quant aux individus qui les émettent (notamment en signalant leur état affectif et leur intention), et joueraient donc un rôle critique sculpté par l'évolution, dans les interactions sociales (Matsumoto & Hwang., 2013). Et en particulier dans le contexte d'interaction face à face que peut représenter la psychothérapie. Elles évoqueraient aussi bien des comportements de réponse émotionnelles complémentaires chez autrui, comme une réponse d'apaisement du thérapeute face à un sentiment de détresse présenté par le patient, qu'elles véhiculeraient des informations sur l'état mental et les intentions de l'émetteur ; en particulier dans les interactions dyadiques (Keltner & Haidt., 2001). La capacité empathique, c'est à dire la capacité à s'imaginer « à la place de l'autre » est notamment explicable par les mécanismes automatiques d'imitation des expressions faciales émotionnelles (mimicries et neurones miroirs) et les thérapeutes qui sont les plus à même de détecter les émotions sont jugés plus empathiques par leurs patients. Cette capacité peut être d'autant plus être altérée si les mouvements faciaux sont bloqués (Jospe et al., 2018).

Alors que les émotions négatives auraient plutôt tendance à activer la branche sympathique du système nerveux central, c'est à dire à inhiber et restreindre le répertoire comportemental, les émotions positives seraient associées à un élargissement du champ d'action et à de meilleures connections sociales (pour une revue voir Niedenthal et al., 2018,

ch4.). Dans la relation thérapeutique, pour le patient, expérimenter des émotions négatives pourrait donc être associé chez le thérapeute empathique à des réactions de compensation, mais aussi à une restriction innée du répertoire comportemental et à une réponse plus rigide. En outre même si l'expression des émotions est probablement le plus important stimulus de la vie sociale, véhiculant une quantité d'information considérable sur leur émetteur, par le biais du visage comme canal privilégié, le reste du corps et la voix sont également des canaux très importants qui permettent notamment d'intégrer les informations dans leur contexte (Niedenthal et al., 2018).

En psychothérapie, les émotions ont donc une importance considérable, en étant considérée comme des processus thérapeutiques (les prototypiques expériences émotionnelles correctrices de Alexander et al. (1946) liées aux réactions de compensation des thérapeutes), mais aussi parce qu'elles apportent des informations fiables sur les processus intra-individuels présents chez les patients et sur la qualité de la relation thérapeutique, non disponibles par ailleurs. L'empathie a d'ailleurs été reliée à des meilleurs résultats en psychothérapie (Wampold et Imel, 2015) et la capacité à se mettre à la place de l'autre est rendue possible par les capacités de prise de perspective (ToM, pour une revue du développement voir Wellman, 2018).

Mais aussi par la capacité à reproduire les expressions faciales pour mieux ressentir ce qu'expérimente l'autre (théorie initialement développée par Théodore Lips (1851-1914)). Si l'expression des émotions peut paraître universelle, leur modulation est influencée par les contextes culturels et sociaux, ce qui peut interroger sur la fiabilité des expressions émotionnelles dans le contexte de la psychothérapie où les patients tendent à dissimuler des informations négatives et importantes. La reconnaissance des émotions est également considérée comme universelles (Matsumoto & Hwang, H., 2013). et les psychothérapeutes sont donc naturellement à même de discerner les expressions émotionnelles présentes chez leur patient, qui renvoient aux sept émotions primaires mises en évidence par Ekman (2003) souvent

