

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
CYNTHIA RÉGENT

ÉTUDE EXPLORATOIRE DU CONTRE-TRANSFERT VÉCU PAR DES
PSYCHOLOGUES TRAVAILLANT AVEC UNE CLIENTÈLE
SOUFFRANT D'UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ

JANVIER 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Suzanne Léveillée, Ph.D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Suzanne Léveillée, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Daniela Wiethaeuper, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

J. Éric Dubé, Ph.D.

Université du Québec à Montréal

Sommaire

Le contre-transfert est considéré aujourd'hui comme une source importante d'information sur le vécu intrapsychique et comme un outil thérapeutique essentiel dans le traitement des troubles de la personnalité. Une abondante littérature théorique suggère que les pathologies de la personnalité limite et narcissique (Kernberg, 1989; Masterson, 1990) suscitent chez les thérapeutes des réactions contre-transférentielles qui sont difficiles à gérer et qui peuvent amener à des passages à l'acte; ce qui n'est pas sans conséquence sur l'alliance thérapeutique et l'empathie. Toutefois, ce phénomène clinique demeure peu étudié. La présente étude se veut une contribution au développement de la recherche sur le contre-transfert auprès d'une population clinique souffrant d'une pathologie de la personnalité. Les objectifs de la présente étude sont, premièrement, d'explorer le contre-transfert de trois thérapeutes qui travaillent avec des patients souffrant d'une pathologie de la personnalité au début et à la fin du processus thérapeutique. Deuxièmement, il s'agit d'explorer la perception de la motivation qu'ont les thérapeutes quant à la motivation de leur patient à adhérer au processus thérapeutique. Cela nous amènera par la suite à faire un pont entre la perception de la motivation perçue et l'établissement d'une alliance thérapeutique. Et troisièmement, il s'agit d'explorer l'empathie éprouvée par les thérapeutes à l'égard de leur patient. Le but de cette étude est d'obtenir de plus amples informations sur le phénomène subjectif qu'est le contre-transfert et l'alliance thérapeutique et l'empathie. La tâche des thérapeutes était de réfléchir sur l'un de leur patient ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique afin de répondre aux questions de l'entrevue de recherche et à un

Questionnaire sur le contre-transfert. Leurs réponses portaient sur leur contre-transfert, leur empathie ainsi que sur leur perception quant à la motivation de leur patient à adhérer au processus thérapeutique. L'entrevue de recherche et le Questionnaire sur le contre-transfert ont été administrés aux trois thérapeutes au début et à la fin du processus thérapeutique, soit après neuf semaines de thérapie. Les données recueillies ont été analysées par deux juges afin d'éviter les biais subjectifs. Dans l'ensemble, les thérapeutes ont rapporté ressentir des sentiments similaires à l'égard de leur patient présentant des enjeux narcissiques. Par ailleurs, l'intensité des réactions contre-transférrentielles rapportées est de faible intensité. En outre, un type particulier de réaction contre-transférentielle est relevé. Les résultats s'intéressant au contre-transfert et à l'alliance thérapeutique via la perception des thérapeutes de la motivation de leur patient montrent que ces deux variables vont dans le même sens. Lorsque la perception quant à la motivation perçue est plus positive, le contre-transfert rapporté est plus positif après neuf semaines de thérapie. À l'inverse, lorsque la perception quant à la motivation perçue est mitigée, voire défavorable, en début de thérapie, le contre-transfert rapporté demeure stable et négatif après neuf semaines de thérapie. Enfin, les résultats portant sur le contre-transfert et l'empathie montrent que le contre-transfert et l'empathie des thérapeutes vont dans le même sens. Lorsque le contre-transfert ressenti évolue positivement, l'empathie rapportée est également plus élevée. À l'inverse, lorsque le contre-transfert ressenti demeure dans le registre des émotions négatives, l'empathie éprouvée demeure relativement stable et faible après neuf semaines de thérapie. De

façon générale, ces résultats apportent des données supplémentaires sur les réactions contre-transférrentielles de cette population clinique connue pour être difficile.

Tables des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Remerciements	xi
Introduction	1
Contexte théorique	6
Définition des troubles de personnalité selon le DSM-5	7
Compréhension des troubles de personnalité selon Masterson	11
L'évolution historique des concepts de contre-transfert et d'identification projective	15
Les différentes approches du contre-transfert et de l'identification projective ..	16
Compréhension de la structure de personnalité limite et de la structure de personnalité narcissique selon Masterson	22
La structure de personnalité limite	22
La structure de personnalité narcissique	24
Le contre-transfert avec les patients souffrant de troubles de personnalité	25
Contre-transfert et trouble de personnalité	25
Le contre-transfert limite selon Masterson	27
Le contre-transfert narcissique selon Masterson	30
Les passages à l'acte contre-transférentiels avec les patients limites et narcissiques	32
L'empathie et trouble de personnalité	35

L'alliance thérapeutique avec les troubles de personnalité	38
Recension des études sur le contre-transfert.....	41
Pertinence et originalité de l'étude	54
Objectifs et questions de recherche.....	56
Méthode.....	59
Participant.....	60
Procédure de recrutement	61
Critères d'inclusion	61
Entretien semi-dirigé et instrument objectif.....	62
L'entrevue de recherche	62
Le Questionnaire sur le contre-transfert	64
Procédure	66
Résultats	69
Instrument objectif	79
Similitudes des thématiques contre-transférrentielles intra-participant.....	81
Différences des thématiques contre-transférrentielles intra-participant	82
Similitudes des thématiques contre-transférrentielles inter-participant.....	83
Différences des thématiques contre-transférrentielles inter-participant	84
Similitudes intra-participant dans les verbalisations de la perception de la motivation	87
Différences intra-participant dans les verbalisations de la perception de la motivation	88
Similitudes inter-participant dans les verbalisations de la perception de la motivation	88

Différences inter-participantes dans les verbalisations de la perception de la motivation	88
Contre-transfert et motivation perçue par les participantes	92
Similitudes intra-participantes de l'empathie éprouvée	94
Différences intra-participantes de l'empathie éprouvée	94
Similitudes inter-participantes de l'empathie éprouvée	94
Différences inter-participantes de l'empathie éprouvée	94
Contre-transfert et empathie éprouvée par les participantes	95
Discussion	98
Conclusion	113
Références	117
Appendice A. Lettre d'information et formulaire de consentement	130
Appendice B. Canevas d'entretien	136
Appendice C. Questionnaire sur le contre-transfert	138

Liste des tableaux

Tableau

1	Données sur le contre-transfert ressenti et la compréhension des enjeux psychologiques de la thérapeute 1 à l'égard de sa patiente	71
2	Données sur le contre-transfert ressenti et la compréhension des enjeux psychologiques de la thérapeute 2 à l'égard de sa patiente	75
3	Données sur le contre-transfert ressenti et la compréhension des enjeux psychologiques de la thérapeute 3 à l'égard de son patient	77
4	Moyennes obtenues par les thérapeutes sur les différentes échelles du Questionnaire sur le contre-transfert	80
5	Analyse des données du contre-transfert des thérapeutes et de leurs perceptions quant à la motivation de leur patient à s'engager dans le processus thérapeutique	90
6	Analyse des données du contre-transfert ressenti et de l'empathie éprouvée par les thérapeutes à l'égard de leur patient	96

Liste des figures

Figure

1	La triade de Masterson : fonctionnement dynamique de la personnalité normale	13
2	La triade de Masterson : fonctionnement dynamique de la personnalité pathologique	14

Remerciements

Je souhaite remercier ma directrice d'essai, madame Suzanne Léveillée, Ph.D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son assistance éclairée, sa disponibilité, son support et les conseils judicieux prodigués tout au long de la rédaction de cet essai doctoral. Je remercie également les psychologues du CSSS de l'Énergie pour leur collaboration qui a rendu possible l'élaboration de ce projet de recherche.

Je tiens également à remercier madame Christiane Hamelin qui a aidé à la présentation de cet essai selon les normes de présentation recommandées pour un tel écrit scientifique.

Tout spécialement, je tiens à remercier ma famille : mon père Pierre Saint-val, ma mère Ginesta Régent, ma sœur et mes frères Claudia, Michel, Sylvio et Rodrigue Régent ainsi que ma belle-sœur Solange Hajjar. Ces personnes m'ont appuyée dès le jour où je leur ai partagé mon projet de devenir psychologue. Leur soutien, à tous les niveaux, a été d'une importance capitale. C'est grâce à eux, leur confiance, leur soutien à tous les égards, leur écoute, leurs encouragements, aux valeurs que mes parents m'ont inculquées et à l'éducation que j'ai reçue que j'ai pu franchir toutes les étapes de ce parcours. L'aboutissement de ce projet leur revient tout autant, et la reconnaissance que j'exprime à leur égard est indicible.

Enfin, je remercie mon conjoint Mathieu Poirier pour sa patience et son appui ainsi que toutes les personnes et amis ayant contribué à la réalisation de cet essai doctoral, que ce soit par leur participation, leur encouragement ou leur support.

Introduction

Les troubles de personnalité constituent un problème majeur de santé mentale et représentent l'une des plus importantes causes d'inadaptation dans les populations cliniques. Ces pathologies sont associées à une forte demande de service dans le réseau de la santé. Les individus qui souffrent d'un trouble de personnalité constituent également une part importante de la charge des cas des professionnels qui travaillent dans le réseau de la santé publique et dans les organismes communautaires (Burns, 2006).

Parmi les troubles de personnalité répertoriés dans le DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2015), le trouble de la personnalité limite et le trouble de la personnalité narcissique suscitent particulièrement l'intérêt des chercheurs et des cliniciens du fait de la difficulté à traiter ces patients et de la prévalence élevée de ces deux troubles au sein de la population clinique (Diamond et al., 2013). Une thérapie à long terme est préconisée pour traiter ces troubles de personnalité et observer des gains thérapeutiques durables (Levy, Wasserman, Scott, & Yeomans, 2009). Or, un arrêt précoce de la psychothérapie est souvent observé chez ces patients (Horner & Diamond, 1996; Webb & McMurran, 2007). Aussi, les réactions contre-transférrentielles suscitées par ces patients sont décrites comme étant plus intenses et négatives. Par exemple, les intervenants rapportent vivre régulièrement de la culpabilité, de l'anxiété, de la rage et de l'ennui avec cette population clinique.

Par ailleurs, les écrits cliniques sur le trouble de la personnalité limite et le trouble de la personnalité narcissique recommandent aux thérapeutes qui travaillent avec ces patients de prêter une attention à leur contre-transfert. Bien que le contre-transfert soit un phénomène qui est présent dans tous les processus thérapeutiques, le contre-transfert lorsqu'il est ignoré ou minimisé, des passages à l'acte peuvent se produire; ce qui nuit au processus thérapeutique (Campbell, 2010; Sampson, 2006). À l'inverse, lorsqu'il est régulé, le contre transfert s'avère être un outil déterminant. En outre, il constitue une importante source d'informations par rapport aux relations d'objet qui sont activées dans la relation thérapeutique avec les patients souffrant d'un trouble de la personnalité et peut orienter le choix des stratégies d'intervention (Gabbard, 2001; Hayes, 2004; Kernberg, 1990, 2004, 2010; Racker, 1957; Tansey & Burke, 1989). On reconnaît également que le contre-transfert peut avoir une influence sur l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique avec ses patients (Muran et al; 2009; Reid, 2009). Les cliniciens s'accordent à dire que « porter une attention au contre-transfert peut être bénéfique pour maintenir une position empathique utile au processus thérapeutique » (Clark, 2007, p. 110).

Si l'importance de gérer le contre-transfert n'est plus à démontrer au plan clinique, ce phénomène demeure encore peu étudié empiriquement. En effet, peu de chercheurs se sont intéressés à l'expérience subjective qu'ont des psychologues de leur contre-transfert avec des patients présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique. Il serait judicieux de s'y intéresser d'autant plus que lorsque le contre-transfert est négatif

(c'est-à-dire associé à un ensemble d'affects négatifs tels que les sentiments de frustration d'ennui, de colère, etc.), le processus thérapeutique peut être entravé par l'influence qu'exercent ces réactions contre-transférrentielles sur l'empathie et l'alliance thérapeutique.

Le contexte théorique constitue la première partie de cet essai. Cette section débute par une définition générale des troubles de personnalité, suivie de la présentation du modèle théorique de Masterson des troubles de la personnalité limite et narcissique. Ensuite, les réactions contre-transférrentielles typiques à ces deux troubles de la personnalité (limite et narcissique) sont présentées en référence à ce cadre théorique. Un bref historique du concept de contre-transfert est également présenté ainsi que les différentes approches développées en lien avec ce concept. Les difficultés à établir et à maintenir une alliance thérapeutique avec ces patients ainsi que l'impact du contre-transfert négatif sur l'empathie des thérapeutes sont également abordées dans cette section. Une recension des recherches réalisées sur le contre-transfert et les troubles de personnalité est aussi présentée. Le contexte théorique se termine par une critique et souligne la pertinence et l'originalité de cette étude exploratoire. La seconde section de cet essai présente la méthode de notre étude. Cette section expose les caractéristiques des participants, le déroulement de l'étude et présente l'instrument de mesure et le canevas d'entrevue utilisés pour recueillir les données. La troisième section porte sur les résultats de notre étude. À la quatrième section, les résultats sont interprétés et critiqués en fonction des écrits scientifiques. Les limites et les forces de l'étude sont aussi

nommées. Enfin, dans la conclusion, des orientations pour les recherches futures sont mises en lumière.

Contexte théorique

Dans la section qui suit, la compréhension des troubles de personnalité est abordée selon deux points de vue. Tout d'abord, une définition générale des troubles de personnalité est présentée selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) développé par l'APA (2015). Ensuite, la compréhension des troubles de personnalité selon James F. Masterson (1975, 1976, 1983, 1988; Masterson & Klein, 1988; Masterson & Rinsley, 1975; Masterson, Tolpin, & Sifneos, 1991) est exposée.

Définition des troubles de personnalité selon le DSM-5

Dans la nouvelle édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* développée par l'APA (2015), la définition des troubles de personnalité proposée dans le DSM-5 demeure identique par rapport à la définition des troubles de la personnalité qui figure dans *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* dans le DSM-IV (APA, 2003), le trouble de personnalité est défini comme une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants : la cognition, c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements; l'affectivité, c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la libilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle; le fonctionnement interpersonnel; et enfin, le contrôle des impulsions.

De façon générale, selon l'APA (2015), les troubles de personnalité se caractérisent par des traits mésadaptés qui envahissent la vie personnelle du sujet, et ce, dans différents contexte.

Ils entraînent généralement une souffrance cliniquement significative ou altèrent le fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. La stabilité de ces traits au travers des années ainsi que le nombre de sphères altérées sont des critères importants pour le diagnostic d'un trouble de personnalité. Par ailleurs, les traits de personnalité doivent être différenciés des traits qui apparaissent ponctuellement à la suite d'événements stressants. Ils doivent également être distingués des symptômes et des réactions qui apparaissent à la suite des états transitoires ou d'autres troubles mentaux.

La prévalence du trouble de la personnalité limite, selon les critères définis dans le DSM-5 (APA, 2015), est de 1,6 % au sein de la population générale. La prévalence de ce trouble chez les personnes vues dans les structures de soins de santé est d'environ 6 %, de 10 % chez les patients vus en consultation psychiatrique et approximativement de 20 % chez les patients hospitalisés dans les services psychiatriques. La prévalence du trouble de la personnalité narcissique est également importante. Dans la population générale, elle s'élève à 6,2 %. Le diagnostic de la personnalité narcissique est fait dans 50 à 75 % des cas chez l'homme.

Par ailleurs, dans la section consacrée aux troubles de personnalité dans le DSM-5 (APA, 2015) un modèle alternatif est proposé. Dans ce modèle, au lieu de vérifier uniquement la présence ou l'absence des critères diagnostiques, l'évaluation est effectuée selon trois dimensions se présentant sous la forme d'un continuum. Ces dimensions sont les suivantes : une atteinte du fonctionnement personnel et interpersonnel, la présence et la sévérité des traits pathologiques et enfin, l'élaboration d'un portrait global en comparaison à des modèles types de pathologies de la personnalité (Desjardins, 2013).

Malgré l'ajout de ce modèle alternatif au DSM-5 (APA, 2015), des lacunes demeurent. Ce modèle médical ne permet pas de cerner les différents profils présentés par les patients présentant un trouble de la personnalité limite et narcissique. Par exemple, le profil de patients narcissiques décrit dans le DSM-5 réfère à un type de pathologie du narcissisme avec des traits grandioses marqués, soit le narcissisme grandiose. Or, Pincus et Lukowitsky (2010) proposent de séparer le trouble de la personnalité narcissique en deux sous-types, soit le narcissisme grandiose et le narcissisme vulnérable. Ces auteurs soulignent plusieurs différences au niveau de l'étiologie ainsi que du traitement proposé par rapport à ces deux profils du narcissisme pathologique (narcissisme grandiose et narcissisme vulnérable).

La principale critique qui subsiste envers ce modèle est qu'il s'appuie sur les comportements observables. En effet, on peut noter le même comportement pathologique chez des patients présentant différents troubles de personnalité, ce qui peut

mener à l'application d'un traitement inapproprié. Aussi, le risque de sous-diagnostiquer les personnes chez qui les manifestations comportementales sont moins sévères, mais ayant tout de même des enjeux de personnalité, reste important. Par exemple, les patients présentant un profil narcissique vulnérable manifestent des symptômes discrets qui sont difficilement détectables à l'aide des critères diagnostiques du trouble de la personnalité narcissique tels que définis dans le DSM-5 (APA, 2015).

Par conséquent, il est important de s'appuyer sur d'autres modèles théoriques que celui proposé dans le DSM-5 (APA, 2015). Contrairement à l'approche médicale proposée dans le DSM-5, les modèles théoriques psychodynamiques mettent l'accent sur les caractéristiques intrapsychiques sous-jacentes aux différents troubles de personnalité plutôt que sur les comportements observables.

Les divers écrits et études cliniques auxquels nous faisons référence dans le contexte théorique de la présente étude s'inscrivent dans plusieurs écoles de pensée et utilisent des classifications différentes tout en employant le même vocabulaire. Ainsi, les termes « trouble de la personnalité limite », « trouble de la personnalité narcissique », « organisation limite ou narcissique », etc. ne correspondent habituellement pas à la même entité clinique d'une école de pensée à l'autre, ou même entre les théoriciens appartenant à la même école de pensée. Le lecteur doit garder à l'esprit que les troubles de la personnalité limite et narcissique décrits dans le DSM-5 (APA, 2015) partagent les

mêmes critères diagnostiques généraux et ont en commun un certain fonctionnement intrapsychique.

Selon les modèles théoriques psychodynamiques, les troubles de personnalité sont définis selon un type particulier d'organisation psychique qui, selon les auteurs, se situe sur un continuum allant de léger à sévère et qui peut être associé à une symptomatologie très hétérogène (Kernberg, 2010; Masterson, 2005). Ce fonctionnement intrapsychique est caractérisé par des lacunes au niveau des fonctions du Moi, amenant une identité diffuse et le recours à un ensemble de mécanismes de défense primitifs couteux au plan intrapsychique.

Plusieurs modèles théoriques psychodynamiques ont été développés sur les troubles de personnalité. Notre choix s'est porté sur la théorie Mastersonienne des troubles de personnalité, tout d'abord dans le souci de permettre aux lecteurs de prendre connaissance du cadre théorique auquel se réfèrent les thérapeutes de notre étude pour intervenir auprès de patients présentant une structure de la personnalité limite ou narcissique, et d'autre part, en raison de l'apport de cette théorie à la connaissance des troubles de personnalité.

Compréhension des troubles de personnalité selon Masterson

Cette section présente la théorie des troubles de personnalité développée par Masterson (2000, 2005). Selon Bessette (2012) et Roberts (1997), Masterson est reconnu

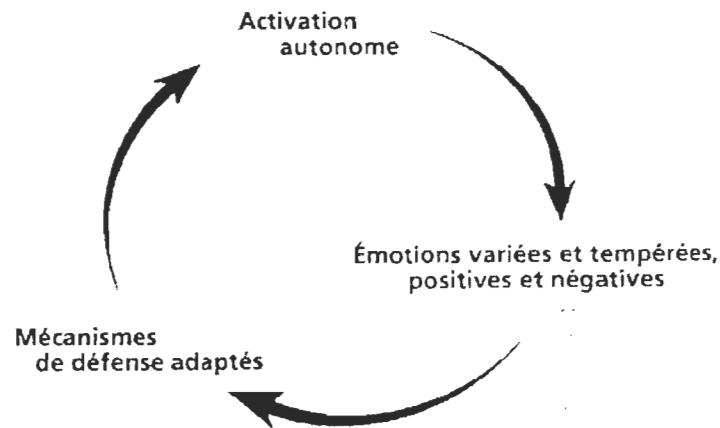
pour la spécificité et l'efficacité des stratégies de traitement et des techniques d'intervention qu'il a développées pour traiter les troubles de la personnalité.

Selon ce modèle théorique, les pathologies de la personnalité se caractérisent par un arrêt du développement du Soi lors de la phase de séparation et d'individuation. Cet arrêt développemental du Soi entraîne une interruption dans la progression des apprentissages relatifs aux mécanismes d'adaptation et d'autorégulation nécessaires au développement de l'identité, de l'autonomie et des habiletés relationnelles. L'arrêt développemental du Soi nuit au développement de ce que Masterson (2000, 2005) appelle « l'activation du Soi autonome » ou « l'activation du Soi réel ». Selon Bessette (2012), cet arrêt découle de microtraumatismes vécus quotidiennement dans la relation d'attachement durant l'enfance. Les microtraumatismes résultent d'une incapacité parentale à favoriser l'émergence du Soi réel de l'enfant. Plusieurs facteurs contribuent à entraver le cours du développement normal du Soi réel selon Masterson. Parmi ces facteurs, il cite les facteurs biologiques (le tempérament de l'enfant) et certains stress de séparation (tels que les hospitalisations prolongées diminuant les contacts avec la mère).

Masterson et Rinsley (1975) ainsi que Vanaerschot (2004) mettent en évidence le conflit qui se développe entre la dépendance et l'autonomie, face à l'attitude de la principale figure d'attachement qui récompense la dépendance et punit l'autonomie, la séparation ainsi que l'individuation. Le retrait de la figure parentale face à l'autonomie et l'individuation de l'enfant provoque ce que Masterson (2000) appelle « la dépression

d'abandon ». L'enfant développe progressivement un « faux Soi défensif » afin de contrer la dépression d'abandon associée à l'activation autonome et aux tentatives d'individuation.

Afin de mettre en lumière l'aspect dynamique de la personnalité normale et pathologique, Masterson (2000, 2005) utilise trois concepts clés qui sont au cœur de sa théorie, soit l'activation autonome, les émotions vécues et les mécanismes de défense mobilisés par l'individu en situation de stress quotidien. Les Figures 1 et 2 illustrent le processus dynamique entre ces trois éléments.