appelées macro-émotions. Ils sont capables d'accéder à une partie de leurs ressentis. Il existerait pourtant, des différences notables dans la capacité des individus à distinguer les plus petites expressions émotionnelles dénommées micro-émotions ou émotions subtiles. En effet, il a été démontré que les émotions qui apparaissent sur le visage dans des contextes sociaux où il n'est pas nécessaire de modifier ou de censurer l'expression ont tendance à durer plus longtemps et à s'exprimer sur l'entièreté du visage (pendant 0,5 à 4 s), tandis que quand le contexte social nécessite de dissimuler les émotions, leur expression s'afficherait avec une moindre intensité, ou sur une partie seulement du visage, et pendant des durées beaucoup plus faibles (moins de 0,5 s ; Matsumoto & Hwang., 2013, Ekman, 2003). Les macro-expressions seraient donc beaucoup plus faciles à discriminer que les micro-expressions qui sont très rapides et difficilement identifiables pour la plupart des individus. Pourtant ces petites expressions véhiculeraient des signaux plus fiables de l'état émotionnel d'un individu que les macro-expressions qui, peuvent être manipulées, quand un individu chercherait à dissimuler son état ou quand il n'en aurait pas conscience. Ainsi, de manière générale, pour Ekman & Friesen (1969), la communication non verbale pourrait venir se substituer complètement à la communication verbale (et agirait selon nous comme un palliatif), la compléter (agissant comme un correcteur) ou la contredire (réalisant une correction); et ainsi jouer un rôle déterminant en fournissant des éléments à prendre en compte par les thérapeutes pour décider de leurs actions. En ce sens, le feedback instrumental renvoyé par les systèmes ROM pourrait même être considéré comme une extension de la communication non-verbale, quand ces systèmes permettent de véhiculer des messages tels que des signaux de détérioration ou un graphique de progression à même d'introduire une réorientation de la thérapie.

Dans le prolongement des travaux de Duchenne et Darwin sur l'anatomie de l'expression émotionnelle, Haggard et Isaacs (1966) ont initialement mis en évidence l'existence et la présence de micro-expressions émotionnelles difficilement discernables pour

l'œil non entraîné, en analysant des enregistrements vidéo de psychothérapie image par image. Des micro-expressions furent ensuite retrouvées chez des patients dépressifs filmés et analysés par Ekman et Friesen (1974). Plus récemment, ces travaux ont été popularisés par Paul Ekman et portés à l'écran dans la série télévisée américaine « Lie To Me » inspirée de sa vie et de son travail, où le personnage principal est chargé de détecter le mensonge dans des contextes d'interventions très divers. De manière plus spécifique pour notre propos, en 2008, Porter et Ten Brinke publièrent la première recherche démontrant la présence de micro-expressions émotionnelles chez des individus qui essayaient de masquer ou d'écraser leurs émotions. Puisque ces micro-expressions sont potentiellement le signe d'émotions dissimulées, et que les recherches ont montré que les patients avaient tendance à cacher du contenu négatif pendant les séances de psychothérapie, ces signaux pourraient véhiculer des feedbacks naturalistes potentiellement très importants pour les thérapeutes. Et la différence dans l'habilité à détecter ces informations pourrait expliquer une part de la variance des résultats des meilleurs thérapeutes et une part de la variance des résultats dans les interventions utilisant le feedback instrumental en psychothérapie. Les praticiens qui ont la possibilité de se saisir de ces informations, étant mieux armés pour adapter le processus thérapeutique. En particulier, les recherches ont démontré qu'il existait un lien entre la capacité à reconnaître les émotions subtiles (qui sont souvent des manifestations d'expressions faciales émotionnelles partielles) et la capacité à détecter la tromperie (Warren et al, 2009). La plupart des individus ne sont pas efficaces dans la détection des émotions micro et subtiles, et certains individus sont naturellement plus talentueux. Ekman, O'Sullivan & Frank (1999) ont publié la première étude démontrant que certains groupes de professionnels, plus spécialement des psychologues intéressés par les phénomènes de la détection du mensonge, pouvaient obtenir de meilleures performances à détecter les menteurs sur des enregistrements vidéo. Ce qui les distinguerait de leurs congénères qui, eux, sont plus généralement capables de reconnaître aisément uniquement

les macro-expressions faciales. Que ce soit à la suite d'un entraînement spécifique ou du fait d'une capacité innée, les femmes ont été identifiées comme souvent plus efficaces dans l'interprétation des signaux non verbaux (Hall, 1978), et comme nous l'avons vu précédemment, elles sont également plus efficaces dans l'utilisation du feedback instrumental.