Tiré de : Institut Victoria (2006). *Introduction à l'intervention auprès de la clientèle présentant un trouble de la personnalité*. Document de formation inédit, p. 11.

Figure 1. La triade de Masterson : fonctionnement dynamique de la personnalité normale.



Tiré de : Institut Victoria (2006). *Introduction à l'intervention auprès de la clientèle présentant un trouble de la personnalité*. Document de formation inédit, p. 13.

Figure 2. La triade de Masterson : fonctionnement dynamique de la personnalité pathologique.

Selon Masterson (2000, 2005), chez la personnalité normale, l'activation autonome du véritable Soi déclenche une gamme variée d'affects tempérés, positifs et négatifs lorsque la personne doit faire face à des situations d'adaptation. Ces situations donnent lieu à la mobilisation de mécanismes de défense adaptés qui favorisent la satisfaction des besoins psychologiques par la mise en place de moyens adéquats.

Par contre, l'activation du Soi réel chez la personnalité pathologique réactive la détresse vécue durant l'enfance et provoque l'apparition d'un ensemble d'affects négatifs. Le faux Soi défensif qui s'est développé durant l'enfance pour protéger le vrai Soi continue à exercer son influence à l'âge adulte. Les tentatives d'activation du Soi réel entraînent systématiquement l'émergence d'un ensemble d'affects primitifs négatifs, « la dépression d'abandon ». À leur tour, ces affects entraînent l'activation du faux Soi et l'utilisation de défenses primitives. Parmi les principaux mécanismes de défense utilisés par les personnes souffrant d'une pathologie de la personnalité, on retrouve le clivage, le déni, la projection, l'identification projective, l'évitement, la fuite dans les fantaisies et le passage à l'acte.

En outre, Masterson (1990) conçoit l'identification projective comme étant à la base des contre-transferts typiques vécus avec les patients présentant une pathologie de la personnalité. L'émergence de ce type de mécanisme dans le cadre du processus thérapeutique est assez courante chez les patients présentant un trouble de personnalité.

L'évolution historique des concepts de contre-transfert et d'identification projective

Dans les écrits théoriques, les concepts d'identification projective, de transfert et de contre-transfert sont présentés comme imbriqués (Tansey & Burke, 1989; Whitney, 1998). Le transfert et le contre-transfert sont présentés comme étant indissociables l'un de l'autre. À l'origine, le transfert est défini « comme le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique » (Laplanche & Pontalis, 1998, p. 492). Pour ce qui est de son corolaire, le contre-transfert désigne « l'ensemble des réactions de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Laplanche & Pontalis, 1998, p. 103). Autrement dit, tout processus de contre-transfert implique qu'il ait eu préalable transfert. La majorité des auteurs qui se sont intéressés aux dynamiques transférentielles et contre-transférentielles s'appuient sur le concept d'identification projective kleinien pour décrire ces phénomènes. Dans le cadre de cet essai, seul le contre-transfert est étudié.

Avant de nous pencher sur les particularités du contre-transfert suscitées par les patients présentant un trouble de la personnalité limite et narcissique décrites dans la théorie Mastersonienne, un bref historique du concept de contre-transfert est présenté ainsi que les différentes approches développées en lien avec ce concept.

Les différentes approches du contre-transfert et de l'identification projective

Le terme de contre-transfert a été introduit pour la première fois par Freud en 1910. Freud (1910/1988) définit le contre-transfert comme « l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste » (p. 27). Il le décrit comme une anomalie qui nuit au maintien de la neutralité de l'analyste et qui témoigne d'une connaissance insuffisante de soi de l'analyste (McIntyre & Schwartz, 1998). Pour faire face à un tel phénomène, Freud invite l'analyste à se purifier de ses enjeux personnels en s'engageant dans un processus thérapeutique, puis à poursuivre son auto-analyse tout au long de sa pratique clinique, et ce, dans le but de retrouver sa position de neutralité, nécessaire à tout travail thérapeutique (Kernberg, 1994).

La première idée que Freud a véhiculée selon laquelle le contre-transfert peut constituer une entrave majeure au bon déroulement du processus thérapeutique a marqué les esprits pendant une longue période. La connotation négative associée à ce processus dans sa première définition a considérablement nui à son étude (Betan & Westen, 2009; Bouchard, Normandin, & Frôté, 1994; Boyer, 1994). C'est à cette première définition de Freud du contre-transfert que l'on associe l'approche dite classique du contre-transfert

(Kernberg, 1994). En plus de l'approche classique, deux autres approches du contre-transfert sont relevées dans la littérature clinique, soit l'approche totalisante et l'approche dite intégrative.

Comme mentionné précédemment, l'approche classique s'inscrit dans la lignée de la pensée freudienne. Dans cette perspective, le contre-transfert constitue toujours une interférence nuisible au processus thérapeutique. Les expériences contre-transférentielles sont vues comme pathologiques et identifiées comme prenant leur source dans les conflits intrapsychiques du thérapeute, activées par le transfert du patient (Book, 1997; Bouchard et al., 1994; Kulick, 1985; Streat, 2001; Tansey & Burke, 1989).

Selon de Urtubey (1994), l'approche classique n'encourageait pas les thérapeutes à apprendre à accueillir leurs réactions contre-transférentielles pour en saisir toute leur portée. Aussi, à partir de 1940, le contre-transfert n'a plus été exclusivement vu comme une forme de nuisance à l'avancée du processus thérapeutique. Selon Gorkin (1987), ce bouleversement s'explique par la remise en question de l'objectivité absolue dans des domaines d'études tels que la physique où l'on réalise que la position d'observateur a une influence sur les données observées.

À cela s'ajoute l'avancée de connaissances sur le développement des troubles préœdipiens (Gorkin, 1987) et les pathologies plus lourdes. La nécessité de développer d'autres modèles de traitement pour traiter des patients qui ne répondent pas aux

modèles de traitement classiques a amené les cliniciens à se pencher davantage sur leur contribution inconsciente au processus thérapeutique. À cet effet, les psychanalystes kleiniens ont particulièrement contribué à l'avancement des connaissances sur le contre-transfert et son utilité dans le traitement thérapeutique des troubles narcissiques (Boyer, 1994).

À partir des années 50, le contre-transfert est considéré comme une source importante d'informations sur le vécu intrapsychique du patient et comme un outil thérapeutique valable (Kernberg, 1994). Durant cette période, le contre-transfert se voit progressivement hissé au rang d'un élément central dans la cure analytique de certains patients. Deux contributions majeures vont marquer ce tournant décisif, à savoir celles de Paula Heimann (1950) et de Heinrich Racker (1957).

Heimann (1950) est citée dans la littérature comme l'auteure qui a posé les premiers jalons de l'approche totalisante du contre-transfert. C'est à cette dernière que l'on doit l'idée que le contre-transfert est un instrument de recherche à l'intérieur de l'inconscient de l'analyste. Elle est également la première à avoir mis l'accent sur l'aspect positif du contre-transfert. Heimann s'est principalement intéressée aux formes normales, peu intenses du contre-transfert.

Durant la même période, Winnicott (1949) met l'accent sur les composantes agressives et saines du contre-transfert. Winnicott est le premier à avoir parlé de la haine

dans le contre-transfert. Selon lui, on peut s'attendre à ce que les thérapeutes haïssent certains aspects de leurs patients sans que cela soit pathologique. C'est également à lui que l'on doit l'idée que le thérapeute peut avoir des réactions spécifiques en fonction des caractéristiques propres au patient. Il nomme cette réponse contre-transférentielle, le contre-transfert objectif (Hafkenscheid, 2003).

Racker (1957) s'est concentré davantage sur l'étude des formes plus intenses, voire pathologiques, du contre-transfert. Il distingue deux sous-types de cette forme de contre-transfert; les identifications concordantes et les identifications complémentaires. D'une part, les identifications concordantes sont celles qui permettent à l'analyste de s'identifier à l'état émotionnel du patient. Sous l'influence de l'identification concordante, le thérapeute ferait lui-même l'expérience de l'émotion centrale au même moment où le patient est en train de vivre la sienne (Kernberg, 1987, 2004; Tansey & Burke, 1989). Par exemple, lorsque le patient active une représentation du Soi qu'il a internalisée (Soi incapable et Soi impuissant), le thérapeute va s'identifier à ce même Soi impuissant et incapable. Le risque de ce type de contre-transfert, comme le souligne Kernberg (1987), est de s'identifier aux défenses du patient, ce qui peut conduire à des impasses thérapeutiques. D'autre part, l'identification complémentaire correspond à une identification du thérapeute aux objets transférentiels du patient (en général, les parents internes). Dans cette situation, le thérapeute fait l'expérience de l'émotion que le patient place en lui tandis que le patient lui-même ressent l'émotion qu'il a vécue jadis dans son interaction avec l'image de cette figure parentale qu'il a projetée sur la personne du

thérapeute. Ce type de contre-transfert renseigne le thérapeute sur les relations d'objet intérieurisées du patient. Par exemple, lorsque le patient s'identifie à une image de soi sans valeur, le thérapeute s'identifie à son tour à un objet internalisé critiquant.

Klein (1946) a été la première à proposer une définition de l'identification projective et à décrire ce processus (Hansen, 1994; Tansey & Burke, 1989; Waska, 2000). Par la suite, ce concept a été repris et enrichi. Une définition plus large de l'identification projective a été proposée par les élèves et les successeurs de Klein. Dans cette nouvelle définition, l'identification projective n'est plus considérée comme un processus qui est exclusivement intrapsychique et fantasmique. Ce processus est vu comme un phénomène interactif et bidirectionnel impliquant deux personnes. Grâce à ce mécanisme, la personne tente de se débarrasser des parties d'elle-même qu'elle ne peut conserver. Ce processus cesse d'être fantasmique lorsque le récepteur possède des parties en lui, similaires et non résolues, permettant ainsi la reproduction de la relation pathogène avec les figures d'attachement.

Grâce aux apports de ces différents auteurs (Heimann, 1950; Racker, 1957), une définition plus large du contre-transfert a vu le jour. Cette nouvelle définition est à l'origine de l'approche dite totalisante du contre-transfert. Selon les tenants de cette approche, le contre-transfert réfère aux réactions tant conscientes qu'inconscientes du thérapeute face au patient, liées à un conflit psychique ou simplement à la réalité, mais pas nécessairement au transfert du patient (Hayes, 2004; Kernberg, 1990; Racker, 1957).

Ce qui caractérise cette approche du contre-transfert, c'est que tout en admettant le risque que représente un contre-transfert intense, elle reconnaît également la possibilité que le thérapeute puisse apprendre quelque chose d'utile sur le patient par ce canal. Bien que cette nouvelle définition du contre-transfert soit largement acceptée dans le champ de la psychodynamique, il n'en demeure pas moins qu'elle présente certaines lacunes.

L'approche dite intégrative du contre-transfert est née des insatisfactions liées aux deux précédentes approches (classique et totalisante). L'approche totalisante définit le contre-transfert d'une façon si large qu'elle peut laisser entendre que tout est contre-transfert, tout en surestimant l'importance des réactions subjectives du thérapeute. Pour les tenants de cette approche, cette définition du contre-transfert s'avère trop large pour pouvoir l'étudier empiriquement et l'opérationnaliser (Bouchard et al., 1994; Hayes & Gelso, 2001).

L'approche intégrative du contre-transfert se rapproche de la vision freudienne en ce sens qu'elle identifie le contre-transfert comme prenant sa source à partir des conflits intrapsychiques non résolus par le thérapeute (Freud, 1910/1988), contrairement à l'approche classique qui perçoit le contre-transfert comme un obstacle au processus thérapeutique. Dans l'approche intégrative, le contre-transfert n'est pas nécessairement vu comme une menace au bon déroulement du processus thérapeutique, il est également perçu comme une avenue pertinente pour obtenir des informations sur la dynamique du patient. Pour ce faire, le thérapeute est invité à prendre un pas de recul pour identifier

lesquels de ses conflits intrapsychiques ont été réactivés via le transfert du patient. Ainsi, le thérapeute est encouragé à accueillir son contre-transfert pour le réguler par la suite, ce qui s'oppose radicalement à l'approche classique qui préconise l'élimination du contre-transfert.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus quant à la définition du contre-transfert comme en témoignent ces différentes approches. Néanmoins, le contre-transfert est aujourd'hui considéré comme un outil fondamental dans le traitement des pathologies de la personnalité.

Compréhension de la structure de personnalité limite et de la structure de personnalité narcissique selon Masterson

Avant de nous pencher sur les particularités du contre-transfert limite et narcissique décrit par Masterson, la théorie de ce dernier sur les pathologies de la personnalité limite et narcissique sera présentée. Notre choix s'est dirigé sur cet auteur pour les mêmes raisons que celles citées antérieurement.

La structure de personnalité limite

Selon Masterson, les troubles de la personnalité limite se caractérisent par une structure intrapsychique clivée qui fonctionne avec un ensemble de mécanismes de défense primitifs (Bessette, 2007; Masterson, 1975, 1976, 1988; Masterson & Klein, 1988; Masterson et al., 1991; Roberts, 1997). La structure intrapsychique limite est composée de deux dyades de représentations partielles clivées (« tout bon » ou « tout

mauvais ») du Soi et de l'Objet. Elle est le reflet des relations d'objet intériorisées au cours du développement. Les patients souffrant d'un trouble de la personnalité limite ont appris dès leur plus jeune âge à sacrifier leur individuation et leur autonomie pour se protéger de leur angoisse d'être abandonnés. Afin d'éviter d'être exposés au rejet et à l'abandon, ces patients se conforment et se soumettent aux besoins d'autrui, de la même manière qu'ils ont appris à se soumettre aux besoins de la figure parentale pathologique. Dans cette structure intrapsychique limite, la « dyade positive » correspond au système d'attachement pathologique. Dans une telle dynamique, la relation avec la figure d'attachement est préservée en se focalisant sur les besoins de ce dernier au détriment des besoins du Soi réel. À l'inverse, l'activation du Soi réel est associée à l'abandon et réfère au clivage négatif. La dyade négative correspond à l'état d'abandon, à la perte de l'attachement. Lorsque les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite glissent du côté du clivage négatif, ils perdent tout sentiment de connexion à l'Objet et à la relation. L'Objet est dévalorisé et rejeté. C'est un état que les patients limites expérimentent à répétition.

C'est pour cette raison que les personnes ayant une personnalité limite adoptent une attitude séductrice dans les relations avec les autres pour se protéger du rejet et de l'abandon. Sur le plan relationnel, selon qu'ils se situent sur le pôle positif ou négatif du clivage, l'Objet va tantôt être vu comme étant bon, tantôt comme étant mauvais.

Pour Masterson (1990), la structure intrapsychique des patients présentant un trouble de la personnalité narcissique est différente de celle des patients limites. La sous-section qui suit présente les caractéristiques intrapsychiques respectives à ce trouble.

La structure de personnalité narcissique

La structure intrapsychique des patients narcissiques se caractérise par des représentations du Soi et de l'Objet qui sont fusionnées, elles sont comme des images en miroir. Dans la dyade clivée appelée « fusion grandiose », les représentations du Soi et de l'Objet sont toutes deux idéalisées comme étant parfaites et omnipotentes. L'Objet est parfait et puissant au point d'être toujours parfaitement capable de répondre aux besoins et de restaurer l'équilibre narcissique du Soi. L'environnement s'en acquitte en fournissant un regard admirateur qui confirme la grandiosité du Soi, en étant à la hauteur de l'idéalisation pour faire ainsi rejaillir sa propre grandiosité sur le Soi, et en servant d'alter ego parfaitement empathique (Kohut, 2009). Lorsque la dyade de fusion grandiose est activée, la personne régule son humeur et le sens de sa valeur en maintenant l'image et le sentiment d'être supérieur, merveilleux, spécial, en contrôle, performant. La personne, dont le fonctionnement psychique correspond à la structure narcissique et qui utilise principalement l'exhibitionnisme manifeste de sa grandiosité, correspond au trouble de la personnalité narcissique décrit dans le DSM-5 (APA, 2015). Cependant, la plupart des patients ayant une structure narcissique pathologique ne correspondent pas aux critères diagnostiques du DSM-5, car ils ne sont pas si « évidents ». Leur grandiosité est plus discrète, même secrète. Le narcissique à grandiosité inhibée

(*closet narcissist*) de Masterson (1993) utilise principalement l'idéalisation de l'Objet et non l'exhibition du Soi grandiose pour la régulation de ses états mentaux. Lorsque la réalité interfère avec la fusion grandiose, la personne se retrouve dans la dyade clivée négative, appelée « fragmentation ». Les représentations du Soi et de l'Objet sont toujours fusionnées, mais cette fois les deux sont dévalorisées. L'Objet est perçu comme attaquant, méprisant et abandonne le Soi parce que celui-ci est imparfait, limité, vulnérable et qu'il a besoin d'aide. La projection du Soi fragmenté est d'être inférieur, taré, honteusement inadéquat et ridicule, vaincu, écrasé.

Aussi, Masterson (1990) distingue des constellations contre-transférentielles qui sont typiques à la structure intrapsychique des patients limites et narcissiques.

Le contre-transfert avec les patients souffrant de troubles de personnalité. La prochaine section va d'ailleurs s'attarder à décrire la particularité du contre-transfert vécu avec des patients présentant un trouble de personnalité, et ce, de façon générale. Par la suite, les réactions contre-transférentielles propres au trouble de la personnalité limite et narcissique seront présentées.

Contre-transfert et trouble de personnalité. Les patients qui souffrent d'un trouble de personnalité sont reconnus pour susciter des réactions contre-transférentielles importantes et d'une intensité plus élevée chez les thérapeutes en comparaison aux patients souffrant d'autres troubles. Pour Clarkin, Yeomans et Kernberg (2006), le

contre-transfert constitue une voie centrale dans la communication, particulièrement avec les patients souffrant d'une pathologie de la personnalité. Selon ces derniers, il existerait trois voies principales de communication en psychothérapie, soit la communication verbale du patient, le comportement non verbal et le contre-transfert du thérapeute. Généralement, c'est par la voie de la communication verbale que le thérapeute obtient les informations nécessaires à sa compréhension. Les autres voies, bien qu'elles fournissent une source inestimable d'informations, sont moins accessibles au début du processus thérapeutique. À l'inverse, avec les patients présentant un trouble de personnalité, les deux autres voies que sont la voie non verbale et transférentielle sont particulièrement utiles étant donné qu'elles sont rapidement mobilisées dans la relation avec le thérapeute. En outre, les lacunes au niveau de la maturité du Moi chez ces patients peuvent entraîner des incohérences dans leurs discours verbaux, pouvant plonger le thérapeute dans la confusion. Le contre-transfert peut aider le thérapeute à mieux saisir le sens des communications verbales parfois décousues et à déceler les relations d'objet dominantes dans le transfert (Kernberg, 1990, 2004, 2010).

Les thérapeutes qui travaillent avec ces patients rapportent ressentir régulièrement de l'impuissance, de la frustration ainsi que de l'irritation, voire même de la rage. Ils décrivent également éprouver une plus grande fatigue, voire vivre plus d'épuisement avec cette population clinique. Il n'est pas rare que les thérapeutes qui travaillent avec ces patients mettent fin au processus thérapeutique ou nourrissent des fantasmes de se

débarrasser du patient en raison de la violence de ces contre-transferts (Book, 1997; Salz, 1998).

Par ailleurs, la composante agressive de ce contre-transfert n'est pas sans laisser de séquelles au niveau de l'estime de soi des thérapeutes. Les pulsions agressives ressenties envers le patient ne sont pas en concordance avec l'image idéale qu'ils peuvent avoir d'être un bon thérapeute, ils sont en effet mis à rude épreuve (Ivey, 1995). Pour cette raison, certains auteurs conseillent de traiter un nombre limité de patients souffrant d'un trouble de la personnalité limite ou narcissique au cours d'une même période en raison des dommages pour l'estime de soi (Madonna, 1991; Sampson, 2006).

Comme décrit précédemment, les patients souffrant d'une pathologie de la personnalité suscitent des réactions contre-transférentielles intenses. Ces réactions contre-transférentielles sont associées particulièrement à deux structures intrapsychiques, soit les pathologies de la personnalité limite et narcissique (Diamond et al., 2013).

Le contre-transfert limite selon Masterson. Masterson (1990) perçoit les identifications projectives comme étant à la base de la particularité des contre-transferts vécus avec des patients présentant un trouble de personnalité. Selon lui, les contre-transferts sont extrêmement intenses avec cette population clinique à cause de la puissance des projections clivées de ces patients. Il en résulte une constellation

contre-transférentielle typique au trouble de la personnalité limite. D'après Masterson (1990), au travers des mécanismes d'identifications projectives, le patient limite amène le thérapeute à jouer l'un ou l'autre des rôles du scénario pathologique du faux Soi, et ce, souvent de manière inconsciente.

Selon Bessette (2007) et Masterson (1990), le pôle positif de la structure clivée est associé à une structuration pathologique des relations d'attachement. Il rend compte de la façon dont l'individu a appris à entrer en relation; c'est-à-dire en se centrant sur les besoins de l'objet et en devant faire face à un abandon lors des tentatives d'individuation et de séparation.

Le pôle positif, associé à l'agrippement, rend compte d'un objet maternant qui prend en charge les responsabilités et qui encourage les comportements régressifs. La personne se sent alors aimée et réconfortée lorsqu'elle est prise en charge. Elle développe un Soi infantile, obéissant et passif. Elle en vient à se percevoir et à se projeter comme démunie dans le but de plaire à l'objet maternel. Bessette (2007) et Roberts (1997) précisent qu'il y a donc une interaction entre la représentation d'Objet partiel maternant et la représentation partielle d'un Soi soumis incapable de s'autonomiser et de s'activer par crainte d'être abandonné. Lorsque la réalité vient interférer avec les fantaisies d'agrippement en lien avec l'Objet maternant, le clivage négatif émerge, la représentation partielle de l'Objet est celle d'un Objet rejetant, abandonnant et hostile qui critique les efforts d'individuation et d'autonomie. Le retrait de l'investissement libidinal

de l'Objet partiel provoque la dépression et mobilise l'ensemble des affects primaires qui lui sont associés. Le Soi est vécu comme mauvais, indigne d'amour, sans valeur. Lorsque le patient limite projette les parties de son Soi démuni dans la relation thérapeutique, ces projections se communiquent au thérapeute. Il existe alors un risque pour le thérapeute de jouer le rôle d'un Objet maternant pour prendre soin du Soi démuni que lui présente le patient. Le thérapeute peut ainsi adopter une attitude réconfortante, rassurante, voire contrôlante. Il peut se sentir responsable de prendre les choses en main au-delà de son mandat et ne pas tenir compte des réelles capacités du patient. Ce type de contre-transfert est typique dans le cadre du processus thérapeutique avec les patients limite.

Bessette (2007, p. 11.12) souligne que « via les identifications projectives, le thérapeute est amené à adopter l'un ou l'autre des rôles du scénario pathologique du faux Soi en s'identifiant aux projections partielles de la structure intrapsychique du patient ». Le thérapeute se sentira tantôt aidant et aimant, tantôt coupable, rejetant et impuissant. Un thérapeute peut répondre à l'agrippement en étant convaincu que cela donnera lieu à un processus efficace permettant au client de progresser. Cependant, il n'en est rien puisque la prise en charge du client bloque son activation autonome. Après s'être identifié à l'Objet maternel, le thérapeute peut devenir plus froid en acceptant les projections du retrait agressif. Masterson (1983, 1988) précise qu'en s'identifiant au rôle de mauvais Objet, le thérapeute devient plus distant. Il investit moins le patient

borderline et il remet en doute son potentiel de changement. Bessette (2007) explique que le thérapeute en vient alors à accepter les projections clivées du mauvais Soi.

Une autre variante de l'identification projective est que le thérapeute s'identifie lui-même au Soi négatif de la structure intrapsychique. Il peut se sentir ainsi sans valeur, incapable d'aider, dépassé par l'ampleur de la tâche, tout comme ce que ressent son patient face à ses difficultés.

Le contre-transfert narcissique selon Masterson. Selon Masterson (1990), le contre-transfert induit par les patients narcissiques n'est pas le même que celui qui est induit par les patients limites. Le scénario relationnel pathologique en lien avec la structure narcissique tourne autour de l'évitement de l'activation du Soi réel et de la dépression d'abandon par le maintien d'une fusion grandiose avec l'environnement.

Dans une telle dynamique intrapsychique, les représentations du Soi et de l'Objet sont fusionnées, elles sont comme des images en miroir. Dans le pôle du clivage positif, c'est-à-dire de la fusion grandiose, les représentations de l'Objet sont toutes deux idéalisées comme étant parfaites et omnipotentes. L'Objet est perçu comme parfait, voire tout puissant et investi comme étant parfaitement capable de répondre aux besoins et de restaurer l'équilibre narcissique. Lorsque la dyade de fusion grandiose est activée, cela permet à la personne de réguler son humeur et le sens de sa valeur. Il se sent spécial, merveilleux, en contrôle et performant. Dans le pôle du clivage négatif,

c'est-à-dire lorsque la réalité vient interférer avec la fusion grandiose, on parle alors de fragmentation. Dans une telle dynamique intrapsychique, les représentations du Soi et de l'Objet demeurent toujours fusionnées. En effet, l'Objet et le Soi sont cette fois-ci dévalorisés. Lorsque l'Objet est perçu comme attaquant, méprisant, le Soi est vécu comme inférieur, taré, honteux, inadéquat. Le Soi est abandonné de l'Objet parce qu'il est imparfait, limité, vulnérable.

Le contre-transfert via l'identification projective qui est induite par la structure narcissique est le suivant : la projection des fantaisies grandioses sur la personne du thérapeute peut induire une angoisse de performance chez ce dernier tout en étant accompagnée d'une impression de marcher sur des œufs. Lorsque le patient exhibe sa grandiosité, le contre-transfert typiquement ressenti est l'ennui, l'irritabilité, le désir de l'attaquer ou de le confronter à la réalité de ses failles. Avec ce type de client, le thérapeute peut se sentir insignifiant, incompétent et servir d'auditoire contre son gré. En effet, ces patients semblent s'autosuffire et ont tendance à nier leurs besoins d'aide étant donné qu'ils sont intérieurisés, qu'ils doivent être parfaits et autosuffisants pour plaire, pour ne pas être attaqués et abandonnés de l'autre. L'identification projective, dans un tel scénario relationnel pathologique, peut aussi entraîner le thérapeute dans le rôle du Soi fragmenté et dévalué lorsque le patient adopte celui de l'Objet attaquant et méprisant en portant atteinte aux compétences du thérapeute. Le thérapeute peut alors se sentir incompétent, contrôlé par ce dernier, ce qui peut amener un sentiment de colère, voire

même de rage similaire aux sentiments que peut vivre le client narcissique en son for intérieur.

Les passages à l'acte contre-transférentiels avec les patients limites et narcissiques

Plusieurs auteurs soulignent l'importance de prêter une attention soutenue aux réactions contre-transférrentielles suscitées par les patients limites et narcissiques étant donné l'intensité de ces réactions contre-transférrentielles et les passages à l'acte pouvant découlant de ce type de contre-transfert. De façon générale, la littérature clinique rapporte que le contre-transfert des thérapeutes qui travaillent avec ces patients est négatif en raison de la charge d'agressivité que ces patients projettent sur la personne du thérapeute. Face à cette agressivité, les réactions contre-transférrentielles des thérapeutes peuvent alors être teintées d'agressivité, tournées vers les patients ou les thérapeutes eux-mêmes, ce qui est nuisible au processus thérapeutique (Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 2010).

De nombreux exemples de passage à l'acte sont cités dans la littérature par les cliniciens qui travaillent avec ces patients, tels qu'oublier son rendez-vous ou s'endormir (Gabbard, 2005). Ces passages à l'acte peuvent être regroupés en cinq grandes catégories : les passages à l'acte de l'ordre de la soumission, de la contre-attaque, de la séduction, de l'évitement et enfin du désengagement affectif.

Les passages à l'acte de l'ordre de la soumission peuvent se manifester en réponse à la rage du patient qui dévalue constamment le thérapeute et exige de recevoir un traitement de faveur. La soumission du thérapeute peut se manifester par des comportements de dévouement excessifs. À titre d'exemple, le thérapeute peut se mettre à faire les choses à la place du patient sans tenir compte des capacités réelles de celui-ci. La transgression du cadre thérapeutique établi au préalable peut aussi faire partie de ce type de passage à l'acte (Calvert, 1997; Kernberg, 1995).

Pour ce qui est des passages à l'acte de l'ordre de la contre-attaque, ils ont lieu quand le thérapeute, face aux attaques répétées du patient, répond à son tour par la contre-attaque (Bennett, Parry, & Ryle, 2006). Par exemple, en faisant des confrontations excessives qui blessent le narcissisme du patient ou encore en mettant fin prématurément au processus thérapeutique pour se décharger et se soulager (Bland & Rossen, 2005; Tansey & Burke, 1989).

Pour ce qui est des passages à l'acte de l'ordre de la séduction narcissique, ils se manifestent lorsque le thérapeute adopte une attitude grandiose pour se défendre contre l'agressivité du patient. Par exemple, le thérapeute peut complimenter le patient, le rassurer, le soutenir dans un effort d'obtenir son affection et son admiration (Salz, 1998; Sussman, 1992).

Les passages à l'acte contre-transférentiels de l'ordre de l'évitement se produisent lorsque le thérapeute adopte une posture d'évitement pour repousser l'expression possible de l'agressivité du patient. Par exemple, le thérapeute peut éviter d'examiner certains enjeux (Meyers, 1986).

Enfin, les passages à l'acte contre-transférentiels de l'ordre du retrait et du désengagement affectif ont lieu lorsque le thérapeute est fatigué des attaques et du désespoir du patient, abandonne la bataille (Campbell, 2010). La perte de l'espoir que le patient puisse faire des efforts et aller mieux est un problème contre-transférrentiel sérieux qui menace le bon déroulement du processus psychothérapeutique (Kernberg, 2003). La fusion grandiose qu'établissent les patients narcissiques avec la personne du thérapeute pour maintenir leur estime de soi favorise ce retrait affectif. Les sentiments d'ennui, d'inutilité, d'incompétence sont souvent rapportés dans la psychothérapie des personnes présentant un trouble de la personnalité narcissique (Gabbard, 2009; Kernberg, 2010; Stern, Yeomans, Diamond, & Kernberg, 2013). Cette impression d'être déshumanisé, ignoré par ces patients contribue à la nature négative du contre-transfert (Gabbard, 2009). Face au retrait affectif du patient, le thérapeute peut à son tour manifester un détachement émotionnel à l'endroit du patient (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006). Le désengagement du thérapeute peut se manifester par une attitude plus réservée, plus distante avec le patient. Son désintérêt peut aller jusqu'à l'endormissement (Calvert, 1997; Salz, 1998).

Tel que mentionné auparavant, le contre-transfert est souvent associé à d'autres processus inconscients comme les processus d'identification projective. Par ailleurs, le contre-transfert et l'empathie sont aussi présentés comme étant liés étroitement ensemble, en ce sens qu'ils impliquent tous les deux des mécanismes d'identification (Peabody & Gelso, 1982; Tansey & Burke, 1989). De plus, les chercheurs et les cliniciens s'accordent sur le fait que porter une attention au contre-transfert peut aider à maintenir une position empathique, utile au processus thérapeutique. La prochaine section va d'ailleurs s'attarder à mieux définir l'empathie et à souligner les liens entre le contre-transfert et l'empathie.

L'empathie et trouble de personnalité

Pour Fliess (1942), l'empathie correspond à un essai d'identification transitoire au patient. Grâce à l'empathie, le thérapeute fait lui-même l'expérience de l'émotion centrale du patient. En cela, elle est l'expression directe de l'identification concordante (Racker, 1957). Pour Lebovici (1998), le processus empathique implique une compréhension affective de l'autre qui n'est pas identique à la compréhension intellectuelle. Il définit l'empathie comme un processus qui permet de reconnaître autrui par le partage synchronique d'états psychocorporels sous la forme de pensées, d'actions et d'affects.

Du côté de l'école psychanalytique, Kohut est reconnu comme l'auteur qui a le plus contribué à l'élaboration du concept de l'empathie. Pour ce dernier, l'empathie est vue

comme un moyen d'exploration, un outil qui permet au thérapeute de passer progressivement de la compréhension à l'explication de ce qu'il comprend que son patient ressent, pense et imagine pour ensuite aller à l'interprétation (Kohut, 2010).

Pour Tansey et Burke (1989), l'empathie et l'identification projective font partie d'un même processus de communication, verbal ou non verbal, conscient ou inconscient provenant du patient. Lorsque le thérapeute est sous l'influence d'identifications projectives, il fait l'expérience de ce qu'a vécu le patient dans ses interactions avec son entourage passé. Les patients souffrant d'un trouble de personnalité au travers des processus d'identification projective amènent le thérapeute à adopter les mêmes comportements que le parent avec qui il a eu un attachement pathologique. Par exemple, le thérapeute peut se montrer aussi intrusif et contrôlant que le parent du patient. À l'inverse, il peut démontrer de l'indifférence à ce que rapporte le patient et ainsi adopter le même comportement que la mère du patient, soit d'être une mère indifférente et non disponible émotionnellement pour lui. Le manque de contact émotionnel entre le patient et le thérapeute peut être également une reproduction de la relation pathogène avec les figures parentales. Selon Tansey et Burke (1989), l'expérience du contre-transfert par identification projective peut soit favoriser l'empathie, soit perturber le processus empathique. C'est la capacité du thérapeute à tolérer les contenus clivés projetés par le patient dans son appareil intrapsychique, à les reconnaître et à les réguler qui lui permettra d'accéder à un certain niveau d'empathie.

Peu d'études se sont intéressées aux liens entretenus entre le contre-transfert et l'empathie. L'étude de Peabody et Gelso (1982) établit des liens entre les habiletés empathiques des thérapeutes et leurs réactions contre-transférrentielles. Une empathie plus faible est notée par Brody et Farber (1996) envers les patients présentant un trouble de personnalité.

À notre connaissance, seule l'étude de Lussier (2015) s'est intéressée au contre-transfert et à l'empathie des thérapeutes travaillant avec des patients présentant un trouble de la personnalité limite et narcissique. Les résultats de cette étude indiquent que plus le trouble de la personnalité limite est grave, plus le contre-transfert associé est positif. À l'inverse, plus le trouble de la personnalité narcissique présenté par le patient est grave, plus le contre-transfert associé est négatif. Allant dans le même sens, il apparaît que la gravité du trouble limite tend à varier positivement avec l'empathie des thérapeutes tandis que la gravité du trouble narcissique influence négativement l'empathie des thérapeutes.

En résumé, la recension de la littérature clinique suggèrent que les patients limite et narcissique induisent des réactions contre-transférrentielles intenses et une empathie plus faible chez les thérapeutes. Toutefois, les études s'intéressant à ces deux variables sont rares. Le contre-transfert et l'empathie sont des composantes essentielles dans le processus thérapeutique, particulièrement avec des patients connus pour faire preuve de discontinuité dans le processus thérapeutique. Porter notre attention sur le

contre-transfert et sur l'empathie est essentiel pour mieux comprendre comment ces variables sont liées entre elles.

Une autre des composantes centrales dans tout processus thérapeutique est la capacité du thérapeute à établir et à maintenir l'alliance thérapeutique. Peu importe les modèles thérapeutiques utilisés, la qualité de l'alliance thérapeutique est considérée comme le prédicteur le plus stable de l'efficacité thérapeutique. Néanmoins, l'alliance thérapeutique ne peut être tenue pour acquise. Elle est constamment à travailler, et ce, d'autant plus avec des patients qui présentent des difficultés au niveau de la régulation de leurs émotions (Bennett et al., 2006; Muran et al., 2009).

La prochaine section va d'ailleurs s'attarder à mieux définir l'alliance thérapeutique et à souligner les difficultés d'établir et de maintenir une alliance thérapeutique avec les patients présentant un trouble de personnalité.

L'alliance thérapeutique avec les troubles de personnalité

L'alliance thérapeutique est aujourd'hui reconnue par les différentes approches en psychologie comme une variable essentielle au processus thérapeutique (Thylstrup & Hesse, 2009). Elle est vue comme un facteur permettant de faciliter l'usage et l'adhérence du patient aux différentes techniques. Le principal rôle de la relation thérapeutique est de renforcer l'implication du patient dans la thérapie, ce qui nécessite une bonne collaboration (Castonguay, Constantino, McAleavy, & Goldfried, 2010).

L'alliance thérapeutique peut être définie comme la qualité de l'engagement entre le thérapeute et le patient telle qu'elle se reflète dans le travail d'équipe orienté vers les buts et les tâches, et dans leur relation affective (Bessette, 2012).

Comme nous l'avons vu précédemment, les patients souffrant d'un trouble de personnalité ont de la difficulté à maintenir des relations interpersonnelles saines à cause de leurs difficultés à réguler leurs émotions et de leur recours massif au clivage. L'instabilité des perceptions clivées de Soi et de l'autre, l'agressivité dirigée vers le thérapeute, le cadre thérapeutique et la profonde méfiance de ces patients rendent le travail thérapeutique particulièrement difficile avec ceux-ci. Face à toute cette décharge d'agressivité, il est plus difficile pour les thérapeutes de ressentir de l'empathie pour ces patients, ce qui explique que le taux d'abandon de la thérapie chez ces patients est particulièrement élevé (Cheval, Mirabel-Sarron, Guelfi, & Rouillon, 2009; Muran, et al., 2009; Reid, 2009).

Par ailleurs, lorsqu'il y a un trouble de personnalité, l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique sont particulièrement difficiles. Il se fait lentement, de façon graduelle et demande de la persévérance et de l'engagement. Il constitue un défi de taille dans le traitement de ces patients (Cheval et al., 2009).

Les cliniciens recommandent divers moyens pour favoriser l'alliance avec ces patients tels que cultiver l'empathie (Bender, 2005) ou d'intervenir rapidement sur les

nombreuses ruptures de l'alliance (Bennett et al., 2006). La régulation du contre-transfert et l'adaptation des interventions empreintes de sensibilité et d'empathie font également partie des stratégies mises de l'avant pour améliorer l'alliance avec cette clientèle particulière (Bender, 2005; Masterson, 1990).

De plus, selon Henry et Strupp (1994), l'alliance thérapeutique peut être influencée par diverses variables dont l'engagement et la motivation du patient envers le processus thérapeutique. Les études qui se sont intéressées à la relation entre la motivation au changement et l'alliance thérapeutique s'appuient pour la plupart sur le modèle transtheorique de changement (Derisley & Reynolds, 2000; Principe, Marci, Glick, & Ablon, 2006; Treasure et al., 1999). D'après ce modèle, le changement est vu comme un processus progressif qui se divise en cinq stades de changement : précontemplation, contemplation, préparation, action et maintien (Prochaska, 1979; Prochaska & Norcross, 2001, 2010).

Les individus se situant au stade de précontemplation n'ont pas l'intention de changer dans l'immédiat et n'ont pas conscience de la sévérité de leur problématique. Généralement, ils se présentent en thérapie en raison de la pression exercée par leurs proches. Le stade de contemplation se caractérise par une prise de conscience des difficultés. À ce stade, les individus pensent sérieusement à aller chercher de l'aide, mais n'ont encore entrepris aucune action afin de réduire leurs difficultés. L'ambivalence au changement est souvent typique de la clientèle se situant à ce niveau sur le continuum.

Au stade de préparation, les individus ont l'intention de passer à l'action dans un futur proche. Parfois, certains petits changements ou actions ont déjà pu être observés. L'action est le stade au cours duquel l'individu modifie son comportement, ses expériences ou son environnement afin d'atténuer et de vaincre ses difficultés. Il s'implique activement afin de modifier ses comportements. Enfin, le maintien, qui correspond au dernier stade, se définit comme un travail de prévention des rechutes et de consolidation des gains faits au cours du processus psychothérapeutique (Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Prochaska & Norcross, 2010). Ce modèle suggère que les patients se situant au stade de l'action sont plus susceptibles de s'impliquer dans la thérapie et de s'engager auprès du thérapeute.

Dans un même ordre d'idées, Bachelor et Horvath (1999) démontrent qu'il peut être particulièrement difficile de former une bonne alliance thérapeutique avec les patients qui ne veulent pas ou qui sont ambivalents à travailler sur leurs difficultés. De plus, certaines études soulignent que la motivation au changement est le meilleur prédicteur de l'alliance thérapeutique (Emmerling & Whelton, 2009; Taft, Murphy, Musser, & Remington, 2004).

Recension des études sur le contre-transfert

Bien que l'on reconnaisse que le contre-transfert soit une expérience cliniquement significative, voire cruciale avec les patients souffrant de trouble de personnalité, les recherches qui s'intéressent aux relations entre le contre-transfert et les autres

composantes du processus thérapeutique telles que l'empathie sont peu nombreuses. Aussi, les efforts empiriques pour opérationnaliser ce construct n'en sont-ils encore qu'à leur début.

Parmi les modèles élaborés par les cliniciens d'approche psychodynamique pour mieux saisir ce phénomène, la grille d'analyse du contre-transfert développée par Normandin et Bouchard (1993) a été l'un des premiers instruments élaborés pour faire de la recherche et opérationnaliser ce phénomène. Cette grille spécifie un ensemble d'activités mentales qui révèlent les multiples formes de réactions contre-transférentielles. À la base, cette grille fut développée (Normandin, 1991) pour analyser les réactions spontanées des thérapeutes face à différentes mises en situation, présentées sous forme de vignettes cliniques. Cette grille a pour objectif d'identifier le monde interne du patient à partir de l'activité mentale du thérapeute.

L'activité mentale du thérapeute peut prendre trois formes, soit l'activité mentale rationnelle/objective, l'activité mentale réactive et l'activité mentale réflexive. Dans cette conceptualisation, l'activité rationnelle/objective est définie comme une activité cognitive consciente. Lors de cette activité, le thérapeute se base sur les faits objectifs observés en thérapie pour émettre une ou des hypothèses par rapport à la problématique présentée par son patient. L'activité mentale réactive se caractérise par les réactions spontanées non contrôlées du thérapeute à l'égard de son patient. Elle est davantage basée sur le monde interne du thérapeute, sur ses conflits intrapsychiques non résolus

que sur celui du patient. Lorsque le thérapeute est aux prises avec un tel type d'activité mentale, il n'arrive pas à avoir une perception juste du client, ce qui représente une entrave sérieuse à la poursuite de la thérapie. Le dernier type d'activité mentale qui est celle réflexive correspond à la forme la plus évoluée et elle se subdivise en trois sous-étapes. Durant la première sous-étape, le thérapeute prend conscience de ses réactions subjectives envers son patient. Lors de la deuxième sous-étape, il accueille les émotions qui émergent en lui sans chercher à lutter contre elles et accepte ainsi le rôle dans lequel son patient tente de le placer (par le biais du mécanisme de l'identification projective) tout en restant attentif à son vécu intérieur. Enfin, le thérapeute essaie ensuite de départager ce qui provient de ses propres conflits intrapsychiques de ceux de son patient, pour tenter de décoder ce qui est communiqué par le patient par cette voie.

Une série de travaux empiriques ont été réalisés à partir de la grille d'analyse du contre-transfert afin d'évaluer l'influence de certaines variables sur l'activité mentale des thérapeutes. Normandin et Bouchard (1993) ont analysé l'influence de l'orientation théorique et les niveaux d'expérience professionnelle sur l'activité mentale des thérapeutes. Les résultats démontrent que les thérapeutes humanistes et psychodynamiciens présentent davantage d'activité mentale réflexive que ceux d'orientation cognitive/comportementale qui sont plus enclins à utiliser la rationalité. Les thérapeutes débutants utilisent davantage de contenus réflexifs que les plus expérimentés, mais ces derniers utilisent davantage les formes les plus évoluées de la réflexivité.

Une différence entre les sexes est soulignée par Lecours, Bouchard et Normandin (1995), allant dans le sens d'une plus grande réflexivité chez les femmes et une plus grande rationalité chez les hommes. L'impact positif de la psychothérapie sur l'activité mentale des jeunes thérapeutes est mis à jour par Dubé et Normandin (1999). Par ailleurs, Dubé et Normandin se sont penchés sur l'influence de la psychopathologie présentée par les patients sur l'activité mentale des thérapeutes. Les patients narcissiques suscitent davantage l'activité rationnelle des thérapeutes alors que les patients borderline et psychotiques stimulent davantage la réflexivité. L'influence positive de la supervision sur l'activité mentale chez des groupes d'étudiants en psychologie est soulignée par Baribeau (1999). Il ressort que la supervision a pour effet de réduire l'activité mentale réactive des jeunes thérapeutes.

Bessette (2012) s'est également penchée sur l'impact de la supervision clinique sur les réactions contre-transférrentielles ressenties par des intervenants de première ligne qui travaillent avec une clientèle souffrant de troubles de personnalité. Les résultats font ressortir que les intervenants qui ont reçu de la supervision en comparaison à ceux qui n'ont reçu aucune supervision arrivent mieux à maintenir leur engagement affectif dans la relation thérapeutique particulièrement avec des patients présentant une structure de personnalité narcissique.

De plus, les intervenants ont exprimé lors des entrevues qu'ils avaient développé plus d'empathie pour leurs patients après leur participation au groupe de supervision. Ils

se perçoivent comme plus empathiques parce qu'ils comprennent mieux les enjeux de fond de la clientèle, sa détresse, et la souffrance qui se cache derrière les symptômes et les comportements déplaisants associés au contre-transfert négatif.

De façon générale, il ressort dans cette étude que la supervision favorise une meilleure alliance thérapeutique et l'empathie ainsi que la régulation du contre-transfert.