De plus, les individus tendent à moduler l'expression de leurs émotions dans les contextes sociaux (Matsumoto & Willingham, 2006) et en thérapie (Hill et al., 1993). En séances, les macro-expressions pourraient ainsi être modulées alors que les micro-expressions ou les expressions subtiles ne pourraient pas l'être ou difficilement ; ce qui donnerait un avantage certains aux thérapeutes qui, en condition naturaliste, sont plus à même de détecter ou de décoder les signaux non verbaux. L'entraînement à ces habiletés est d'ailleurs possible et permettrait de l'utiliser dans un environnement de production. (Huang & Matsumoto, 2010).

Ainsi, dans un travail de mémoire de master, Sutter (2010), a émis l'hypothèse que l'entraînement à la reconnaissance des signaux non verbaux (les micro-expressions faciales émotionnelles) serait de nature à augmenter la capacité des thérapeutes à identifier les émotions, et renforcerait de ce fait l'alliance thérapeutique. Nous pouvons rappeler à ce sujet qu'une des trois dimensions de l'alliance thérapeutique telle qu'elle a été définie trans-théoriquement par Bordin (1979) est la capacité du thérapeute à comprendre son patient, qualifiant la qualité de la relation. Les résultats expérimentaux ont laissé effectivement apparaître que les thérapeutes, qui avaient suivi une formation à la reconnaissance de ces micro-expressions, obtenaient ensuite de meilleurs scores d'alliance thérapeutique évalués par l'échelle SRS (Session Rating Scale, Miller et al., 2005) ; suggérant un lien entre la reconnaissance du comportement non verbal, en particulier des micro-expressions, et une meilleure alliance entre le thérapeute et son patient. De meilleurs résultats au traitement mesurés par l'échelle ORS (Outcome Rating Scale ; Miller et al., 2005) ont été également retrouvés dans cette recherche, suggérant un lien direct entre une meilleure perception des micro-émotions et de meilleurs résultats psychothérapeutiques.

Vers un modèle des effets dus au feedback dans la pratique ROM

Toutes ces données soulignent le potentiel de dévoilement des informations apportées par les signaux non verbaux émis par les patients (ou feedback naturaliste). Les thérapeutes sont naturellement habilités, à moins de présenter des déficits cognitifs ou neurologiques marqués, à décoder les signaux verbaux émis par leurs patients ; au moins dans leur langue maternelle, puisque le langage articulé est la base de la communication orale. Mais aussi à décoder des signaux non-verbaux, en particulier à reconnaître des expressions faciales émotionnelles avec une efficacité variable. Ces éléments, en lien avec les modélisations classiques des effets dus aux interventions basées sur le feedback, nous permettent d'avancer quelques hypothèses de recherches.

Comme les capacités à distinguer les signaux non verbaux véhiculant des informations sur l'état des patients diffèrent selon les thérapeutes, les thérapeutes les mieux armés à distinguer ces signaux pourraient potentiellement obtenir de meilleurs résultats pendant les soins (les résultats préliminaires de la littérature semblent aller dans ce sens). Ensuite, les meilleurs thérapeutes distingueraient plus facilement les signaux qui sont les plus difficilement perceptibles pour la plupart des êtres humains, mais pour lesquels la fiabilité est mieux documentée (les micro-expressions et les expression subtiles). La capacité à détecter les émotions négatives masquées par les patients pourrait expliquer pourquoi le feedback instrumental négatif amènerait à de meilleurs résultats chez des patients qui initialement ne s'amélioraient pas et pour lesquels les thérapeutes auraient de grandes difficultés d'identification. Ces émotions négatives entraînant par ailleurs des réactions de compensation chez les thérapeutes auto-efficaces et susceptibles d'améliorer l'état du patient ; mais également des réactions défensive (comme ignorer le signal de feedback) pouvant bloquer la réaction fonctionnelle due à la perception d'un signal de détresse par les thérapeutes manquant d'auto-efficacité. Par ailleurs, la meilleure efficacité du FI est notamment liée à une humeur des