Descoteaux (2003), à l'aide de la Grille d'analyse du contre-transfert, a exploré l'influence du trouble de la personnalité limite sur l'activité mentale chez un groupe de jeunes thérapeutes stagiaires, étudiants du Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). L'échantillon de patients se composait de 15 sujets présentant un trouble de la personnalité limite et de 10 sujets ne présentant aucun trouble de personnalité. Chacun des patients a été rencontré en moyenne une dizaine de fois par son thérapeute. À la fin de chacune des rencontres avec leur patient respectif, les thérapeutes étaient invités à associer librement par rapport à leurs réactions internes en lien avec l'entrevue effectuée avec leur patient et à rédiger ces associations. Les données ainsi recueillies sous forme de texte ont été cotées par deux juges qui avaient reçu une formation théorique et pratique à la Grille d'analyse du contre-transfert. Les résultats n'ont mis à jour aucune différence significative entre les deux groupes de patients (patients présentant un trouble de la personnalité limite et ceux ne présentant aucun trouble de personnalité) en ce qui a trait aux trois grandes catégories de contre-transfert

de la Grille d'analyse du contre-transfert décrite précédemment (objectif/rationnel-réactif-réflexif). Plusieurs limites sont relevées dans cette étude pour expliquer ces résultats, dont la petite taille de l'échantillon de patients et l'hétérogénéité au niveau de l'expérience des thérapeutes.

Par ailleurs, les différentes recherches réalisées pour étudier le lien entre le contre-transfert et les troubles de personnalité se concentrent pour la plupart sur la composante affective du contre-transfert. Il s'agit de la gamme des émotions ressenties par les thérapeutes comme l'hostilité, l'ennui ou les sentiments de maternage. D'autres auteurs se sont intéressés à la dimension comportementale du contre-transfert pour l'étudier. À cet effet, Yulis et Kiesler (1968) ont élaboré un modèle permettant d'opérationnaliser le contre-transfert de façon comportementale sur un continuum allant de l'évitement à l'engagement personnel. Ce modèle est encore utilisé aujourd'hui pour étudier le contre-transfert sous un angle comportemental (Rosenberger & Hayes, 2002).

De plus, plusieurs études se sont intéressées à la relation entre les troubles de la personnalité et la composante affective du contre-transfert en étudiant les réactions émitives des thérapeutes à l'aide de vignettes ou de vidéos illustrant divers problèmes de santé mentale (Brody & Farber, 1996; Calvert, 1997; Forsyth, 2007; Korobkin, 2000; McIntyre & Schwartz, 1998; Whitney, 1998). Brody et Farber (1996) ont étudié les réactions émitives ressenties par les thérapeutes à partir de vignettes cliniques décrivant des patients limites, dépressifs ou schizophrènes. Ces chercheurs observent que les

patients souffrant d'un trouble de la personnalité limite suscitent davantage la colère, la frustration et l'irritation des thérapeutes. Aussi, les résultats obtenus démontrent que l'empathie éprouvée par les thérapeutes à l'égard de ces patients est plus faible. Forsyth (2007) arrive aux mêmes conclusions en reproduisant la même méthodologie.

Calvert (1997) a comparé le contre-transfert évoqué par des patients ayant reçu un diagnostic d'état de stress post-traumatique avec le contre-transfert éprouvé face à des patients ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite. Les résultats ont indiqué que les cliniciens feraient des anticipations plus négatives quant à l'alliance thérapeutique avec les patients ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite.

D'autres auteurs, en utilisant la même méthodologie que dans les études précédentes, démontrent que les vignettes des patients souffrant d'un trouble de la personnalité limite suscitent des réactions contre-transférentielles plus importantes que les patients présentant d'autres troubles chez les thérapeutes. Les patients limites sont jugés comme étant plus dominants et plus hostiles que les autres patients. Ils suscitent des réactions plus importantes de rivalité, de dominance, de méfiance ainsi que d'hostilité et de détachement chez les thérapeutes (McIntyre & Schwartz, 1998).

En outre, l'étude menée par Bongar, Markey et Peterson (1991) a montré que les passages à l'acte contre-transférentiels sont plus nombreux avec les patients qui sont

étiquetés comme étant des patients difficiles. Plus de 70 % de l'échantillon interviewé constitué de psychiatres conceptualisent les patients difficiles en termes de pathologie de la personnalité. Aussi, le trouble de la personnalité limite est cité quatre fois plus que les autres troubles de la personnalité. La colère est le sentiment le plus souvent rapporté par les psychiatres dans le travail avec ces patients suivis de l'anxiété et du désespoir. Par ailleurs, les psychiatres évoquent mettre plus souvent fin au processus thérapeutique avec ces patients en comparaison aux patients présentant d'autres troubles.

A contrario, les études effectuées par Korobkin (2000) et Whitney (1998) ne vont pas dans le même sens que les études présentées antérieurement. Whitney, en comparant les réactions émotionnelles positives et négatives suscitées à la suite de la lecture de vignettes cliniques qui décrivent des patients présentant un trouble de la personnalité limite ou un trouble dysthymique, n'a relevé aucune différence significative entre ces deux groupes de patients. Korobkin est arrivé au même constat en comparant le contre-transfert évoqué par des vignettes de patients ayant un diagnostic de schizophrénie avec ceux présentant un trouble de la personnalité limite. Les patients schizophrènes induisaient le même degré de contre-transfert négatif et de désengagement de la part des thérapeutes que les patients limites.

Sur la base d'une de leur étude, Holmqvist et Armelius (2006) vont jusqu'à affirmer que le type de pathologie présenté par les patients a peu d'influence sur le contre-transfert des intervenants. L'organisation de la personnalité et le fonctionnement des

patients sont évalués au début du processus thérapeutique et après cinq ans. Les sentiments contre-transférentiels des intervenants sont évalués à l'aide du *Feeling Checklist* (FC : Holmqvist & Armelius, 1994, 2000). Selon les résultats de cette étude, les sentiments contre-transférentiels éprouvés par les intervenants sont principalement influencés par les caractéristiques qui sont propres aux intervenants ainsi que par l'interaction de ces caractéristiques personnelles avec les sentiments évoqués par le patient.

Pour faire face aux lacunes qu'ils percevaient dans les outils d'évaluation utilisés pour analyser le contre-transfert, plusieurs auteurs ont créé leurs propres instruments de mesure dans le but d'étudier et de réaliser des études empiriques sur le contre-transfert (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005; Rossberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2007).

Rossberg et ses collaborateurs (2007), afin d'examiner de façon plus spécifique les expériences contre-transférentielle d'intervenants travaillant avec des patients souffrant d'un trouble de personnalité, ont développé et utilisé leur propre instrument de mesure, le *Feeling Word Checklist* (FWC-5 : Rossberg, Hoffart, & Friis, 2003). Les 11 thérapeutes composant l'échantillon de leur étude ont dû identifier sur une échelle allant de 0 à 4 à quel point les sentiments proposés sur une liste de 58 items (p.ex., anxieux, triste, content, etc.) correspondaient à leurs réactions émotionnelles à l'égard de 71 patients ayant reçu un diagnostic à l'axe II selon les critères du DSM-IV (APA, 1994). Cette liste a été complétée à deux reprises, soit en début de thérapie et en fin de

thérapie. Leurs résultats démontrent que les patients limites suscitent chez les thérapeutes des réactions contre-transférrentielles significativement plus négatives que les patients répondant aux critères de trouble de la personnalité évitante, dépendante, compulsive correspondant au groupe C des troubles de personnalité définis dans le DSM-IV. Aussi, les thérapeutes ont rapporté se sentir moins confiants, plus sur leurs gardes, plus envahis et plus inadéquats envers les patients présentant un trouble de la personnalité limite, narcissique ou encore histrionique comparativement aux patients faisant partie du groupe C (évitant, dépendant, compulsif).

Dans le même ordre d'idées, Betan et Westen (2009), afin de contribuer à la validité empirique du *Countertransference Questionnaire* (CTQ) qu'ils ont développé avec leurs collaborateurs, Betan et al. (2005), ont vérifié s'il y avait des corrélations possibles entre les différents diagnostics de trouble de personnalité tels que définis dans le DSM-IV (APA, 1994) et certaines constellations contre-transférrentielles qui leur seraient typiques. Ils ont observé que les divers groupes des troubles de personnalité sont associés à des réactions contre-transférrentielles particulières. Plus spécifiquement, il ressort de leur étude que le contre-transfert vécu par les thérapeutes traitant les patients appartenant au groupe B (c'est-à-dire les personnalités théâtrales et chaotiques), selon les critères définis dans le DSM-IV, est corrélé aux facteurs « Submergé/désorganisé », « Omnipuissant/inadéquat » et « Sexualisé ». Ces facteurs sont ceux qui sont associés au contre-transfert le plus intense, au sentiment d'aversion et à une attitude d'évitement. En outre, une association plus étroite a été trouvée entre le trouble de la personnalité limite

et le facteur « Exceptionnel/enchevêtré » du Questionnaire sur le contre-transfert. Ce facteur reflète les difficultés du thérapeute à établir des limites fermes avec son client et une tendance à avoir une préoccupation exagérée pour le client. Une association a également été relevée entre le trouble de la personnalité narcissique tel que défini dans le DSM-IV et le facteur « Désengagé » du CTQ. Ce facteur renvoie aux sentiments d'être attentif, retiré, agacé, ou ennuyé pendant les rencontres.

Un profil de réponses contre-transférrentielles a également été dégagé avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique. Les thérapeutes ont rapporté vivre une gamme d'émotions avec des patients présentant un trouble de la personnalité narcissique, allant de l'irritation à la colère, voire de la rage, accompagnée de la crainte que ces émotions contre-transférrentielles contaminent leurs interventions. Par ailleurs, les thérapeutes rapportent également se sentir critiqués et dévalorisés par les patients narcissiques.

Les résultats des études présentées antérieurement sont mitigés. D'une part, certaines de ces études appuient la littérature clinique qui affirme que les patients qui présentent un trouble de la personnalité limite ou narcissique suscitent des réactions contre-transférrentielles intenses et variées. D'autre part, certaines de ces études ne démontrent aucune différence significative entre les réactions contre-transférrentielles suscitées par les patients souffrant d'un trouble de la personnalité en comparaison aux patients souffrant d'autres troubles.

Les résultats des études ci-dessus ne permettent pas de distinguer les réactions contre-transférrentielles qui sont typiques aux troubles de la personnalité limite de ceux qui sont typiques au trouble de la personnalité narcissique. Une seule étude empirique recensée s'intéressait au contre-transfert et à l'empathie éprouvés par des thérapeutes qui travaillent avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique. L'échantillon de cette étude est composé de 85 thérapeutes composés majoritairement de femmes. Ces thérapeutes ont une pratique clinique active et travaille au moins avec un patient ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique. Le contre-transfert des thérapeutes est mesuré à l'aide du Questionnaire sur le contre-transfert (Betan et al., 2005) et leur empathie à l'aide du *Barrett-Lennard Relationship Inventory* (BLRI; Barrett-Lennard, 1962). Les résultats obtenus démontrent un profil de réponses contre-transférrentielles qui diffèrent chez les thérapeutes selon que les patients présentent un trouble de la personnalité limite ou narcissique. Les patients ayant un trouble de la personnalité limite suscitent un contre-transfert plus positif/satisfait et des sentiments de maternage plus élevés que ne le font les patients ayant un trouble narcissique. En revanche, les patients présentant un trouble de la personnalité narcissique semblent quant à eux susciter un contre-transfert teinté par des sentiments d'être critiqué/maltraité, de se sentir impuissant/inadéquat. Le niveau de désengagement des thérapeutes est également plus élevé avec ces patients. La prédominance de ces trois facteurs en lien avec le trouble narcissique correspond de très près au profil de réponses contre-transférrentielles obtenues par Betan et Westen (2009) avec la même population clinique.

Aussi, il apparaît que la gravité du trouble limite varie positivement avec l'empathie des thérapeutes alors que la gravité du trouble narcissique influence négativement l'empathie des thérapeutes.

En résumé, malgré quelques résultats contradictoires, les études portant sur le contre-transfert et les troubles de personnalité font ressortir que le contre-transfert des thérapeutes est plus intense et négatif à l'égard des patients présentant un trouble de personnalité en comparaison des patients souffrant d'autres troubles de santé mentale; ce qui appuie les écrits cliniques. Toutefois, la plupart des études présentées antérieurement présentent de sérieuses lacunes. Le contre-transfert des thérapeutes est étudié à partir d'échantillon non clinique. Aussi, les instruments de mesure utilisés dans ces recherches pour évaluer les réactions contre-transférentielles ne présentent pas une bonne qualité psychométrique (Brody & Farber, 1996; McIntyre & Schwartz, 1998; Rossberg et al., 2007). Par exemple, le questionnaire utilisé dans l'étude de McIntyre et Schwartz (1998) pour mesurer le contre-transfert n'est pas un outil construit spécifiquement pour évaluer le contre-transfert, mais plutôt une échelle pour évaluer le stress et les réactions au contact d'un autre individu.

La présente recension des écrits scientifiques amène à constater que les recherches relatives au contre-transfert sur les troubles de personnalité demeurent limitées. Par ailleurs, bien que la littérature souligne un lien étroit entre le contre-transfert et l'empathie, rares sont les études qui se sont penchées le contre-transfert et l'empathie

auprès d'une clientèle souffrant d'un trouble de personnalité. Une seule étude a été recensée en ce qui a trait à l'effet spécifique des troubles de la personnalité limite et narcissique sur l'empathie des thérapeutes (Lussier, 2015).

Pertinence et originalité de l'étude

Malgré que l'on reconnaisse que le contre-transfert est une expérience cliniquement significative, les études sur le sujet sont peu nombreuses (Rosenberger & Hayes, 2002). À l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus sur la définition du contre-transfert, ce qui rend difficile de mesurer empiriquement ce concept. De plus, un grand nombre de ces études sont réalisées à partir d'échantillons non cliniques (Betan & Westen, 2009). Le contre-transfert des cliniciens est étudié à l'aide de vignettes de cas fictifs ou de vidéo. Une telle méthodologie présente de sérieuses lacunes étant donné que le contre-transfert est compris comme étant une co-création, une construction d'un ensemble de dynamiques intrapsychiques qui se rencontrent. On comprend aisément que la teneur du contre-transfert rapporté des thérapeutes ne peut être représentative du phénomène étudié. Aussi, les instruments de mesure utilisés dans certaines de ces recherches pour évaluer les réactions contre-transférentielles ne démontrent pas toujours une bonne qualité psychométrique; ces instruments n'ayant pas été construits à l'origine pour évaluer le contre-transfert (Brody & Farber, 1996; McIntyre & Schwartz, 1998; Rossberg et al., 2007).

Comme en témoigne le contexte théorique, le contre-transfert est considéré comme un outil clinique indispensable dans le travail avec des patients souffrant d'un trouble de la personnalité limite ou narcissique. En outre, une souffrance contre-transférentielle considérable est associée au traitement des troubles de personnalité, ce qui n'est pas sans conséquence dans l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique. Plusieurs auteurs ont relevé les difficultés dans l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique avec ces patients (Muran et al; 2009; Plakun, 1994; Reid, 2009). La capacité des thérapeutes à reconnaître leur contre-transfert et à l'élaborer est primordiale dans le travail avec ces populations cliniques. Les cliniciens s'accordent sur le fait que porter une attention au contre-transfert peut être bénéfique pour maintenir une position empathique utile au processus thérapeutique (Clark, 2007). Il nous apparaît judicieux d'explorer ces variables (le contre-transfert, l'empathie et l'alliance thérapeutique), particulièrement avec une clientèle connue pour abandonner précocement la thérapie.

La pertinence et l'originalité de notre étude résident dans le choix de la population étudiée et dans les variables à l'étude. En effet, notre recherche s'effectue auprès de deux psychologues et d'une doctorante en psychologie qui travaillent au CSSS de l'Énergie dans le département de santé mentale (en 1^{re} ligne). Les patients auxquels réfèrent les thérapeutes par l'intermédiaire de leur contre-transfert seront identifiés par un code afin de garder leur identité confidentielle.

À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à ces trois variables auprès de cette population clinique participant à un programme de traitement. Ces patients ont été rencontrés dans les locaux du CSSS de l'Énergie en groupe et en individuel.

Objectifs et questions de recherche

La prochaine section expose les objectifs et les questions de recherche. Cette étude consiste à explorer à partir de trois cas cliniques le contre-transfert de thérapeutes qui travaillent avec des patients souffrant d'un trouble de la personnalité limite ou narcissique afin d'obtenir de plus amples informations sur le phénomène subjectif qu'est le contre-transfert, l'alliance thérapeutique et l'empathie. Dans le cadre de cet essai, l'alliance thérapeutique est explorée via la perception des thérapeutes quant à la motivation de leur patient respectif à s'engager dans le processus thérapeutique. Dans la littérature, des liens ont été fait entre la motivation des patients et l'alliance thérapeutique (Henry & Strupp, 1994). Nous pourrons ensuite faire le pont entre la perception de la motivation perçue par les thérapeutes et l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Le premier objectif de cette étude est d'explorer le contre-transfert de trois thérapeutes qui travaillent avec de patients présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique. Il s'agit d'explorer si les thématiques contre-transférentielles présentes dans les verbalisations des thérapeutes coïncident avec les particularités du contre-transfert telles que décrites dans la littérature clinique. Les questions de recherche en lien avec cet objectif sont les suivantes :

- a) D'une part, y a-t-il des similitudes et des différences dans les thématiques contre-transférrentielles présentes dans les verbalisations des trois thérapeutes (intra-participantantes) entre le temps 1 et le temps 2?
- b) D'autre part, y a-t-il des similitudes et des différences dans les thématiques contre-transférrentielles présentes dans les verbalisations des trois thérapeutes (inter-participantantes) après neuf semaines de thérapie?

Le deuxième objectif de cette étude est d'explorer la perception des thérapeutes quant à la motivation de leurs patients présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique à s'engager dans ce processus thérapeutique. Les questions de recherche en lien avec cet objectif sont les suivantes :

- a) D'une part, y a-t-il des similitudes et des différences dans les verbalisations de la perception des trois thérapeutes (intra-participantantes) quant à la motivation de leur patient à s'engager dans le processus thérapeutique entre le temps 1 et le temps 2?
- b) D'autre part, y a-t-il des similitudes et des différences dans les verbalisations de la perception des trois thérapeutes (inter-participantantes) quant à la motivation de leur patient à s'engager dans le processus thérapeutique après neuf semaines de thérapie?

Le troisième objectif visé est d'explorer l'empathie des trois thérapeutes qui travaillent avec des patients présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique. Les questions de recherche en lien avec cet objectif sont les suivantes :

- a) D'une part, y a-t-il des similitudes et des différences dans les verbalisations de l'empathie rapportées par les trois thérapeutes (intra-participantantes) entre la temps 1 et le temps 2?
- b) D'autre part, y a-t-il des similitudes et des différences dans les verbalisations de l'empathie rapportées par les trois thérapeutes (inter-participantantes) après neuf semaines de thérapie?

Méthode

Dans la section qui suit, les caractéristiques des participants sont rapportées et le déroulement de l'étude est retracé.

Participants

Les participantes¹ à cette recherche sont deux psychologues expérimentées et une interne en psychologie, recrutées au CSSS de l'Énergie. La participante 1 est membre de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) depuis plus de 20 ans. La participante 2 est également membre de l'OPQ et travaille comme psychologue depuis près de 10 ans. La participante 3 en est à sa dernière année de cursus doctoral et cumule plus de 1000 heures de pratique clinique comme thérapeute avec cette clientèle. Les deux psychologues ont suivi un programme de formation à la psychothérapie des troubles de personnalité selon le modèle d'intervention de Masterson.

Par ailleurs, les patients auxquels se réfèrent les participantes de notre étude bénéficient d'une thérapie pour les troubles de la personnalité limite et narcissique. Le CSSS de l'Énergie (1^{re} ligne en santé mentale) offre un programme de traitement aux patients qui souffrent de ces deux troubles de personnalité. Cette thérapie comporte un volet de groupe et un volet individuel. Les rencontres de groupe sont hebdomadaires et

¹ Un remerciement tout spécial au CIUSSS de la Mauricie et aux psychologues qui ont participé à la recherche.

elles durent 90 minutes. La particularité de ces groupes de thérapie est qu'ils sont organisés sous forme de groupes ouverts auxquels s'ajoutent de nouveaux patients à chaque nouvelle session de traitement. Une session de traitement s'étale sur une période de neuf semaines. Par ailleurs, les séances de groupe sont animées par les participantes de notre étude, qui assurent également le suivi en individuel. La fréquence des séances en individuel est bihebdomadaire et dure environ 50 minutes. À la fin de chaque session de traitement, c'est-à-dire après neuf semaines, la pertinence de la poursuite de la thérapie sous cette forme (thérapie de groupe combinée avec la thérapie en individuel) est réévaluée par les thérapeutes qui coaniment les groupes de thérapie et qui assurent le suivi en individuel pour les patients qui souhaitent poursuivre le processus thérapeutique. Ainsi, cette thérapie peut varier de 9 à 27 semaines.

Procédure de recrutement

Après avoir été informées du projet de recherche, les participantes ont rempli un formulaire de consentement. Ces dernières ont participé sur une base volontaire. En outre, elles ont été informées qu'elles pouvaient se retirer en tout temps de cette recherche. Les formulaires de consentement sont présentés à l'Appendice A.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants : être psychologue ou doctorante en psychologie et travailler avec une clientèle souffrant de traits ou de trouble de la personnalité limite et narcissique.

Entretien semi-dirigé et instrument objectif

Un entretien semi-dirigé et un instrument objectif ont été utilisés pour recueillir les verbalisations des contre-transferts des thérapeutes. Le canevas d'entretien « entrevue qualitative » et le « Questionnaire sur le contre-transfert » ont été administrés aux thérapeutes suite au premier groupe de thérapie (temps 1) et au dernier groupe de thérapie (temps 2).

L'entrevue de recherche

À la différence de l'approche quantitative, qui s'appuie sur des questionnaires pour que les participants choisissent une réponse pouvant être chiffrée parmi une liste préétablie (Becker, 2002), la recherche qualitative s'intéresse au monde interne des sujets qui expérimentent un phénomène de nature subjective (Miles & Huberman, 2003) et est particulièrement appropriée pour étudier ce type de phénomène. Au lieu de tester une série d'hypothèses en s'appuyant sur des méthodes statistiques pour traiter les données numériques recueillies, l'analyse des données en recherche qualitative implique que le chercheur s'immerge dans un corpus de données narratives et y applique son propre raisonnement inductif (Gillis & Jackson, 2002). La majeure partie de l'analyse a été effectuée à l'aide de verbatim. Ceux-ci ont été regroupés dans des catégories sémantiques et ont été organisés de façon à permettre au chercheur de contraster, de comparer, d'analyser et d'établir des modèles (Miles & Huberman, 2003).