thérapeutes plutôt congruente ; et l'utilisation du feedback est potentiellement liée à une réaction de surprise chez les thérapeutes (Chow ; 2014). Cet effet de surprise serait à même, d'amener à de nouvelles réactions chez le thérapeute puisqu'il viendrait contrecarrer le pouvoir d'offuscation au feedback que représente la force de l'habitude qui rend insensible au contexte.

Puisque le feedback instrumental agirait pour aider les thérapeutes qui n'ont pas détecté les signaux de détérioration des patients dans les conditions NOT, les praticiens qui seraient à même de distinguer plus facilement les signaux négatifs et de surcroit les micro-signaux émotionnels négatifs seraient les plus efficaces. Puisque certains groupes de praticiens sont naturellement plus à même de lire ces signaux, nous pouvons émettre l'hypothèse que les meilleurs thérapeutes puissent être les plus efficaces à détecter ces signaux. Le feedback instrumental remplacerait alors (hypothèse palliative) ou complémenterait (hypothèse supplétive) un processus discriminatif naturel qui serait à l'œuvre dans la thérapie, et pour lequel les praticiens varieraient en capacité. Les plus performants auraient accès à ces informations naturelles qui leur permettraient de mieux répondre aux enjeux de la relation thérapeutique en temps réel.

D'un point de vue expérimental, de mauvais résultats aux traitements se manifesteraient par l'émission chez le patient de signaux non verbaux (naturels) et auto-rapportés (feedback instrumental) négatifs ; nous pourrions supposer que l'effet direct d'une communication non verbale négative sur les résultats serait à priori négative. L'alliance prédisant les résultats dans la littérature, l'effet de la communication non verbale sur les résultats pourrait transiter par l'alliance thérapeutique qui réaliserait ainsi une médiation de la relation entre la communication non verbale et les résultats (Figure 1).

Comme le Feedback instrumental semble influencer les résultats en condition NOT, nous pouvons supposer que le feedback instrumental pourrait agir en modulant (hypothèse de modération) les effets négatifs de la communication non-verbale (micro et subtile notamment)

en condition NOT sur l'alliance thérapeutique. Le FI pourrait donc au final modérer la médiation entre les signaux négatifs non verbaux (micro et subtils), l'alliance thérapeutique et les résultats (Figure 2). Nous pourrions ainsi imaginer l'effet clinique du feedback négatif en psychothérapie par un effet de loupe ou de lentille grossissante (Lens Effect), où le fait de percevoir du feedback négatif démultiplierait le poids accordé par des cliniciens à des informations négatives et augmenterait le potentiel de réaction et de correction du thérapeute sur le processus thérapeutique. En opérationnalisant ces variables, nous pourrions supposer qu'à l'inverse, le feedback instrumental négatif aurait un effet d'affaiblissement (de tampon) sur la relation (négative) entre les signaux non verbaux négatifs et la bonne alliance thérapeutique, l'alliance thérapeutique étant elle-même reliée positivement aux résultats du traitement (Figure (2)). En terme expérimental : Hypothèse numéro 1 (H1) - Dans les condition naturelles (hors feedback instrumental) de la thérapie, des différences significatives de reconnaissance des signaux non verbaux existent entre les thérapeutes les plus efficaces et les moins efficaces.