Étant donné la petite taille de notre échantillon et notre sujet de recherche, le recours à une entrevue de type qualitative s'est avéré être pertinent. En effet, cette méthode de recherche est particulièrement appropriée pour étudier les phénomènes de type subjectif (Seidman, 2006) et étudier un phénomène du point de vue du sujet (Kvale, 1996).

Pour ce faire, un canevas d'entretien a été créé par la chercheure principale avec la collaboration de la directrice de recherche. Ce canevas est composé de quatre questions ouvertes (voir Appendice B). Chacune de ces questions visait à recueillir des informations sur les variables à l'étude. La première question portait sur la structure de personnalité des patients participant au programme de traitement. Par ailleurs, les termes de contre-transfert, d'alliance thérapeutique et d'empathie ne sont pas employés directement dans les questions posées aux participantes dans le but d'éviter que les thérapeutes adoptent une attitude défensive et diminuer l'effet de désirabilité sociale. Par exemple, le terme de vécu émotionnel est utilisé à la place du terme de contre-transfert. Cette question se formule comme suit : Décrivez votre vécu émotionnel envers ce client et qu'en est-il de son intensité? Dans le même ordre d'idées, pour explorer le processus d'alliance thérapeutique, les verbalisations des thérapeutes quant à la perception de la motivation des patients à adhérer au programme de traitement ont été explorées. La question s'énonce comme suit : Quelle est votre perception de la motivation du patient? En outre, l'empathie des thérapeutes à l'égard de leur patient respectif est également explorée. La question est formulée de la façon suivante : Est-ce que ce patient vous touche émotionnellement?

Un instrument objectif a aussi été utilisé dans le but d'obtenir des données complémentaires. Les données numériques recueillies à partir de cet instrument seront analysées sous un angle qualitatif étant donné la petite taille de l'échantillon. Il s'agit du *Countertransference Questionnaire*.

Le Questionnaire sur le contre-transfert

La traduction française du *Countertransference Questionnaire* (CQ) effectuée par Bessette (2012) dans le cadre de sa thèse doctorale, soit le Questionnaire sur le contre-transfert (voir Appendice C), a été utilisé dans le cadre de cet essai doctoral. Le Questionnaire sur le contre-transfert a été administré aux trois participantes suite au premier groupe de thérapie (temps 1) ainsi qu'au dernier groupe (temps 2) de thérapie. Cet outil a été créé par des spécialistes du trouble de la personnalité dans le but de faire de la recherche auprès de cette population clinique et est considéré comme l'un des instruments les plus appropriés pour mesurer le contre-transfert des cliniciens (Betan et al., 2005). Contrairement aux autres instruments de mesure utilisés pour appréhender le contre-transfert, ce questionnaire permet d'évaluer les composantes affectives, cognitives et comportementales du contre-transfert. En effet, rares sont les instruments de mesure qui permettent de se pencher sur les composantes affectives comportementales et cognitives du contre-transfert ou qui se sont intéressés à ces trois volets simultanément (Fauth, 2006; Gelso & Hayes, 2007; Hayes, 2004; Rosenberger & Hayes, 2002). En ce sens, ce test apparaît plus complet que certains instruments de mesure qui évaluent une seule de ces composantes du contre-transfert. Par exemple, le

FWC-58 (Rossberg et al., 2003) utilisé dans l'étude de Rossberg et al. (2007) ne porte que sur les réactions affectives des thérapeutes.

Le CQ est un instrument autorapporté. Il compte 78items composant huit échelles. L'échelle « Critiquée/maltraitée » (*criticized/mistreated*) réfère aux sentiments de ne pas être apprécié, être rejeté et dévalué par le client (p.ex., « J'ai le sentiment de « marcher sur des œufs » en sa présence. Je crains que si je dis un mot de travers, il/elle explose, s'effondre ou prenne la porte »). L'échelle « Impuissance/inadéquat » (*helpless/inadequate*) comprend des questions sur les sentiments d'être inadéquat, incomptétent, désespéré, et anxieux (p.ex., « Je pense qu'il/elle pourrait faire mieux avec un/e autre thérapeute ou dans un autre type de thérapie »). L'échelle « Positive/satisfait » (*positive*) réfère à une alliance de travail positive et une relation complice avec le patient (p.ex., « Il/elle est un/e de mes patient/e préféré/e »). L'échelle « Parentale/protecteur » (*parental/protective*) renvoie au désir de protéger et materner le client d'une façon parentale (p.ex., « J'aimerais lui apporter ce que les autres n'ont jamais pu lui donner »). L'échelle « Envahi/désorganisé » (*overwhelmed/disorganized*) implique un désir d'éviter ou de fuir le client et des sentiments négatifs intenses (p.ex., « Il/elle me fait peur »). L'échelle « Spécial/surimpliqué » (*special/overinvolved*) renvoie au sentiment que le client est spécial comparé à d'autres, et aux difficultés du thérapeute à maintenir le cadre établi (p.ex., « Je me sens coupable lorsqu'il/elle est en détresse ou que son état se détériore, comme si j'étais en quelque sorte responsable »). L'échelle « Sexualisé » (*sexualized*) inclut des items décrivant une attirance ou une tension sexuelle envers le

client (p.ex., « Je me surprends à flirter avec lui/elle »). Finalement, l'échelle « Désengagée » (*disengaged*) renvoie aux sentiments d'être inattentif, retiré, agacé, ou ennuyé pendant les rencontres (p.ex., « Mon esprit s'égare souvent vers des choses autres que ce dont il/elle parle »).

Les questions des huit échelles se répondent sur une échelle Likert en 5 points (1 = *Aucunement vrai*; 3 = *Relativement vrai*; 5 = *Tout à fait vrai*). L'équipe qui a créé le CQ (Betan et al., 2005) a réalisé une analyse factorielle en composantes principales générant huit facteurs dont les coefficients alpha originaux varient entre 0,75 et 0,90. Les intercorrélations entre les différents facteurs ont montré qu'ils sont relativement indépendants (-0,16 à 0,58) (Betan et al., 2005; Betan & Westen, 2009).

Procédure

Après avoir obtenu leur consentement libre et éclairé, les participantes ont été rencontrées individuellement sur leur lieu de travail à la suite de l'animation de leur premier groupe de thérapie qu'elles coaniment ensemble. Il a été demandé à chacune des participantes, c'est-à-dire à chacune des thérapeutes, de choisir un patient qu'elles suivaient également en individuel. De plus, les patients choisis devaient être de nouveaux patients venant d'intégrer le programme de traitement afin de réduire les biais en lien avec la durée du traitement. L'anonymat des patients a été préservé lors des entrevues. Il a été demandé à chaque participante de répondre aux quatre questions de l'entrevue semi-dirigée en lien avec le patient choisi et de remplir par la suite le

Questionnaire sur le contre-transfert en lien avec le même patient. La passation de l'entrevue semi-dirigée était de 45 minutes. L'auto-administration du *Questionnaire sur le contre-transfert* était de 45 minutes environ. Les entrevues semi-dirigées ont fait l'objet d'un enregistrement audio pour la retranscription verbatim, et ce, avec l'accord des participantes. Après huit semaines, les participantes ont été à nouveau rencontrées, soit à la fin du processus thérapeutique (suite à la 9^e et dernière rencontre de thérapie de groupe pour cette session de traitement). La même procédure a été réalisée, soit la passation de l'entrevue semi-dirigée suivie de l'auto-administration du questionnaire toujours en lien avec le patient qui avait été choisi par les participantes lors de la première entrevue. De plus, il a été demandé à chaque participante si leur patient respectif compte poursuivre (suite aux neuf semaines de thérapie). Les entrevues semi-dirigées ont été analysées de façon qualitative par deux juges dans le but de dégager des catégories thématiques. Tout d'abord, les verbatim des entrevues ont été transcrits. Par la suite, ces verbatim ont été analysés de façon individuelle par la chercheure principale et par la directrice de recherche pour chacune des participantes. La chercheure principale et la directrice de recherche ont dégagé, chacune de leur côté, les thèmes principaux à partir des verbatim. Elles se sont ensuite rencontrées pour partager leurs analyses respectives. Deux thèmes ont fait l'objet de plus amples discussions entre les juges avant d'arriver à un consensus. Le premier thème débattu entre les juges touchait à l'intensité du contre-transfert. À titre d'exemple, le premier juge regroupe les termes suivants : Ce n'est pas très intense, il y a quelque chose qui m'irrite, un peu je te dirais, de déplaisant, il y a une part qui fait vraiment pitié, un peu contrôlant, il y a quelque chose de blâmant

chez elle sous la conceptualisation de « contre-transfert peu élevé ». Tandis que le deuxième juge regroupe les mêmes termes sous la conceptualisation de minimisation du contre-transfert ». À la suite de la discussion, il a été déterminé qu'il s'agit d'une « minimisation du contre-transfert » au lieu d'un contre-transfert peu élevé, étant donné le recours aux précautions verbales et la minimisation de l'irritabilité.

Le deuxième thème qui a fait l'objet d'une discussion entre les juges est celui de l'établissement d'un contre-transfert latéral. Voici l'extrait du verbatim sur lesquels les juges ont débattu : « Si je me mets, je me transfère comme ses enfants dans ce bout du transfert, j'aurais le goût de m'éloigner d'elle, elle me taperait sur les nerfs. Si je m'identifie à elle, cela fait plus pitié ». Le premier juge regroupe cet extrait de verbatim sous la thématique « d'opérations d'identification, identification à l'entourage ». Le deuxième juge regroupe cet extrait sous l'étiquette de « contre-transfert envers un tiers ». À la suite de la discussion entre les juges, il a été statué qu'il s'agit d'une forme de contre-transfert et non d'un processus d'identification, étant donné qu'on ne peut classer ce mécanisme dans les différentes formes d'identification décrites dans la littérature. Ce mécanisme a été catégorisé comme un type de contre-transfert latéral par la chercheure principale et la directrice de recherche pour rendre compte de cette particularité.

Résultats

La section qui suit présente les résultats en lien avec nos trois objectifs de recherche.

Dans un premier temps, les résultats associés à notre premier objectif de recherche sont présentés. Il s'agit d'explorer si les thématiques contre-transférrentielles présentes dans les verbalisations des trois thérapeutes qui travaillent avec des patients souffrant d'un trouble de la personnalité limite ou narcissique coïncident avec les particularités du contre-transfert telles que décrites dans la littérature clinique.

Les réponses aux questions 1 et 3 aux entrevues semi-dirigées (en temps 1 et en temps 2), ainsi que les données recueillies à l'aide du questionnaire sur le contre-transfert (en temps 1 et en temps 2) ont servi à répondre à ces questions de recherche. Tout d'abord, les résultats obtenus à partir des entrevues semi-dirigées sont présentés. Par la suite, les résultats recueillis à l'aide du Questionnaire sont présentés.

Le Tableau 1 est associé à la participante 1. Il présente les données recueillies aux temps 1 et 2 en lien avec le contre-transfert ressenti par cette dernière ainsi que sa compréhension des enjeux psychologiques de son patient. La participante 1 est membre de l'OPQ depuis plus de 20 ans. Le patient qu'elle a choisi est de sexe féminin et a environ une cinquantaine d'années.

Tableau 1

Données sur le contre-transfert ressenti et la compréhension des enjeux psychologiques de la thérapeute 1 à l'égard de sa patiente

	Question 1 : Parlez-moi de votre compréhension des enjeux psychologiques de ce client.	Question 3 : Décrivez votre vécu émotionnel envers ce client, et qu'en est-il de son intensité?		
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
Participante 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Description de la problématique à l'axe 1 : présence d'un trouble anxieux sévère avec attaque de panique, agoraphobie, anxiété de séparation, difficulté à faire ses deuils. ▪ *Élément déclencheur du motif de consultation : premier voyage en Floride. ▪ *Compréhension dynamique : éléments dynamiques pas clairs, limite ou narcissique, en lien avec base de sécurité ou l'image? ▪ Hypothèse de la présence de la colère. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles anxieux, enjeux narcissiques. ▪ Donne une image de femme forte, ne veut pas montrer la partie faible qui alimente ses crises d'anxiété. ▪ Rage, frustration due au manque de reconnaissance. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Négation, minimisation de l'intensité des émotions. ▪ Les émotions principales dans la dynamique relationnelle : la pitié et de la frustration, de l'irritabilité, contrôle, sentiment de blâme, sentiment de doute par rapport à ses capacités. ▪ Identification à l'entourage de la cliente, la thérapeute dit emphatiser avec l'entourage de la cliente : « J'aurais le goût de m'éloigner d'elle ». ▪ Dit emphatiser avec l'anxiété vécue par la cliente. ▪ La participante 1 dit qu'elle doit se motiver pour croire à un éventuel changement. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Désinvestissement progressif de la cliente. ▪ Mettait de l'avant son trouble anxieux. ▪ Dernière rencontre, parle de ses enjeux plus dynamiques, de son malaise face au groupe. ▪ Minimisation de l'affect : déception, frustration que la cliente amène du matériel à travailler en fin de rencontre. ▪ Regret, remise en question de ne pas avoir essayé plus. ▪ Négation de l'affect, rationalisation de l'affect.

La participante 1 présente une certaine structure dans la compréhension des enjeux psychologiques de sa patiente au temps 1 : premièrement, elle décrit les symptômes présentés par la patiente, suivi de sa compréhension des enjeux psychologiques de cette dernière. À la première entrevue, la participante 1 hésite quant à la structure de personnalité, « dynamique pas claire limite ou narcissique ». Au temps 2, elle élabore davantage sur les enjeux intrapsychiques. Elle comprend les symptômes présentés par sa patiente (les crises d'anxiété) comme résultant d'un manque de reconnaissance.

Le contre-transfert relevé au temps 1 à l'égard de cette patiente est associé à des émotions de pitié en ce qui a trait aux symptômes présentés par cette dernière. En ce qui a trait aux enjeux psychologiques de la patiente, le contre-transfert est associé à des émotions de frustration, d'irritabilité, de contrôle, de sentiment de blâme, de sentiment de doute par rapport à ses capacités, de présence de mécanisme d'identification, d'identification à l'entourage de la cliente, d'empathie avec l'entourage de la patiente, de mise en place d'un transfert empathique envers les proches de la patiente : « si je me transfère comme ses enfants dans ce bout du transfert, j'aurais le goût de m'éloigner d'elle, elle me taperait sur les nerfs ». Au temps 2, le contre-transfert est associé à un sentiment de désinvestissement, de déception, de frustration, de regret. Aussi, la participante 1 a tendance à minimiser ses affects en recourant tantôt à la négation ou à de la rationalisation « il y a quelque chose d'un peu qui m'irrite, un peu frustrée qu'elle se soit pas ramenée ». La participante 1 a souvent recours à des précautions verbales pour aborder ces réactions émotionnelles face à sa patiente ou encore à la rationalisation « J'ai

un peu de regret... si j'ai du regret, cela n'est pas si grave, elle peut reconsulter, on va la reprendre ou elle est ».

Le contre-transfert relevé au temps 1 à l'égard de cette patiente est associé à des émotions de pitié en ce qui a trait aux symptômes présentés par cette dernière. En ce qui a trait aux enjeux psychologiques de la patiente, le contre-transfert est associé à des émotions de frustration, d'irritabilité, de contrôle, de sentiment de blâme, de sentiment de doute par rapport à ses capacités, de présence de mécanisme d'identification, d'identification à l'entourage de la cliente, d'empathie avec l'entourage de la patiente, de mise en place d'un transfert empathique envers les proches de la patiente : « si je me transfère comme ses enfants dans ce bout du transfert, j'aurais le goût de m'éloigner d'elle, elle me taperait sur les nerfs ». Au temps 2, le contre-transfert est associé à un sentiment de désinvestissement, de déception, de frustration, de regret. Aussi, la participante 1 a tendance à minimiser ses affects en recourant tantôt à la négation ou à de la rationalisation « il y a quelque chose d'un peu qui m'irrite, un peu frustrée qu'elle se soit pas ramenée ». La participante 1 a souvent recours à des précautions verbales pour aborder ces réactions émotionnelles face à sa patiente ou encore à la rationalisation « J'ai un peu de regret... si j'ai du regret, cela n'est pas si grave, elle peut reconsulter, on va la reprendre ou elle est ».

En résumé, la participante 1 hésite quant à la structure de personnalité de la patiente (limite ou narcissique). Après neuf semaines de thérapie, elle se positionne et décrit des

éléments dynamiques narcissiques. Le contre-transfert vécu en lien avec les éléments dynamiques narcissiques est associé à une variété d'émotions (irritabilité, frustration, sentiment de contrôle, de blâme, de doute par rapport à ses capacités, identification à l'entourage de la patiente, éprouve de l'empathie pour l'entourage de la patiente), émotions qu'elle peut minimiser en recourant à des précautions verbales ou de la rationalisation. En temps 2, ces émotions s'accompagnent d'un désinvestissement progressif de la patiente au cours de la thérapie. Lors de la dernière rencontre de thérapie de groupe, la thérapeute rationalise des sentiments de déception, de frustration et de regret.

Le Tableau 2 présente les données recueillies aux temps 1 et 2 pour la participante 2 en lien avec le contre-transfert ressenti par cette dernière et sa compréhension des enjeux psychologiques de sa patiente. La participante 2 est membre de l'ordre des psychologues du Québec depuis près de 10 ans. Le patient qu'elle a choisi est de sexe féminin et à environ une quarantaine d'années.

La participante 2, quant à sa compréhension des enjeux psychologiques de sa patiente, cible au temps 1 des enjeux de contrôle, des enjeux relationnels et d'estime de soi chez la patiente, elle élabore davantage sur sa compréhension clinique au temps 2 et discute de l'interaction entre les symptômes présentés par la patiente et ses enjeux psychologiques : présence d'enjeux d'estime de soi, besoin de préserver une image de force, ce qui amène la patiente à s'isoler quand elle est anxieuse.

Tableau 2

Données sur le contre-transfert ressenti et la compréhension des enjeux psychologiques de la thérapeute 2 à l'égard de sa patiente

	Question 1 : Parlez-moi de votre compréhension des enjeux psychologiques de ce client.	Question 3 : Décrivez votre vécu émotionnel envers ce client, et qu'en est-il de son intensité?		
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
Participante 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enjeux de contrôle, enjeux relationnels, enjeux d'estime soi. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enjeux d'estime de soi, faible estime de soi, beaucoup dans les défenses, peu accès à ses vulnérabilités, à ses insatisfactions, colère. ▪ S'isole quand elle est anxiouse pour préserver son image de force. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Irritation, minimisation de l'affect, justification de l'affect... « elle m'enseigne et cela m'irrite ». 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Irritation, exigences. ▪ Irritation transformée en indifférence au cours de la thérapie. ▪ Finit par oublier la patiente.

Elle décrit le contre-transfert ressenti à l'égard de cette patiente en termes d'irritation, tendance à la minimisation et à la justification de l'affect en temps 1. Au temps 2, la présence de l'irritation se maintient et apparition d'un sentiment d'indifférence allant jusqu'à l'oubli de la patiente dans le groupe.

En résumé, la participante 2 identifie des enjeux narcissiques chez la patiente, et ce, dès le début de la thérapie (temps 1). Après neuf semaines de thérapie (temps 2), sa compréhension des enjeux psychologiques de la patiente reste inchangée. Le contre-transfert vécu en lien avec ces éléments narcissiques est associé principalement à de l'irritabilité, amenant un sentiment d'indifférence chez la participante au fil de la thérapie et allant jusqu'à l'oubli de la patiente dans le groupe.

Le Tableau 3 présente les données recueillies en temps 1 et 2 pour la participante 3 en lien avec le contre-transfert ressenti et la compréhension des enjeux psychologiques à l'égard du patient choisi. La participante 3 est à sa dernière de cursus doctoral et cumule plus de 1000 heures de pratique clinique comme thérapeute avec cette clientèle. Le patient qu'elle a choisi est de sexe masculin et a environ une cinquantaine d'années.

Tableau 3

Données sur le contre-transfert ressenti et la compréhension des enjeux psychologiques de la thérapeute 3 à l'égard de son patient

	Question 1 : Parlez-moi de votre compréhension des enjeux psychologiques de ce client.		Question 3 : Décrivez votre vécu émotionnel envers ce client, et qu'en est-il de son intensité?	
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
Participante 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trait narcissique, prenait toute la place durant le suivi en individuel. ▪ Enjeux d'estime de soi. ▪ Valorisation par rapport à son travail, s'investissait dans plein de projets. ▪ Son arrêt de travail le confronte à n'être plus aussi performant qu'avant. ▪ Rupture amoureuse passée vécue comme un échec, deuil irrésolu. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déprimée, impression d'avoir tout raté. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaction assez intense et négative en thérapie individuelle. ▪ En thérapie de groupe, l'a trouvée plus sympathique, plus authentique. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au début de la thérapie, plus irritée et impatiente, difficulté à prendre sa place, le fait d'avoir mieux compris ce qu'elle vivait au fil des rencontres l'a aidée à la trouver plus sympathique et à l'investir un peu plus.

La participante 3 soupçonne la présence de traits narcissiques en lien avec des problématiques de l'estime de soi chez le patient. Elle élabore sur les différents événements non résolus du passé du patient : « rupture amoureuse passée, deuil irrésolu [...] son arrêt de travail le confronte à n'être plus aussi performant ». Au temps 2, elle élabore peu quant à sa compréhension des enjeux psychologiques du patient, elle reste vague, parle des symptômes dépressifs du patient.

Elle distingue le contre-transfert ressenti à l'égard du patient en suivi individuel et en thérapie de groupe au temps 1. En suivi individuel, elle décrit le contre-transfert ressenti comme étant intense et négatif, « plus irritée, plus impatiente au début de la thérapie », difficulté à réguler son contre-transfert et à demeurer empathique envers le patient lorsqu'il prend beaucoup de place. En thérapie de groupe, le contre-transfert ressenti est plus positif, elle perçoit son patient comme plus sympathique et authentique.

Au temps 2, la participante 3 mentionne avoir observé une différence par rapport au contre-transfert ressenti à l'égard de son patient. Selon elle, le fait d'avoir mieux compris le patient au fil des rencontres l'a aidée à « le trouver sympathique et à l'investir un peu plus », l'irritation s'est atténuée. Le contre-transfert demeure encore difficile à réguler lorsque le patient prend beaucoup de place.

En résumé, la participante 3 définit les enjeux psychiques du patient en termes d'organisation narcissique. Après neuf semaines de thérapie (temps 2), elle élabore peu

sur sa compréhension des enjeux psychologiques du patient. Le contre-transfert vécu en lien avec ces éléments dynamiques de personnalité présentés par le patient est associé principalement à de l'irritabilité et à de l'impatience, contre-transfert qu'elle décrit comme étant intense et négatif. Aussi, la participante 3 mentionne que le contre-transfert ressenti à l'égard du patient à la suite de la première thérapie de groupe est plus positif. Après neuf semaines de thérapie, la participante 3 observe une diminution de l'irritabilité ressentie à l'égard de son patient. Elle explique cette diminution de l'intensité du contre-transfert ressenti par une meilleure compréhension de la souffrance du patient. Elle trouve le patient plus sympathique et dit l'avoir investi un peu plus.