Hypothèse numéro 2 (H2) - En condition naturelles (hors feedback instrumental) des différences significatives d'efficacité existent entre les thérapeutes entraînés à repérer les signaux de CNVB et non entraînés à repérer les signaux CNVB. Hypothèse numéro 3 (H3) : Les thérapeutes les plus efficaces dans la détection des signaux non verbaux négatifs sont aussi les plus efficaces à prédire les mauvais résultats. Hypothèse numéro 4 (H4) : Il n'existe pas de différences significatives d'efficacité entre les thérapeutes qui sont entraînés à repérer les indices non verbaux (entraînement nvb) et les thérapeutes entraînés et ayant accès au feedback instrumental (entraînement FIT). Le FIT agirait donc comme un remplaçant du signal non verbal (Hypothèse palliative). Ces hypothèses ont été présentées au Professeur Paul Ekman dans le cadre de l'élaboration d'un premier projet de recherche sur la modélisation des effets du feedback en psychothérapie (communication personnelle, 4 novembre 2013). Hypothèse

numéro 5 (H5) - Il existe une différence d'efficacité entre les thérapeutes en condition FI plus détection de la communication non verbale et les thérapeutes en condition FI seule.

Figure 1. Modélisation simplifiée des effets dus au feedback instrumental en psychothérapie.

Notes : les cercles représentent les construits latents du modèle structural.

Figure 2. Modélisation simplifiée des effets dus au feedback instrumental en psychothérapie.

Condition NOT.

Discussion

Nous avons passé en revue dans cet article les différentes tentatives de modélisation de l'effet du feedback dans la pratique ROM en psychothérapie. Il apparaît notamment que le feedback instrumental agirait plus particulièrement dans les conditions de soins où les patients ne s'amélioreraient pas initialement (patients NOT), en signalant les mauvais résultats aux psychothérapeutes et aux patients, afin de les aider à adapter le traitement. D'autres signaux, non verbaux, de la mauvaise réponse au traitement, ou de la mauvaise relation thérapeutique, disponibles en condition naturaliste de psychothérapie, pourraient être liés à l'efficacité du feedback instrumental en condition NOT, et à l'efficacité de la psychothérapie en général. En pratique clinique, le feedback instrumental pourrait avoir un effet de lentille grossissante, permettant aux cliniciens de mieux percevoir les informations négatives sur les résultats des soins qu'ils avaient négligés, afin de mieux adapter le traitement. De manière expérimentale, la provision du feedback instrumental au clinicien modulerait en l'affaiblissant, l'impact négatif d'une mauvaise communication (identifiée par des signaux non verbaux) sur l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute qui, elle, agirait comme un médiateur des résultats.

Plusieurs hypothèses liées à l'opérationnalisation de ce modèle sont proposées, avec notamment la possibilité de tester dans de nouvelles recherches la capacité des thérapeutes en condition feedback et non feedback, à discriminer les signaux non verbaux émis par leurs patients, en particulier les signaux négatifs ; à étudier l'impact associé en terme de résultats psychothérapeutiques et également à comparer les effets d'un entraînement à la reconnaissance des signaux non verbaux en comparaison d'un entraînement aux pratiques de feedback instrumental de la ROM.

Ces recherches seraient à même selon nous d'éclairer les effets du feedback instrumental en psychothérapie, de mieux élucider les effets dus au traitement en général et de proposer de

EN TETE COURANT : VERS UN MODELE EXPLICATIF DE L'EFFET DU ROM

nouvelles pistes dans l'entraînement des psychothérapeutes susceptibles d'améliorer significativement leurs résultats.

REFERENCES

- Alexander F. et French T.M. (1946), *Psychoanalytic therapy: principles and application*, N.Y. Ronald Press
- Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). *Using client feedback to improve couple therapy outcomes: a randomized clinical trial in a naturalistic setting. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 4, 693-704.
- Bordin, E. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bickman, L., Kelley, S. D., Breda, C., de, A. A. R., & Riemer, M. (2011). *Effects of Routine Feedback to Clinicians on Mental Health Outcomes of Youths: Results of a Randomized Trial. Psychiatric Services*, 62, 12, 1423.
- Carlier, P. D., Meuldijk, P. D., Van, V. M., Van, F. M., Van, . W. M., & Zitman, M. D. (2012). *Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18, 1.)
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and Self-Regulation: A Control Theory Approach to Human Behavior*. New York: Springer. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4612-5887-2>.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1982). *Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. Psychological Bulletin*, 92, 1, 111-135.
- Cazauvieilh, C. (2018, September 11). Le Suivi Continu des Résultats en psychothérapie : Revue de la littérature du Routine Outcome Monitoring (ROM) et présentation du système PCOMS. <https://doi.org/10.31234/osf.io/t86y4>