Instrument objectif

Le quatrième tableau présente les résultats recueillis à l'aide du Questionnaire sur le contre-transfert pour les trois participantes à la suite de l'animation du premier groupe de thérapie (temps 1) et du dernier groupe de thérapie (temps 2). Étant donné la petite taille de l'échantillon ($n = 3$), une description des résultats est présentée pour chacune des participantes.

Tableau 4

*Moyennes obtenues par les thérapeutes sur les différentes échelles
du Questionnaire sur le contre-transfert*

Facteurs	Participante 1		Participante 2		Participante 3	
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
Critiqué/maltraité	2	2	2	2	3	2
Impuissant/inadéquat	2	2	1	2	3	2
Positif/satisfait	2	2	1	1	3	3
Parental/protecteur	1	1	2	2	2	2
Envahi/désorganisé	1	1	1	1	2	2
Spécial/surimpliqué	1	2	1	1	3	2
Sexualisé	1	1	1	1	2	2
Désengagé	3	2	3	2	2	2

1 = *Pas vrai du tout*; 3 = *Partiellement vrai*; 5 = *Très vrai*

La participante 1 obtient des moyennes qui se situent généralement entre 1 point et 2 points sur cette échelle Likert de 5 points. Les moyennes obtenues pour les échelles « Critiqué/maltraité », « Impuissant/inadéquat », « Positif/satisfait », « Parental/protecteur », « Envahi/désorganisé » et « Sexualisé » restent identiques entre les temps 1 et 2. Les seules variations observées pour la participante 1 sont une légère augmentation à l'échelle « Spécial/ surimpliqué » (1 à 2) et une légère diminution à l'échelle « Désengagé » (3 à 2).

De façon générale, les moyennes de la participante 2 se situent entre 1 et 2 points pour chacune des échelles, sauf pour le facteur « Désengagé ». Au temps 1, elle obtient une moyenne de 3 points pour cette échelle. Les moyennes obtenues pour les échelles suivantes : « Critiqué/maltraité », « Positif/satisfait », « Parental/protecteur », « Envahi/désorganisé » et « Sexualisé » restent similaires entre les temps 1 et 2. Les seuls changements notés pour la participante 2 sont une légère augmentation de son sentiment d'« Impuissance/inadéquat » (1 à 2) et une légère diminution de son « Désengagement » (3 à 2) entre les temps 1 et 2.

Pour ce qui est de la participante 3, elle obtient des moyennes qui se situent entre 2 et 3 points. Aucune variation n'est observée entre les temps 1 et 2 pour ces échelles : « Positif/satisfait », « Parental/protecteur », « Envahi/désorganisé », « Sexualisé » et « Désengagé ». Par contre, une légère diminution est observée pour ces trois échelles entre les temps 1 et 2 : « Critique/maltraité », « Impuissant/inadéquat » et « Spécial/surimpliqué ». La moyenne sur ces échelles diminue d'un point (3 à 2).

Similitudes des thématiques contre-transférrentielles intra-participantes

Les thématiques contre-transférrentielles rapportées par les participantes 1 et 2 lors des entrevues restent relativement identiques entre le temps 1 (début de la thérapie) et le temps 2 (fin de la thérapie). La participante 1 rapporte vivre une variété d'émotions à l'égard de sa patiente, qui selon sa compréhension, présente une structure de personnalité narcissique (irritabilité, frustration, sentiment de contrôle, de blâme, de doute par rapport

à ses capacités, identification par rapport à l'entourage de la patiente, éprouve de l'empathie pour l'entourage de la patiente). Ces affects contre-transférentiels s'accompagnent d'un désinvestissement progressif de la patiente au cours de la thérapie.

Pour ce qui est de la participante 2, elle rapporte essentiellement vivre de l'irritation et de l'indifférence à l'égard de sa patiente (présentant une structure de personnalité narcissique). Dans les séances de thérapie de groupe, elle rapporte avoir oublié la présence de la patiente.

De plus, les données recueillies à l'aide du questionnaire sur le contre-transfert, montrent que les moyennes des trois participantes sur les différentes échelles sont restées relativement similaires entre les temps 1 et 2. Les trois participantes présentent des moyennes se situant entre 1 point (*Pas vrai du tout*) et 3 points (*Partiellement vrai*) sur cette échelle Likert en 5 points. En outre, aucune variation de plus d'un point n'est observée chez les participantes entre les temps 1 et 2.

Différences des thématiques contre-transférentielles intra-participantes

La participante 3 est la seule participante pour qui on note un changement entre le temps 1 et le temps 2 par rapport aux thématiques contre-transférentielles rapportées. En début de thérapie, la participante rapporte vivre des émotions intenses et négatives qui sont principalement associées à un sentiment d'irritabilité. À la fin du processus

thérapeutique, elle dit trouver le patient plus sympathique et rapporte l'avoir investi un peu plus.

De plus, les données recueillies à l'aide du questionnaire sur le contre-transfert montrent que la participante 3 présente un profil qui est différent du profil des participantes 1 et 2. Contrairement aux participantes 1 et 2 qui ont des moyennes qui se situent entre 1 et 2 points pour les différentes échelles du contre-transfert, la participante 3 obtient des moyennes qui se situent entre 2 et 3 points. En outre, la participante 3 est la seule participante qui a des résultats démontrant une légère diminution sur trois des échelles du Questionnaire sur le contre-transfert (3 à 2) : « Critique/maltraité », « Impuissant/inadéquat » et « Spécial/surimpliqué ».

Similitudes des thématiques contre-transférrentielles inter-participantes

Pour ce qui est des similitudes, il ressort que les patients des trois thérapeutes (femmes) présentent tous, selon leur compréhension clinique, une structure de personnalité narcissique. De plus, les trois thérapeutes rapportent vivre de l'irritation à l'égard de leur patient présentant des enjeux narcissiques. La participante 1 et la participante 2 rapportent avoir désinvesti leur patient au fil de la thérapie. On observe également que les participantes 1 et 2 ont tendance à minimiser leurs affects en recourant à des précautions verbales telles que : « elle m'irrite un peu », ou encore à rationaliser l'affect ressenti.

On observe également à partir des données recueillies à l'aide du questionnaire sur le contre-transfert que les participantes 1 et 2 présentent des profils qui sont relativement similaires, une diminution d'un point pour le facteur « désengagé » (3 à 2) est constatée entre le temps 1 et le temps 2 pour ces deux participantes.

Différences des thématiques contre-transférrentielles inter-participantes

Parmi les trois participantes, la participante 1 est la seule à ressentir une gamme variée d'émotions à l'égard de sa patiente : pitié, frustration, sentiment de contrôle, sentiment de blâme, sentiment de doute par rapport à ses capacités, déception et frustration. Elle est également la seule participante à faire part d'un type particulier de contre-transfert puisqu'elle décrit éprouver de l'empathie avec l'entourage de la patiente.

La participante 3, à la différence des participantes 1 et 2, note un changement au niveau du contre-transfert ressenti à l'égard de son patient à la fin du processus thérapeutique. En début de thérapie, elle rapporte vivre un contre-transfert intense et négatif qui est principalement associé à un sentiment d'irritabilité. À la fin du processus thérapeutique, elle dit trouver le patient plus sympathique et rapporte l'avoir investi un peu plus. C'est également la seule participante pour qui on relève à l'aide des données recueillies sur le questionnaire sur le contre-transfert une légère diminution sur trois des facteurs du contre-transfert (3 à 2) : « Critique/maltraité », « Impuissant/inadéquat » et « Spécial/surimpliqué ».

Dans un deuxième temps, les résultats associés à notre deuxième objectif de recherche sont présentés. Il s'agit d'explorer la perception des trois thérapeutes quant à la motivation de leurs patients à s'engager dans le processus thérapeutique. Cela nous amènera par la suite à faire le pont entre la motivation perçue et l'établissement d'une alliance thérapeutique. Ensuite, la motivation perçue et le contre-transfert des thérapeutes seront examinés dans le but d'explorer si ces deux variables peuvent être inter-reliées entre elles. Étant donné que l'analyse de la verbalisation du contre-transfert des participantes a été présentée précédemment, seule l'analyse des données recueillies sur la motivation perçue par les trois participantes va être présentée ici.

Les réponses à la question 2 de l'entrevue semi-dirigée (temps 1 et temps 2) ainsi que les données recueillies pour l'échelle facteur « Positif/satisfait » à l'aide du questionnaire sur le contre-transfert ont servi à répondre à ces questions de recherche. Rappelons que l'échelle « Positive/satisfait » (*positive*) du questionnaire sur le contre-transfert réfère à une alliance de travail positive et une relation complice avec le patient.

Pour ce qui est de la perception de la participante 1 quant à la motivation de sa patiente à s'engager dans le processus thérapeutique, lors de la première entrevue (temps 1), elle perçoit la motivation intrinsèque de sa patiente comme mitigée. Elle justifie sa perception en s'appuyant sur les propos de sa patiente qu'elle cite : « elle n'est pas sûre que ça vaille la peine, qu'elle a le goût de s'engager ». Elle consulte « parce que mon mari veut que je vienne ». Au temps 2, la participante 1 explique que la motivation

intrinsèque de la patiente est demeurée peu élevée étant donné qu'elle n'était pas prête à travailler sur les enjeux sous-jacents à l'apparition des symptômes. De plus, l'antidépresseur prescrit par son médecin a permis de diminuer les symptômes anxieux et l'a aidée à retrouver son fonctionnement normal.

En résumé, la perception de la participante 1 quant à la motivation de son patient à s'engager dans le processus thérapeutique a d'abord été perçue comme mitigée, puis comme faible étant donné que les symptômes anxieux du patient ont diminué avec la prise d'une médication. Pour ce qui est du contre-transfert vécu par la participante 1 en lien avec ce patient, elle mentionne vivre une gamme variée d'émotions (irritabilité, frustration, sentiment de contrôle, de blâme, de doute par rapport à ses capacités, éprouve de l'empathie pour l'entourage de la patiente).

La participante 2 perçoit la motivation intrinsèque de sa patiente comme étant faible à cause des bénéfices secondaires apportés par ses symptômes. Au temps 2, elle conclut que la patiente n'était pas motivée à changer, que cette dernière était défensive, plus portée à travailler sur ses symptômes que sur son mode de fonctionnement psychologique.

En résumé, la perception de la participante 2 quant à la motivation de sa patiente à s'engager dans le processus thérapeutique demeure semblable entre le temps 1 et le temps 2. Elle perçoit la patiente comme peu motivée à changer et à travailler sur les

traits de sa personnalité. Selon elle, la patiente a des bénéfices secondaires à vivre ses problématiques.

La participante 3 au début de la thérapie (temps 1) perçoit la motivation intrinsèque du patient comme bonne. À la fin du processus thérapeutique (temps 2), elle perçoit la motivation du patient à changer comme mitigée. Selon elle, d'un côté, le patient souhaite ne plus souffrir, puis dans un autre côté, il se sent impuissant face à ce qu'il vit.

En résumé, la participante 3 perçoit la motivation de son patient comme bonne au début de la thérapie (temps 1) et après neuf semaines de thérapie, elle est ambivalente par rapport à la motivation de son patient à changer.

Similitudes intra-participantes dans les verbalisations de la perception de la motivation

La participante 2 est la seule des participantes que la perception quant à la motivation de sa patiente est demeurée semblable entre les temps 1 et 2. Elle perçoit la motivation de sa patiente comme faible à cause des bénéfices secondaires qu'elle a à vivre ses problématiques.

Pour ce qui est des données recueillies pour l'échelle « Positive/satisfait » du Questionnaire sur le contre-transfert, la moyenne obtenue par les trois participantes sur cette échelle reste inchangée entre le temps 1 et le temps 2. La participante a une

moyenne qui se maintient à un point, la participant 2 a une moyenne de 2 points et enfin la participante a une moyenne de 3 points.

Différences intra-participantes dans les verbalisations de la perception de la motivation

La perception de la participante 1 et celle de la participante 3 quant à la motivation de leurs patients à s'engager dans le processus thérapeutique évoluent entre le temps 1 et le temps 2. En effet, la participante 1 perçoit la motivation de sa patiente comme mitigée au début du processus thérapeutique, puis en temps 2 perçoit la motivation comme faible. Par contre, pour ce qui est de la participante 3, elle perçoit la motivation de son patient comme bonne au début de la thérapie, puis à la fin du processus thérapeutique elle demeure ambivalente par rapport à la motivation du patient à changer.

Similitudes inter-participantes dans les verbalisations de la perception de la motivation

Aucun point en commun n'est relevé entre les participantes par rapport à leur perception quant à la motivation de leur patient à s'engager dans le processus thérapeutique.

Différences inter-participantes dans les verbalisations de la perception de la motivation

Les trois participantes présentent des profils différents. La participante 1 au début de la thérapie perçoit la motivation comme mitigée. À la fin du processus thérapeutique, elle arrive à la conclusion que la motivation de sa patiente est demeurée faible. Pour ce

qui est de la participante 2, sa perception quant à la motivation de sa patiente à s'engager dans le processus thérapeutique est demeurée semblable entre les temps 1 et 2. Elle perçoit la motivation de sa patiente comme faible. Enfin la participante 3 perçoit la motivation de son patient comme bonne au début de la thérapie (temps 1) et après neuf semaines de thérapie, elle est ambivalente par rapport à la motivation de son patient à changer.

En résumé, la perception des participantes 1 et celle de la participante 3 en ce qui a trait à la motivation de leur patient à s'engager dans le processus thérapeutique changent entre les temps 1 et 2. La participante 1 perçoit la motivation de sa patiente comme mitigée au début (temps 1) puis comme faible (temps 2). La participante 3 perçoit la motivation de son patient comme bonne au début de la thérapie (temps 1) puis comme mitigée (temps 2). La perception de la participante 2 quant à la motivation de sa patiente à s'engager dans le processus thérapeutique reste inchangée entre les temps 1 et 2.

Le Tableau 5 présente l'analyse des données qualitatives recueillies en temps 1 et en temps 2 par rapport à la perception des trois thérapeutes quant à la motivation de leurs patients à s'engager dans le processus thérapeutiques ainsi que les verbalisations de leur contre-transfert.

Tableau 5

Analyse des données du contre-transfert des thérapeutes et de leurs perceptions quant à la motivation de leur patient à s'engager dans le processus thérapeutique

	Question 2 : Quelle est votre perception de la motivation du client?	Question 3 : Décrivez votre vécu émotionnel envers ce client, et qu'en est-il de son intensité?		
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
Participante 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivation extrinsèque « je viens parce que mon mari veut que je vienne ». ▪ Motivation intrinsèque mitigée « elle n'est pas sûre que ça vaille la peine, que j'ai le goût de m'engager. Elle accepte de revenir, mais cela n'est pas fait. Elle a eu plusieurs thérapies auparavant qui ne tiennent pas la route ». 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivation mitigée liée à une crise de vie qui était en cours de résorption, prescription pour un antidépresseur par son médecin, diminution des symptômes, retour à un fonctionnement normal. ▪ Objectifs thérapeutiques orientés vers les enjeux dynamiques, cliente pas prête à travailler ces enjeux. ▪ Peu d'implication dans le groupe. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Négation, minimisation de l'intensité des émotions. ▪ Les émotions principales dans la dynamique relationnelle : la pitié et de la frustration, de l'irritabilité, contrôle, sentiment de blâme, sentiment de doute par rapport à ses capacités. ▪ Identification à l'entourage de la cliente, dit ressentir de l'empathie envers l'entourage de la cliente : « J'aurais le goût de m'éloigner d'elle ». ▪ Elle éprouve de l'empathie envers les symptômes vécus par la cliente. ▪ Elle doit se motiver pour croire à un éventuel changement chez la cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Désinvestissement progressif de la cliente. ▪ Mettait de l'avant son trouble anxieux. ▪ Dernière rencontre, parle de ses enjeux plus dynamiques, de son malaise face au groupe. ▪ Minimisation de l'affect : déception, frustration que la cliente amène du matériel à travailler en fin de rencontre. ▪ Regret, remise en question de ne pas avoir essayé plus. ▪ Négation de l'affect, rationalisation de l'affect.

Tableau 5

Analyse des données du contre-transfert des thérapeutes et de leurs perceptions quant à la motivation de leur patient à s'engager dans le processus thérapeutique (suite)

	Question 2 : Quelle est votre perception de la motivation du client?		Question 3 : Décrivez votre vécu émotionnel envers ce client, et qu'en est-il de son intensité?	
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
Participant 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivation intrinsèque peu élevée, elle a des bénéfices secondaires à vivre ses problématiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La patiente n'est pas motivée à changer beaucoup dans les défenses. ▪ Plus portée à travailler sur ses symptômes que sur les enjeux sous-jacents. ▪ Difficile pour elle de se montrer vulnérable. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Irritation minimisation de l'affect, justification de l'affect... « elle m'enseigne et cela m'irrite ». 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Irritation, ressentais les exigences de la patiente. ▪ Irritation transformée en indifférence en cours de la thérapie. ▪ Finit par oublier la patiente.
Participant 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le patient est conscient de ses enjeux, de son problème, estime de soi. ▪ Motivation, va être probablement bonne. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambivalente par rapport à sa motivation à changer, d'un côté, le client a le besoin que cela change puis d'un autre côté, il est pris dans cette lourdeur et il peut donner l'impression qu'il n'a rien à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaction assez intense et négative en thérapie individuelle. ▪ En thérapie de groupe, l'a trouvé plus sympathique, plus authentique. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au début de la thérapie, plus irritée et impatiente, difficulté à prendre sa place, le fait d'avoir mieux compris ce qu'il vivait au fil des rencontres l'a aidée à le trouver plus sympathique et à l'investir un peu plus.

Contre-transfert et motivation perçue par les participantes

En résumé, le contre-transfert ressenti par la participante 1 à l'égard de sa patiente est associé principalement à des émotions négatives (irritabilité, frustration, sentiment de contrôle, de blâme, de doute par rapport à ses capacités) et la motivation du patient est perçue comme étant faible. Le contre-transfert de la participante 2 demeure principalement associé à de l'irritabilité et la motivation de la patiente est perçue comme étant faible. Pour ce qui est de la participante 3, son contre-transfert devient plus positif à l'égard de son patient et la motivation du patient est perçue comme bonne.

Enfin, les résultats associés à notre troisième objectif de recherche sont présentés. Il s'agit d'explorer l'empathie rapportée par les trois thérapeutes à l'égard de leurs patients. Par la suite, l'empathie et le contre-transfert des thérapeutes seront examinés dans le but d'explorer si ces deux variables peuvent être inter-reliées entre elles. Étant donné que l'analyse de la verbalisation du contre-transfert des participantes a été présentée précédemment, seule l'analyse des données recueillies sur l'empathie éprouvée par les trois participantes va être présentée ici. Les réponses à la question 4 de l'entrevue semi-dirigée en temps 1 et en temps 2 ont servi à répondre ces questions de recherche.

La participante 1, au début de la thérapie, rapporte éprouver uniquement de l'empathie envers les symptômes anxieux présentés par sa patiente. Lorsqu'elle se réfère à l'anxiété qu'elle peut vivre elle-même dans certaines situations, anxiété qu'elle considère comme étant de moindre intensité que celle vécue par sa patiente, elle affirme

se sentir touchée par cette dernière. Par contre, au temps 2, la participante 1 rapporte se sentir peu touchée par sa patiente et trouver triste qu'elle soit « pris dans une petite vie », « personnellement pas quelque chose que je vis et que je voudrais surtout pas vivre ».

Au temps 1, la participante 2 rapporte être touchée négativement par sa patiente et qu'elle sent de l'irritation. Elle ressent un contre-transfert qu'elle décrit comme un « combat de qui va avoir le dessus? ». Au temps 2, elle conclut que la patiente la touche plus au niveau de son irritabilité et de son impatience. Selon elle, c'est un contre-transfert qui l'interpelle régulièrement avec cette clientèle. Lorsqu'elle a des patients qu'elle perçoit comme défensifs et peu motivés à travailler sur leurs enjeux, elle vit souvent de l'irritabilité, irritabilité qui diminue au cours de la thérapie si elle perçoit que les patients avancent, même si c'est minime.

Au temps 1, la participante 3 reconnaît ne pas ressentir d'empathie à l'égard de son patient. Elle décrit ressentir des sentiments d'irritabilité, voire de l'agressivité. Elle ajoute que c'est un patient qui ne va pas chercher son côté maternel « pas quelqu'un que j'aurais le réflexe de prendre soin ». Au temps 2, la participante 3 observe que depuis une semaine, son patient la touche un peu plus. Aussi, elle comprend mieux ce qui l'affecte, car elle a pris le temps de s'attarder sur sa souffrance, chose qu'elle n'a pas faite auparavant, « sûrement parce qu'il me gossait ». Elle précise que ce n'est pas un patient qu'elle garde en tête et qui la bouleverse.

Similitudes intra-participantantes de l'empathie éprouvée

Contrairement pour les participantes 1 et 3, aucun changement n'est observé pour la participante 2 à l'égard de l'empathie éprouvée pour sa patiente entre le temps 1 et le temps 2. Elle rapporte être touchée négativement par sa patiente.

Différences intra-participantantes de l'empathie éprouvée

On observe que l'empathie éprouvée par la participante 1 et la participante 3 change entre le temps 1 et le temps 2. Au début de la thérapie, la participante 1 rapporte se sentir empathique envers les symptômes anxieux présentés par sa patiente. Puis, au temps 2, elle dit se sentir peu touchée par sa patiente. La participante 3 au début de la thérapie rapporte ne pas ressentir de l'empathie envers son patient. Au temps 2, elle rapporte être plus touchée par son patient.

Similitudes inter-participantantes de l'empathie éprouvée

De façon générale, les participantes rapportent être peu touchées par leur patient respectif au début de la thérapie. La participante 2 ainsi que la participante 3 rapportent vivre principalement de l'irritabilité à l'égard de leur patient au temps 1.

Différences inter-participantantes de l'empathie éprouvée

Parmi les trois participantes, la participante 1 reconnaît se sentir touchée uniquement par l'anxiété que vit sa patiente au temps 1. Enfin, la participante 3 est la seule à avoir noté un changement par rapport à son empathie envers son patient entre les

temps 1 et 2. Au début de la thérapie, elle affirme ne pas éprouver d'empathie pour son patient. Puis, au temps 2, elle rapporte être plus touchée par son patient depuis qu'elle a pris le temps d'aller regarder ce qui s'était passé pour lui.

Le Tableau 6 présente l'analyse qualitative des données recueillies en temps 1 et 2 en lien avec l'empathie éprouvée par les trois participantes et leur contre-transfert.