- Chow, D. L. (2014). *The study of supershrinks: Development and deliberate practices of highly effective psychotherapists*. Doctoral Thesis presented for the degree of Doctor of Philosophy of the Curtin University
- Claiborn, C. D., & Goodyear, R. K. (2005). *Feedback in psychotherapy*. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 2, 209-17.
- Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage
- De Jong, K., van, S. P., Nugter, M. A., Heiser, W. J., & Spinhoven, P. (2012). *Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial*. *Psychotherapy Research*, 22, 4, 464-474.
- Dowrick C, Leydon GM, McBride A, Howe A, Burgess H, Clarke P, et al. (2009) Patients' and doctors' views on depression severity questionnaires incentivised in UK quality and outcomes framework: qualitative study. *BMJ*;338:b663. doi:10.1136/
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed* (2nd ed.). New York: Times Books.
- Ekman, P. and Friesen, W.V. (1969) The Repertoire of Nonverbal Behavior: Categories, Origins, Usage and Coding. *Semiotica*, 1, 49-98.
<https://doi.org/10.1515/semi.1969.1.1.49>.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1974). Nonverbal Behavior and Psychopathology. In Friedman, R. J. & Katz, M. M. (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research* (pp. 203-232). Washington, D.C.: Winston & Sons.
- Ekman, P., Friesen, W. V., O'Sullivan, M., & Scherer, K. R. (1980). Relative importance of face, body, and speech in judgments of personality and affect. *Lancaster, Pennsylvania: American psychological association*
- Ekman, P., O'Sullivan, M., & Frank, M. G. (1999). *A Few Can Catch a Liar*. *Psychological Science Cambridge*, 10, 3, 263-266.

- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Friedman, H. S. (1978). The Relative Strength of Verbal versus Nonverbal Cues. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 1, 147-150.
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L., Miller, S. D., ... Wampold, B. E. (2016). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, 53, 3, 367-375.
- Haggard E.A., Isaacs K.S. (1966) Micromomentary facial expressions as indicators of ego mechanisms in psychotherapy. In: *Methods of Research in Psychotherapy*. The Century Psychology Series. Springer, Boston, MA
- Hall, E. T. (1969). *The hidden dimension*. Garden City, N.Y.
- Hall, J. A. (1992). *Gender effects in decoding nonverbal cues*. *Psychology of Gender* / Edited by Carol Nagy Jacklin.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). *A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure*. *J. Clin. Psychol.*, 61(2), 155–163. doi:10.1002/jclp.20108.
- Hatfield, D. , McCullough, L. , Frantz, S. H. and Krieger, K. (2010), *Do we know when our clients get worse? an investigation of therapists' ability to detect negative client change*. *Clin. Psychol. Psychother.*, 17: 25-32. doi:[10.1002/cpp.656](https://doi.org/10.1002/cpp.656)
- Herold, D. M., & Fedor, D. B. (2003). *Individual differences in feedback propensities and training performance*. *Human Resource Management Review*, 13, 4, 675-689.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp.

37-70). New York: Oxford University Press. Psychotherapy. Oxford, New York
(Reviewed).

Kendrick T., El-Gohary M., Stuart B., Gilbody S., Churchill R., Aiken L., Bhattacharya A.,
Gimson A., Brütt AL., de Jong K., Moore M.. *Routine use of patient reported outcome
measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in
adults*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 7. Art. No.: CD011119.
DOI: 10.1002/14651858.CD011119.pub2.

Keltner, D., & Haidt, J. (2001). Social functions of emotions. In T. Mayne & G. A. Bonanno
(Eds.), *Emotions: Current issues and future directions*. New York: Guilford Press. (pp.
192-213).]

Knapp, M. L. (1972). *Nonverbal communication in human interaction*. New York: Holt
Rinehart and Winson.

Hill, C., Thompson, B., & Corbett, M. (1992). The Impact of Therapist Ability to Perceive
Displayed and Hidden Client Reactions on Immediate Outcome in First Sessions of
Brief Therapy. *Psychotherapy Research*, 2, 2, 143-155.

Hwang, H. S., & Matsumoto, D. (2010). *Training improves the ability to recognize subtle facial
expressions of emotion*. Paper presented at the Annual Convention of the Association
for Psychological Science, Boston, MA.

Jospe, K., Flöel, A., & Lavidor, M. (2018). The interaction between embodiment and empathy
in facial expression recognition. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 13, 2,
203-215.

Lambert, M. J. (2017). Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based
Medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 2, 80-89.

Larraway, C,J, 2015 THE THERAPEUTIC ALLIANCE, RUPTURES, AND SESSION-BY-
SESSION FEEDBACK. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements of

the degree of Doctor of Clinical Psychology, validated by the University of Oxford
(Trinity Term)

Matsumoto, D., Frank, M. & Hwang, H. (2013). Reading people: introduction to the world of nonverbal behavior. In D. MatsumotoM. G. Frank & H. S. Hwang (Eds.), *Nonverbal communication: Science and applications* (pp. 3-14). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781452244037.n1

Matsumoto, D. & Hwang, H. (2013). Facial expressions. In D. MatsumotoM. G. Frank & H. S. Hwang (Eds.), *Nonverbal communication: Science and applications* (pp. 15-52). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781452244037.n2

Matsumoto, D. & Hwang, H. (2013). Cultural influences on nonverbal behavior. In D. MatsumotoM. G. Frank & H. S. Hwang (Eds.), *Nonverbal communication: Science and applications* (pp. 97-120). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781452244037.n5

Matsumoto, D. Willingham, B. (2006). The thrill of victory and the agony of defeat: Spontaneous expressions of medal winners of the 2004 athens olympic games. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 3, 2006.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 2, 199.

Miller, S.D., Hubble, M.A., & Duncan, B.L. (2007). Supershrinks: Learning from the field's most effective practitioners. *The Psychotherapy Networker*, 31(6), 26-35, 56..

Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50, 1, 88-97.

Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and

- outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 2, 233-248.
- Niedenthal, Paula M, and Francois Ric. *Psychology of Emotion*. New York [etc.: Routledge, 2017. Print.
- Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C., & Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy (chicago, Ill.)*, 47, 4, 616-30.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2003). Fifty years of process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307-390). New York: Wiley.
- Porter, S., & ten, B. L. (2008). Reading Between the Lies: Identifying Concealed and Falsified Emotions in Universal Facial Expressions. *Psychological Science*, 19, 5, 508-514.
- Safran, Jeremy & Muran, John & Eubanks, Catherine. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. 48. 224-238. 10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0011.
- Sapyta, J., Riemer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, research, and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 2, 145-153.
- Sutter, JV., "ASSESSING IMPACT OF AFFECT RECOGNITION ON THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP" (2010). University of Kentucky Master's theses. [ps://uknowledge.uky.edu/gradschool_theses/14](https://uknowledge.uky.edu/gradschool_theses/14)
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work.
- Warren, G., Schertler, E., & Bull, P. (2009). Detecting Deception from Emotional and Unemotional Cues. *Journal of Nonverbal Behavior*, 33, 1, 59-69.

- Wellman, H. M. (2018). Theory of mind across the lifespan? *Zeitschrift für Psychologie*, 226(2), 136-138. <http://dx.doi.org/10.1027/2151-2604/a000330>.
- Worthen, V. E., & Lambert, M. J. (2007). Outcome oriented supervision: Advantages of adding systematic client tracking to supportive consultations. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7, 1, 48-53.