Contre-transfert et empathie éprouvée par les participantes

En résumé, le contre-transfert ressenti par la participante 1 entre le temps 1 et 2 est associé principalement à des émotions négatives (irritabilité, frustration, sentiment de contrôle, de blâme, de doute par rapport à ses capacités, identification à l'entourage de la patiente, éprouve de l'empathie pour l'entourage de la patiente) et l'empathie éprouvée envers sa patiente est faible.

La participante 2 présente un profil qui est similaire à la participante 1. Son contre-transfert demeure principalement associé à de l'irritabilité, et ce, tout au long de la thérapie. Elle rapporte également éprouver peu d'empathie envers sa patiente entre le temps 1 et le temps 2.

Le contre-transfert de la participante 3 devient plus positif au temps 2. À la fin du processus thérapeutique, elle rapporte également se sentir plus touchée par son patient.

Tableau 6

Analyse des données du contre-transfert ressenti et de l'empathie éprouvée par les thérapeutes à l'égard de leur patient

	Question 3 : Décrivez votre vécu émotionnel envers ce patient, et qu'en est-il de son intensité?		Question 4 : Est-ce que ce patient vous touche émotionnellement?	
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
Participante 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Négation, minimisation de l'intensité des émotions. ▪ Les émotions principales dans la dynamique relationnelle : la pitié et de la frustration, de l'irritabilité, contrôle, sentiment de blâme, sentiment de doute par rapport à ses capacités. ▪ Identification à l'entourage de la cliente, empathise avec l'entourage de la cliente : « J'aurais le goût de m'éloigner d'elle ». ▪ Emphatise avec l'anxiété vécue par la cliente. ▪ Mentionne qu'elle doit se motiver pour croire à un éventuel changement chez la patiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Désinvestissement progressif de la cliente. ▪ Mettait de l'avant son trouble anxieux. ▪ Dernière rencontre, la cliente parle de ses enjeux plus dynamiques, de son malaise face au groupe. ▪ Minimisation de l'affect : déception, frustration que la cliente amène du matériel à travailler en fin de rencontre. ▪ Regret, remise en question de ne pas avoir essayé plus. ▪ Négation de l'affect, rationalisation de l'affect. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éprouve de l'empathie face à l'anxiété vécue par la cliente « oui le bout dans l'anxiété, cela me rejoint comme personne, je reconnaiss des bouts où moi-même je suis anxieuse et qui vont me bloquer ». 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne se sent pas très touchée par la patiente, néanmoins rapporte trouver quelque chose de triste « il y a quelque chose de petite vie, elle est pris dans une petite vie, il y a quelque chose d'attristant là-dedans ».

Tableau 6

Analyse des données du contre-transfert ressenti et de l'empathie éprouvée par les thérapeutes à l'égard de leur patient (suite)

	Question 3 : Décrivez votre vécu émotionnel envers ce patient, et qu'en est-il de son intensité?		Question 4 : Est-ce que ce patient vous touche émotionnellement?	
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
Participant 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Irritation, minimisation de l'affect, justification de l'affect... « elle m'enseigne et cela m'irrite ». 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Irritation, ressentais ses exigences. ■ Irritation transformée en indifférence au cours de la thérapie. ■ Finit par oublier la patiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Elle est touchée négativement, sent l'irritation de sa patiente, ressent un contre-transfert de compétitivité « si je laissais aller mon contre-transfert, un genre de combat de qui va avoir le dessus ». 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La patiente la touchait plus au niveau de l'irritabilité. Reconnaît qu'il y a une part de son contre-transfert qui est propre à son tempérament; généralement, rapporte ressentir de l'irritabilité et de l'impatience quand les patients sont dans les défenses et ne sont motivés à travailler leurs enjeux.
Participant 3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaction assez intense et négative en thérapie individuelle. ■ En thérapie de groupe, l'a trouvée plus sympathique plus authentique. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Au début de la thérapie, plus irritée et impatiente, difficulté à prendre sa place, le fait d'avoir mieux compris ce qu'il vivait au fil des rencontres l'a aidée à le trouver plus sympathique et à l'investir un peu plus. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas encore empathique au client, ne la touche pas particulièrement, ne vient pas chercher son côté maternel. Au début, plus irritée, plus agressive. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Depuis 1 semaine, plus touchée par le client parce qu'elle a pris le temps d'aller regarder ce qui s'était passé pour lui.

Discussion

Tout d'abord, rappelons que cette étude est exploratoire et a pour but d'obtenir plus d'informations sur le contre-transfert de thérapeutes travaillant avec des patients présentant une organisation limite ou narcissique de la personnalité. La présente étude vise également à explorer l'alliance thérapeutique et l'empathie. Le premier objectif visé est d'analyser le contre-transfert des thérapeutes. Ainsi, nous avons exploré les thématiques contre-transférrentielles présentes dans les verbalisations des trois thérapeutes qui travaillent avec ces patients coïncident avec les particularités du contre-transfert telles que décrites dans la littérature clinique. Le deuxième objectif visé est d'évaluer la perception des thérapeutes quant à la motivation de leur patient à s'engager dans le processus thérapeutique après neuf semaines de thérapie. Cela fera ensuite le pont entre la motivation perçue par les thérapeutes et l'établissement d'une alliance thérapeutique. Ensuite, la motivation perçue et le contre-transfert rapportés par les trois thérapeutes sont examinés afin d'explorer si ces deux variables (motivation perçue et contre-transfert) peuvent-être inter-reliées entre elles? Enfin, le dernier objectif de l'étude consiste à explorer l'empathie rapportée par les trois thérapeutes à l'égard de leurs patients. Par la suite, l'empathie et le contre-transfert rapportés par les trois thérapeutes seront examinés dans le but d'explorer si ces deux variables (empathie et contre-transfert) peuvent-être inter-reliées entre elles?

Les résultats en lien avec le premier objectif permettent de recueillir différentes en lien avec la pratique clinique auprès de cette clientèle. Tout d'abord, l'analyse des thématiques contre-transférrentielles démontre des similitudes dans la perception des thérapeutes. Les thérapeutes rapportent ressentir de l'irritation ainsi que de la frustration à l'endroit de leur patient respectif qui, selon elles, présentent une organisation de la personnalité narcissique. Ces résultats convergent avec les écrits cliniques. Dans la littérature clinique, il est reconnu que les thérapeutes qui travaillent avec les patients narcissiques ressentent ces émotions désagréables (Sampson, 2006; Zanarini & Silk, 2001). Le contre-transfert typiquement ressenti est l'ennui, l'irritabilité, le désir d'attaquer le patient ou le confronter à la réalité de ses failles. Le thérapeute peut se sentir insignifiant, incomptént et servir d'auditoire contre son gré avec les patients narcissiques (Masterson, 1990). D'ailleurs, la participante 1 rapporte vivre un tel type de contre-transfert à l'égard de sa patiente présentant une structure de personnalité narcissique, son contre-transfert est associé à des émotions de frustration, d'irritabilité, de contrôle, de sentiment de blâme, de sentiment de doute par rapport à ses capacités.

De plus, les résultats obtenus à partir de l'analyse des thématiques contre-transférrentielles et du questionnaire démontrent une certaine forme de désengagement chez les thérapeutes 1 et 2. Ces deux thérapeutes rapportent avoir désinvesti leurs patientes au cours de la thérapie. La participante 2 affirme être devenue indifférente à sa patiente et avoir oublié la présence de sa patiente lors des thérapies de groupe. Ces résultats appuient les écrits antérieurs. Le désengagement est particulièrement observé

avec les patients narcissiques et est considéré comme une forme de passage à l'acte contre-transférentiel (Kernberg, 2003). Betan et Westen (2009) soulignent une association entre le trouble de la personnalité narcissique tel qu'il est défini dans le DSM-IV (APA, 1994) et le désengagement.

Par ailleurs, les résultats obtenus exclusivement à partir de l'analyse descriptive des données du questionnaire démontrent que les réactions contre-transférentielles des thérapeutes varient peu dans le temps. Les moyennes des trois participantes sur les différentes échelles du questionnaire restent relativement similaires entre les temps 1 et 2. Cette stabilité des réactions contre-transférentielles des thérapeutes telles qu'évaluées par le questionnaire pourrait s'expliquer par les particularités du mode des relations d'objet des patients narcissiques. Les patients narcissiques ont un mode de relation d'objet qui est plus stable que les patients limites qui se caractérise par une représentation de soi stable, grandiose omnipotente et d'une représentation de l'autre à l'opposé, insignifiant, sans valeur et dévalué (Diamond et al., 2013). Cela pourrait impliquer vraisemblablement moins de variation dans le contre-transfert des thérapeutes qui travaillent avec les patients narcissiques.

Enfin, l'intensité des réactions contre-transférentielles rapportée par les thérapeutes lors des entrevues est faible. Dans l'ensemble, les thérapeutes rapportent ressentir des émotions de faible intensité à l'égard de leur patient. L'analyse des thématiques contre-transférentielles vont dans le même sens que les données quantitatives recueillies à partir

du questionnaire, ce qui diffère des résultats des études cliniques antérieures. Il est reconnu dans la littérature clinique que les patients qui souffrent d'un trouble de personnalité suscitent des réactions contre-transfériennes plus importantes et d'une intensité plus élevée chez les thérapeutes en comparaison aux patients souffrant d'autres troubles (Betan & Westen, 2009; Davidtz, 2008; Kernberg, 2003; Masterson, 1990). Différents éléments susceptibles d'éclairer cette disparité entre les résultats relevés dans la présente étude et les écrits cliniques sont discutés dans les paragraphes suivants.

Tout d'abord, cette divergence entre les résultats recueillis et les écrits cliniques pourrait s'expliquer par une attitude défensive des thérapeutes étant donné les nombreuses précautions verbales utilisées pour verbaliser leurs contre-transferts, ce qui a pour effet d'atténuer l'intensité des affects vécus. Ces résultats pourraient également s'expliquer par la particularité du contre-transfert qu'induisent les patients narcissiques. Le contre-transfert négatif associé à des sentiments d'agressivité, voire de haine envers le patient, est difficilement tolérable pour les thérapeutes. Le souci de prendre soin de l'autre et l'attitude de non jugement sont tenus en haute estime par ces derniers. Aussi, les thérapeutes peuvent s'exiger d'être des modèles de contrôle de soi et de maturité (Betan & Westen, 2009). Cette autre piste explicative pourrait fournir un élément de réponse à nos résultats.

Pour ce qui est des résultats en lien avec notre deuxième objectif qui vise à explorer l'alliance thérapeutique via la perception des thérapeutes de la motivation de leur patient,

seule la troisième thérapeute a eu une perception favorable de la motivation de son patient à s'engager dans le processus thérapeutique au temps 1. Par ailleurs, on note que seul le patient de cette participante poursuit le processus thérapeutique après les neuf semaines de thérapie. Ces résultats appuient les études antérieures qui soulignent que l'alliance thérapeutique peut être influencée par diverses variables, dont l'engagement et la motivation du patient envers le processus thérapeutique (Henry & Strupp, 1994). Il est possible que la motivation perçue ait favorisé le développement d'une meilleure alliance thérapeutique. De plus, Bachelor et Horvath (1999) ajoutent qu'il peut être particulièrement difficile de construire une bonne alliance thérapeutique avec les patients qui ne veulent pas ou qui sont ambivalents à travailler sur leurs difficultés. À cet effet, on relève que les deux autres thérapeutes de notre étude ont eu une perception mitigée, voire défavorable, de la motivation des patients au début du processus thérapeutique. On note que les patients de ces deux thérapeutes, contrairement au patient de la troisième thérapeute, mettent un terme au processus thérapeutique après neuf semaines de thérapie. Ces observations semblent appuyer les études antérieures qui affirment que la motivation au changement est un bon prédicteur de l'alliance thérapeutique (Emmerling & Whelton, 2009; Taft et al., 2004). Toutefois, nos modestes résultats obtenus en lien avec ces deux variables (motivation perçue et alliance thérapeutique) ne peuvent être généralisés et mériteraient de faire l'objet d'une étude plus poussée pour appuyer un tel lien entre la motivation et l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Par la suite, le contre-transfert des thérapeutes ainsi que leur perception quant à la motivation de leur patient respectif ont été examinés entre les temps 1 et 2 dans le but d'explorer si ces deux variables peuvent être inter-reliées entre elles. De façon générale, la troisième thérapeute est la seule pour qui on note un changement au niveau du contre-transfert ressenti entre les temps 1 et 2. Cette thérapeute rapporte avoir observé une diminution de l'irritabilité ressentie à l'égard de son patient entre les temps 1 et 2. Elle ajoute trouver son patient plus sympathique et l'avoir investi plus qu'au début de la thérapie. C'est aussi la seule thérapeute qui a eu une perception favorable quant à la motivation de son patient à s'engager dans le processus thérapeutique. Lorsque la motivation du patient est perçue comme bonne par la thérapeute, cela semble mener à une diminution plus marquée de l'irritabilité sans désengagement apparent. À l'inverse, lorsque la motivation du patient est perçue comme mitigée ou faible, le contre-transfert semble être plus négatif, les émotions d'irritabilité, de frustration, d'ennui se maintiennent et un désengagement apparent se manifeste (participants 1 et 2). Ce phénomène observé entre ces deux variables ne peut être généralisé, toutefois pourrait être investiguer plus en détail dans une autre étude.

La variation du contre-transfert relevée entre les temps 1 et 2 pour la participante 3 pourrait également s'expliquer par le fait que cette dernière est à sa dernière année de cursus doctoral et cumule plus de 1000 heures de pratique clinique avec cette clientèle. Elle bénéficie d'une supervision hebdomadaire d'une durée de 4 heures dans le cadre de sa formation. D'ailleurs, Bessette (2012) s'est intéressée à l'impact de la supervision

clinique sur les réactions contre-transférrentielles ressenties par des intervenants de première ligne qui travaillent avec une clientèle souffrant de troubles de personnalité. Les résultats font ressortir que les intervenants qui ont reçu de la supervision en comparaison à ceux qui n'ont reçu aucune supervision arrivent mieux à maintenir leur engagement affectif dans la relation thérapeutique particulièrement avec des patients présentant une structure de personnalité narcissique.

De plus, les intervenants ont exprimé lors des entrevues qu'ils avaient développé plus d'empathie pour leurs patients après leur participation au groupe de supervision. Ils se perçoivent comme plus empathiques parce qu'ils comprennent mieux les enjeux de fonds de la clientèle, sa détresse, et la souffrance qui se cache derrière les symptômes et les comportements déplaisants associés au contre-transfert négatif.

De façon générale, il ressort dans cette étude que la supervision favorise une meilleure alliance thérapeutique et l'empathie ainsi que la régulation du contre-transfert. L'influence positive de la supervision sur l'activité mentale chez des groupes d'étudiants en psychologie est soulignée par Baribeau (1999). Ainsi, la supervision a pour effet de réduire l'activité mentale réactive des jeunes thérapeutes.

De plus, la supervision reçue a possiblement aidée la troisième participante (interne en psychologie) à mieux réguler son contre-transfert. Cette piste explicative pourrait fournir un élément de réponse à nos résultats.

En ce qui a trait au dernier objectif de notre étude visant à explorer l'empathie éprouvée par les thérapeutes, il a été observé que l'empathie éprouvée par la troisième thérapeute a évolué de manière positive entre les temps 1 et 2, de même que son contre-transfert rapporté lors des entrevues. À l'inverse, l'empathie éprouvée par les deux autres thérapeutes de notre échantillon est demeurée relativement faible et stable entre les temps 1 et 2. Les réactions contre-transférrentielles rapportées par ces deux thérapeutes sont restées relativement stables et dans le registre négatif c'est dire associées à des émotions d'irritabilité, de frustration et de désintérêt pour le patient. Ces résultats appuient les études antérieures qui rapportent un lien de covariation positif entre l'intensité du contre-transfert positif et l'empathie (Lussier, 2015).

Par ailleurs, un type de réaction contre-transférentielle a été relevé à partir de l'analyse des thématiques contre-transférrentielles présente dans les verbalisations des thérapeutes. Une thérapeute rapporte s'identifier dans son contre-transfert à l'entourage de sa patiente : « si je me transfère comme ses enfants dans ce bout du transfert, j'aurais le goût de m'éloigner d'elle, elle me taperait sur les nerfs ». À notre connaissance, aucune étude n'a élaboré ou analysé ce type de contre-transfert avec une clientèle souffrant de trouble de personnalité et plus spécifiquement avec des patients présentant une structure de personnalité narcissique. Des études sur cette notion pourraient être développées dans le futur.

Un lien pourrait être fait entre ce type de réaction contre-transférorentielle et le transfert latéral documenté dans la littérature. Le transfert latéral se manifeste particulièrement chez les patients qui présentent un trouble de personnalité. Le clivage est un mécanisme central chez les individus présentant une personnalité limite qui influe sur le processus du transfert. À la différence des patients névrotiques, les patients présentant une pathologie de la personnalité déplacent leur transfert sur un objet externe, ce qui nuit à l'établissement du transfert dans le cadre de la séance sur la personne thérapeute. Ainsi, le transfert latéral est une forme de transfert qui nécessite que le thérapeute utilise son contre-transfert afin de repérer ces manifestations transférorentielles latéralisées à l'extérieur du cadre thérapeutique. La latéralisation du transfert perçu par le canal contre-transférorentiel permet d'enrichir la compréhension du thérapeute sur les enjeux psychiques du patient. En somme, la latéralisation du transfert permet de projeter, dans un objet externe, la part du transfert qui est insupportable (Coblence & Donnet, 2009; Gibeault, Guedeney, Kestemberg, & Rosenberg, 2009).

De plus, il est vraisemblable qu'en réponse à la projection du transfert latéral décrit précédemment, des processus similaires pourraient être vécus par les thérapeutes via les mécanismes d'identification projectifs. La difficulté à tolérer des affects chargés d'agressivité à l'égard des patients pourrait expliquer le recours à ce type de mécanisme de défense à différents moments du processus thérapeutique.

Il peut être difficile pour les thérapeutes d'éprouver des sentiments de mépris, voire de haine, à l'égard de leurs patients. La tolérance de tels sentiments envers les patients infligeraient des blessures narcissiques aux thérapeutes, en ce sens que leurs identités professionnelles seraient associées à leurs perceptions quant à leurs capacités de promouvoir la croissance d'autrui grâce à leur altruisme (Ivey, 1995). La compassion, le souci de prendre soin de l'autre et l'amour seraient tenus en haute estime par les thérapeutes. Le contre-transfert négatif peut menacer l'équilibre psychique et l'idéal du Moi des thérapeutes. L'empathie est idéalisée par les thérapeutes qui s'exigent d'avoir un regard positif et une bienveillance sans faille (Betan & Westen, 2009).

Le recours à ce type de réaction contre-transférentielle pourrait être vu comme une forme de contre-transfert latéral pour nier les sentiments inconscients négatifs éprouvés à l'égard du patient. Il serait possible de voir ce type de contre-transfert au même titre que le transfert latéral comme un mouvement défensif qui, dans ce cas de figure, porterait sur le contre-transfert négatif d'une intensité plus élevée qu'avouée consciemment par le thérapeute. Toutefois, cette piste explicative reste parcellaire et pourrait faire l'objet d'une étude dans le futur.

Les résultats de la présente étude confirment l'importance de porter une attention accrue aux réactions émotionnelles au cours du processus thérapeutique, particulièrement dans le traitement de personnes présentant un trouble de la personnalité narcissique, même si ces réactions s'avèrent de faible intensité. La littérature clinique

met l'accent sur l'intensité du contre-transfert suscitée par cette population clinique comme par exemple attaquer le patient pour le confronter à ses failles.

Or, l'intensité du contre-transfert peut être minimisée par les thérapeutes comme nous l'avons souligné dans notre étude. Les mécanismes de défense utilisés par ces derniers peuvent avoir un impact négatif sur le processus thérapeutique. Ces mécanismes étant de nature inconsciente, ils sont plus difficilement repérables lorsqu'ils sont vécus avec une faible intensité. Dans un tel cas de figure, il est plausible que les thérapeutes prêtent moins attention à ces réactions émotionnelles et n'effectuent pas un travail d'élaboration par rapport à ces réactions qui semblent plus facilement gérables.

À cet égard, les participantes 1 et 2 de notre étude qui rapportaient vivre des contre-transferts de faible intensité démontrent une certaine forme de désengagement après neuf semaines de thérapie vis-à-vis de leur patient respectif. Le désengagement est souvent vu comme un passage à l'acte contre-transférentiel qui est particulièrement néfaste au processus thérapeutique (Kernberg, 2003). En effet, le contre-transfert qui n'est pas élaboré empêche le thérapeute de rétablir l'alliance en se réengageant affectivement dans la dyade et entraîne généralement des interventions moins efficaces et moins appropriées avec les troubles de personnalité (Davidtz, 2008). Ces retombées cliniques sont d'autant plus importantes considérant que cette population clinique est reconnue pour être difficile et mettre un terme précocement au processus thérapeutique. Il est probable que les résultats de cette étude aident les thérapeutes à reconnaître davantage leurs réactions,

ce qui pourrait contribuer à prévenir les passages à l'acte contre-transférientiels. La psychothérapie personnelle et la supervision continue sont reconnues comme des moyens pertinents pour aider les intervenants en ce sens (Davidtz, 2008). D'ailleurs, l'étude de Bessette (2012) démontre l'influence positive de la supervision dans la gestion du contre-transfert. Toutefois, les institutions publiques en santé mentale sont loin d'offrir un soutien suffisant aux intervenants. Malgré les recommandations faites dans les écrits psychiatriques et également dans le guide de pratique de l'APA (2003) pour encourager la pratique régulière de la supervision dans le traitement des troubles de personnalité, l'implantation de services spécialisés au sein des services de santé mentale de première ligne font défaut ou sont encore peu nombreux (Bland & Rossen, 2005). À cet égard, un temps de supervision hebdomadaire ou des discussions dans un groupe de pairs (inter-vision) devraient être considérés pour les intervenants travaillant avec ces patients.

Certaines limites de la présente étude sont à relever. Tout d'abord, la taille de notre échantillon ($n = 3$) est trop petite pour permettre la généralisation des résultats. Les résultats ont été analysés sous un angle descriptif étant donné que cette méthode de recherche est particulièrement appropriée pour étudier un phénomène du point de vue du sujet (Kvale, 1996). Toutefois, il serait pertinent d'augmenter la taille de l'échantillon afin d'observer les convergences et les divergences entre les résultats quantitatifs et qualitatifs. De plus, un nombre plus considérable de sujets permettrait qu'on accorde aux

résultats quantitatifs un regard plus juste en permettant l'utilisation de méthodes statistiques.

D'autre part, les patients des participantes présentaient exclusivement, selon leurs dires, une structure de personnalité narcissique. Ainsi, cela ne permet pas de contraster les particularités du contre-transfert narcissique avec celui du contre-transfert limite. L'étude d'un échantillon plus large comprenant des patients narcissiques et limites pourrait ainsi permettre d'étudier les différences au niveau du contre-transfert ressenti avec le trouble de personnalité présenté par le patient. Cela permettrait de mieux cerner les particularités de ces deux types de contre-transferts et d'apporter une validité empirique aux théories qui affirment que les pathologies de la personnalité tendent à induire des réactions contre-transférentielles typiques.

Une des forces de la présente étude réside dans le choix de la population étudiée et de la méthodologie utilisée. Plusieurs études ont eu recours à l'utilisation de vignettes et de vidéos pour exposer les thérapeutes à différentes dynamiques intrapsychiques (Betan & Westen, 2009). Une telle méthodologie présente de sérieuses lacunes étant donné que le contre-transfert est vu comme une co-création entre deux ou plusieurs dynamiques intrapsychiques qui se rencontrent. La cueillette des données obtenues par la présente recherche avait pour avantage de provenir de la perception des interactions réelles entre les thérapeutes et les patients choisis par ces derniers pour les besoins de l'étude. Si ces données s'avèrent être plus « senties », on peut toutefois s'interroger à savoir jusqu'à

quel point ces données traduisent l'état mental du thérapeute au moment où il fait l'expérience de son contre-transfert, du moment où il est recueilli. Dans un souci d'atténuer l'influence que peut avoir le temps sur les réactions émotives des thérapeutes, la cueillette des données a été réalisée après au premier groupe de thérapie et à la fin du processus thérapeutique.

Une autre des forces de notre étude réside dans le choix des deux méthodes utilisées pour explorer le contre-transfert des participantes, soit l'entretien de type qualitatif et le Questionnaire sur le contre-transfert. Tout d'abord, l'utilisation seule de ce questionnaire ne nous aurait pas permis de relever la présence d'un contre-transfert notable chez les participantes. Les résultats obtenus à l'aide de cet outil demeurent minces. Ensuite, plusieurs données importantes n'auraient pu être relevées sans le recours à un entretien de type qualitatif. Par exemple, le changement rapporté par la participante 3 en ce qui a trait à l'évolution de son contre-transfert entre les temps 1 et 2 ne ressort pas au niveau des données quantitatives recueillies. Dans le même ordre d'idées, le désengagement rapporté par deux des participantes lors des entrevues n'aurait pu être relevé dans le volet quantitatif, les différences de moyennes entre les temps 1 et 2 étant trop petites de même que le phénomène de contre-transfert envers un tiers rapporté par l'une des participantes.

Conclusion

La présente étude a permis, d'une part, d'explorer le contre-transfert de thérapeutes qui ont travaillé avec des patients présentant un trouble de la personnalité narcissique, et d'autre part, d'explorer l'alliance thérapeutique et l'empathie. L'originalité de cette étude a consisté à explorer des phénomènes cliniques qui sont très couramment rapportés par les thérapeutes qui travaillent avec des patients souffrant d'un trouble de la personnalité narcissique et qui peuvent avoir un impact néfaste sur le processus thérapeutique. En effet, les phénomènes contre-transférentiels en lien avec cette population clinique sont très documentés dans la littérature clinique; cependant, ils demeurent peu étudiés empiriquement (Rosenberger & Hayes, 2002). De plus, cette étude se distingue comme étant la première étude à explorer le contre-transfert, l'empathie et l'établissement d'une alliance thérapeutique auprès de thérapeutes qui travaillent avec des patients présentant un trouble de la personnalité narcissique.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus dans la présente étude montrent à quel point il est important que les thérapeutes régulent leur contre-transfert, particulièrement lorsqu'ils travaillent avec des patients présentant une structure de personnalité narcissique. Il est reconnu dans la littérature que ces patients suscitent des réactions contre-transférentielles qui sont de nature plus intense et archaïque. Comme nous l'avons souligné dans cette étude, ces réactions contre-transférentielles peuvent être aussi ressenties comme étant peu intenses à cause des mécanismes de défense utilisés d'un

côté par les thérapeutes pour se protéger de l'agressivité pathologique de ces patients, et d'un autre côté pour préserver cette idée qu'ils se sont forgée du thérapeute idéal. Le contre-transfert de faible intensité peut mettre en péril le bon déroulement du processus thérapeutique étant donné que ces réactions contre-transférentielles sont moins senties et peuvent paraître plus facilement gérables. En ce sens, ces réactions contre-transférentielles peuvent ne pas être élaborées, d'où le danger de commettre des passages à l'acte contre-transférentiels.

De plus, notre échantillon de patients composé exclusivement de patients narcissiques ne permettait pas de contraster les particularités du contre-transfert narcissique avec celui du contre-transfert limite. L'étude d'un échantillon plus large de patients comprenant des patients narcissiques et des patients limites pourrait ainsi permettre d'étudier les différences quant au contre-transfert ressenti en lien avec le trouble de la personnalité présenté par le patient. Cela permettrait de mieux cerner les particularités de ces deux types de contre-transfert et d'apporter une validité empirique aux théories qui affirment que les pathologies de la personnalité tendent à induire des réactions contre-transférentielles typiques. Dans le même ordre d'idées, il aurait été intéressant d'avoir un échantillon de patients limites pour vérifier si les profils des réponses contre-transférentielles des thérapeutes varieraient davantage avec des patients limites qu'avec des patients narcissiques. Ceci permettrait d'apporter une validité aux théories qui appuient cette différence dans la variation du contre-transfert auprès des patients narcissiques en comparaison aux patients limites.

Aussi, aucune étude ne permet d'appuyer les résultats observés dans la présente étude quant au contre-transfert d'une faible intensité. Aussi, il pourrait être intéressant d'explorer le phénomène contre-transférentiel relevé chez la participante 1 et conceptualisé sous le terme de contre-transfert latéral dans cet essai, pour le documenter et vérifier si cette réaction contre-transférentielle est plus courante avec les troubles de la personnalité narcissique en comparaison aux autres troubles de santé mentale.

Par ailleurs, les études s'intéressant au contre-transfert, l'empathie et l'alliance thérapeutique sont peu nombreuses. Les pistes explicatives apportées dans cette étude mériteraient de faire l'objet d'une étude plus poussée.

Pour conclure, à la suite de cet essai, il serait intéressant de poursuivre les recherches sur ces phénomènes cliniques avec un plus grand échantillon. Il serait souhaitable d'utiliser des instruments de mesure pour chacune des variables à l'étude afin de solidifier la valeur scientifique. Par la suite, comparer les résultats quantitatifs et qualitatifs.

Références

- American Psychiatric Association. (APA, 1994). DSM-IV: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (APA, 2003). DSM-IV-TR : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi, & M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- American Psychiatric Association. (APA, 2015). DSM-5 : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.; traduit sous la direction de P. Boyer, M.-A. Crocq, J. D. Guelfi, C. Pull et M.-C. Pull-Erpelding). Paris, France : Masson.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249- 256.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Éds), *The heart and soul of change: What works in therapy*. (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Baribeau C. (1999). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives, hors série* 2, 98-114.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76, 1-36.
- Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La Découverte.
- Bender, D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 73-87.
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(3), 395-418.

- Bessette, M. (2007). L'approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité. Dans R. Labrosse & C. Leclerc (Éds), *Trouble de la personnalité limite et réadaptation* (Vol. 1, pp. 11.01-11.28). Saint-Jérôme, QC : Éditions Ressources.
- Bessette, M. (2012). *Changements dans la régulation du contre-transfert avec une clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité après une supervision centrée sur la théorie de Masterson* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada.
- Betan, E. J., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.890
- Betan, E. J., & Westen, D. (2009). Countertransference and personality pathology: 377 development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. Dans R. A. Levy & J. S. Ablon (Éds), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 179-198). Totowa, NJ: Humana Press.
- Bland, A. R., & Rossen, E. K. (2005). Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(5), 507-517.
- Bongar, B., Markey, L. A., & Peterson, L. G. (1991). Views on the difficult and dreaded patient: A preliminary investigation. *Medical Psychotherapy: An International Journal*, 4, 9-16.
- Book, H. E. (1997). Countertransference and the difficult personality-disordered patient. Dans D. Yalom & M. Rosenbluth (Éds), *Treating difficult personality disorders* (pp. 173-203). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Bouchard, M.-A., Normandin, L., & Frôté, P. (1994). De l'écoute à l'interprétation : une approche des phénomènes de contre-transfert. *Revue québécoise de psychologie*, 15, 155-192.
- Boyer, L. B. (1994). Countertransference: Condensed history and personal view of issues with regressed patients. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 3(2), 122-137.
- Brody, E. M., & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(3), 372-380. doi: 10.1037/0033-3204.33.3.372

- Burns, T. (2006). An introduction to community mental health teams (CMHTs): How do they relate to patients with personality disorders? Dans M. Sampson, R. McCubbin, & P. Tyrer (Éds), *Personality disorder and community mental health teams: A practitioner's guide* (pp. 179-198). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Calvert, P. D. (1997). *Gender differences in clinician predictions of working alliance with borderline personality disordered and posttraumatic stress disordered clients*. Dissertation Abstracts International, 57(10-B), 6561.
- Campbell, D. (2010). Pre-suicide states of mind. Dans P. Williams (Éd.), *The psychoanalytic therapy of severe disturbances* (pp. 171-183). London, England: Karnac.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., McAleavy, A. A., & Goldfried, M. R. (2010). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. Dans J. C. Muran & J. P. Barber (Éds), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 150-171). New York, NY: Guilford Press.
- Cheval, S., Mirabel-Sarron, C., Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2009). L'alliance thérapeutique avec les patients limite en thérapie cognitivo-comportementale. *Annales médico-psychologiques*, 167(5), 347-354.
- Clark, A. J. (2007). *Empathy in counseling and psychotherapy: Perspectives and practices*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Coblence, F., & Donnet, J. L. (2009). Le transfert latéral : argument. *Revue française de psychanalyse*, 73, 645-647.
- Davidtz, J. (2008). *Psychotherapy with difficult patients: Personal narratives about managing countertransference*. Repéré à <http://search.ebscohost.com.biblioproxy.uqtr.ca/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2008-99020-14J&site=ehost-Jjve>
- de Urtubey, L. (1994). Le travail de contre-transfert. *RFP, LVIII*, numéro spécial Congrès, 1271-1372.
- Derisley, J., & Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(4), 371-382. doi: 10.1348/014466500163374

- Descoteaux, F. (2003). *Étude du contre-transfert de thérapeute en travail clinique avec des sujets présentant un trouble de la personnalité limite : comparaison avec des clients ne présentant pas ce trouble* (Mémoire de doctorat inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada.
- Desjardins, P. (2013) Pratique professionnelle : l'évaluation des troubles mentaux. *Psychologie Québec*, 30, 8-1.
- Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B., Levy, K. N., Hörz, S., Doering, S., ... Clarkin, J. F. (2013). Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 527-551.
- Dubé, J. É., & Normandin, L. (1999). The mental activities of trainee therapists of children and adolescents: The impact of personal psychotherapy on the listening process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(3), 216-228.
- Emmerling, M. E., & Whelton, W. J. (2009). Stages of change and the working alliance in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(6), 687-698. doi: 10.1080/10503300902933170
- Fauth, J. (2006). Toward more (and better) countertransference research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 16-31.
- Fliess, R. (1942). The metapsychology of the analyst. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 211-227.
- Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 33-40.
- Freud, S. (1988). The future prospects of psychoanalytic therapy. Dans B. Wolstein (Éd.), *Essential papers on countertransference* (pp. 16-24). New York, NY: New York University Press. (Original publié en allemand en 1910).
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 983-991.
- Gabbard, G. O. (2005). Personality disorders come of age. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 833-835.
- Gabbard, G. O. (2009). Transference and countertransference: Developments in the treatment of narcissistic personality disorder. *Psychiatric Annals*, 39, 129-136.

- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S., M. (2000). *Management of countertransference with borderline patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. New York, NY: Taylor & Francis Group.
- Gibeault, A., Guedeney, C., Kestemberg, É., & Rosenberg, B. (2009). Transfert latéral et névrose. *Revue française de psychanalyse*, 73, 743-762.
- Gillis, A., & Jackson, W. (2002). *Research for nurses: Methods and interpretation*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Gorkin, M. (1987). *The uses of countertransference*. Northvale, NJ: J. Aronson.
- Hafkenscheid, A. (2003). Objective countertransference: Do patients' interpersonal impacts generalize across therapists? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(1), 31-40.
- Hansen, K. (1994). On leaving the scene: Processing projective identification and the schizoid experience. *Clinical Social Work Journal*, 22(3), 277-289.
- Hayes, J. A. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research*, 14(1), 21-36.
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (2001). Clinical implications of research on countertransference: Science informing practice. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 1041-1051.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. Dans A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Éds), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 51-84). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Holmqvist, R., & Armelius, B.-Å. (1994). Emotional reactions to psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandiva*, 90, 9-204.
- Holmqvist, R., & Arnelius, B.-Å. (2006). Sources of psychiatric staff members' feelings towards patients and treatment outcome. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 571-584.
- Holmqvist, R., & Armelius, K. (2000). Countertransference feelings and the psychiatric staffs self-image. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 475-490.

- Horner, M. S., & Diamond, D. (1996). Object relations development and psychotherapy dropout in borderline outpatients. *Psychoanalytic Psychology, 13*, 205-223.
- Ivey, G. (1995). Interactional obstacles to empathy relating in the psychotherapy of narcissistic disorders. *American Journal of Psychotherapy, 49*(3), 350-370.
- Kernberg, O. F. (1987). Projective identification, counter-transference, and hospital treatment. *Psychiatric Clinics of North America, 10*, 257-272.
- Kernberg, O. F. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris : Presses universitaires de France.
- Kernberg, O. F. (1990). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New Jersey, NY: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1994). Acute and chronic countertransferrential reactions / Réactions contre-transférionales aigües et chroniques. *Revue française de psychanalyse, 58*(numéro spécial), 1563-1579.
- Kernberg, O. F. (1995). Omnipotence in the transference and in the countertransference. *Scandinavian Psychoanalytic Review, 18*(1), 2-21.
- Kernberg, O. F. (2003). The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 51*(2), 517-545. doi: 10.1177/0003065103051002
- Kernberg, O. F. (2004). Borderline personality disorder and borderline personality organization: Psychopathology and psychotherapy. Dans J. J. Magnavita (Éds), *Handbook of personality disorders: Theory and practice* (pp. 92-119). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Kernberg, O. F. (2010). Transference focused psychotherapy. Dans P. Williams (Éd.), *The psychoanalytic therapy of severe disturbances* (pp. 21-34). London, England: Karnac.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis, 27*, 99-110.
- Kohut, H. (2009). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Kohut, H. (2010). On empathy. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology, 5*, 122-131.

- Korobkin, S. B. (2000). *Therapist experience and patient diagnosis as predictors of therapist perception of countertransference*. Repéré à <http://search.ebscohost.com.biblioproxy.uqtr.ca/login.asp?direct=true&db=psyh&AN=2000-95022-279&site=ehost-live>
- Kulick, E. M. (1985). On countertransference boredom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 49(2), 95-112.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1988). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- Lebovici, S. (1998). Lettre ouverte à Robert Emde et réponse à ses questions concernant l'empathie. Dans A. Braconnier & J. Sipos (Éds), *Le bébé et les interactions précoce* (pp.9-26). Paris : Presses universitaires de France.
- 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.
- Levy, K. N., Wasserman, R. H., Scott, L. N., & Yeomans, F. E. (2009). Empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychodynamic psychotherapy for borderline personality disorder. Dans R. A. Levy & J. S. Ablon (Éds), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 93-119). Totowa, NJ: Humana Press.
- Lussier, E. (2015). *Étude sur le contre-transfert et l'empathie des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Sherbrooke, Québec, Canada.
- Madonna, J. (1991). Countertransference issues in the treatment of borderline and narcissistic personality disorders: A retrospective on the contributions of Gerald Adler, Peter L. Giovacchini, Harold Searles, and Phyllis W. Meadow. *Modern Psychoanalysis*, 16(1), 37-64.
- Masterson, J. F. (1975). The splitting mechanism of the borderline adolescent: Developmental and clinical aspects. Dans J. Mack (Éd.), *Borderline states in psychiatry*. New York, NY: Grune & Stratton.
- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. New York, NY: Brunner/Mazel.

- Masterson, J. F. (1983). *Countertransference and psychotherapeutic technique*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F. (1988). *The search for the real self*. New York, NY: Free Press.
- Masterson, J. F. (1990). Psychotherapy of borderline and narcissistic disorders: Establishing a therapeutic alliance. *Journal of Personality Disorders*, 4(2), 182-191.
- Masterson, J. F. (1993). *The emerging self: A developmental, self, and object relations approach to the treatment of the closet narcissistic disorder of the self*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel, Inc.
- Masterson, J. F. (2000). *The personality disorders: A new look at the developmental self and object relations approach*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Co.
- Masterson, J. F. (2005). *The personality disorders through the Lens of attachment theory and the neurobiological development of the self: A clinical integration*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theinsen.
- Masterson, J. F., & Klein, R. (1988). *Psychotherapy of the disorders of the self: The Masterson Approach*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 163-177.
- Masterson, J. F., Tolpin, M., & Sifneos, P. E. (1991). *Comparing psychoanalytic psychotherapies*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- McIntyre, S. M., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 923-931. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(199811)54:73.0.co;2-f
- Meyers, H. C. (Ed.). (1986). *Between analyst and patient: New dimensions in countertransference and transference*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck.

- 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.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143-154. doi: 10.1002/jclp.20758
- Normandin, L. (1991). *La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutique* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Québec, 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.
- Peabody, S. A., & Gelso, C. J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 240-245.
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421-446.
- Plakun, E. M. (1994). Principles in the psychotherapy of self-destructive borderline patients. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 3(2), 138-148.
- Principe, J. M., Marci, C. D., Glick, D. M., & Ablon, J. S. (2006). The relationship among patient contemplation, early alliance, and continuation in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 238-243. doi: 10.1037/0033-3204.43.2.238
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford, Angleterre: Dorsey.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. doi: 10.1037/0003-066x.47.9.1102
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 443-448. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.443
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (7^e éd.). Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning.

- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. Dans B. Wolstein (Ed.), *Essential papers on countertransference* (pp. 158-201). New York, NY: University Press.
- Reid, W. H. (2009). Borderline personality disorder and related traits in forensic psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(3), 216-220.
- Roberts, D. D. (1997). Differential interventions in psychotherapy of borderline, narcissistic, and schizoid personality disorders: The Masterson Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(4), 233-245.
- Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Therapist as subject: A review of the empirical countertransference literature. *Journal of Counseling & Development*, 80(3), 264-270.
- Rossberg, J. I., Hoffart, A., & Friis, S. (2003). Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 45-53.
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225-230.
- Salz, T. F. (1998). *Countertransference and its relationship to patients' personality styles*. Repéré à <http://search.ebscohost.com.biblioproxy.uqtr.ca/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1998-95014-088&site=ehost-live>
- Sampson, M. J. (2006). The challenges community mental health teams face in their work with patients with personality disorders. Dans M. Sampson, R. McCubbin, & P. Tyrer (Eds), *Personality disorder and community mental health teams: A practitioner's guide* (pp. 221-240). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Seidman, I. E. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences* (3^e éd.). New York, NY: Teachers College Press.
- Stern, B. L., Yeomans, F. E., Diamond, D., & Kernberg, O. F. (2013). Transference-focused psychotherapy for narcissistic personality. Dans J. S. Ogrodniczuk (Eds), *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 235-252). Washington, DC: American Psychological Association.
- Strean, H. S. (Ed.). (2001). Countertransference: An introduction. Dans *Controversies on countertransference* (pp. 1-24). Lanham, MD: Jason Aronson.

- Sussman, M. B. (1992). *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy* (2^e éd.). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., Musser, P. H., & Remington, N. A. (2004). Personality, interpersonal, and motivational predictors of the working alliance in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 349-354. doi: 10.1037/0022-006x.72.2.349
- Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Thylstrup, B., & Hesse, M. (2009). 'I am not complaining'-Ambivalence construct in schizoid personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 63(2), 147- 167.
- Treasure, J. L., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G., & de Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 37(5), 405-418. doi: 10.1016/s0005-7967(98)00149-1
- Vanaerschot, G. (2004). It takes two to tango: On empathy with fragile processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 41(2), 112-124.
- Waska, R. T. (2000). Hate, projective identification, and the psychotherapist's struggle. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 9(1), 33-38.
- Webb, D., & McMullan, M. (2007). Nursing staff attitudes towards patients with personality disorder. *Personality and Mental Health*, 1(2), 154-160. doi: 10.1002/prnh.15
- Whitney, H. J. (1998). *A comparative study of the emotional reactions of psychotherapists to case studies depicting borderline and dysthymic patients*. Repéré à <http://search.ebscohost.com.biblioproxy.uqtr.ca/login.asp?direct=true&db=psyh&AN=1998-95005-145&site=ehost-live>
- Winnicott, D. W. (1949) Hate in the counter-transference. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 69-74.
- Yulis, S., & Kiesler, D. J. (1968). Countertransference response as a function of therapist anxiety and content of patient talk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 413-419.

Zanarini, M. C., & Silk, K. R. (2001). The difficult-to-treat patient with borderline personality disorder. Dans R. W. Pies & M. J. Dewan (Éds), *The difficult to treat psychiatric patient* (pp. 179-208). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Appendice A
Lettre d'information et formulaire de consentement



Université du Québec
à Trois-Rivières

Savoir. Surprendre.

LETTRE D'INFORMATION

Titre du projet : Étude exploratoire du contre-transfert vécue par deux psychologues travaillant avec une clientèle souffrant de traits ou d'un trouble de personnalité.

Chercheure principale : Cynthia Régent

Département : Psychologie

Programmes d'études : Doctorat Continuum psychologie (profil intervention 2110)

Directrice de recherche : Suzanne Léveillée, professeure au Département de psychologie à l'UQTR

La participation de ces deux intervenants travaillant comme psychologue au CSSS de l'Énergie (1^{re} ligne santé mentale) à la recherche qui vise à mieux comprendre le contre-transfert avec une clientèle présentant des traits ou un trouble de personnalité, serait grandement appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont, d'une part, de mieux comprendre le phénomène intrapsychique du contre-transfert auprès d'intervenants travaillant avec une clientèle souffrant de traits ou d'un trouble de personnalité, et d'autre part, d'explorer le lien entre le contre-transfert et l'empathie, ainsi que le lien entre le contre-transfert et l'alliance thérapeutique. Existe-t-il un lien entre le contre-transfert et la capacité à être empathique avec une clientèle souffrant d'un trouble de personnalité? Existe-t-il un lien entre le contre-transfert et le maintien de l'alliance avec une clientèle souffrant d'un trouble de personnalité?

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique la participation à cette recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utile.

Tâche

La participation à cette recherche consiste à répondre à un questionnaire sur le contre-transfert, soit le « countertransference » et à une entrevue semi dirigée qui sera menée par la chercheure principale et qui sera enregistrée sur un magnétophone. L'auto-administration du questionnaire ainsi que l'entrevue se dérouleront sur le lieu de travail des participants. La durée maximale prévue pour recueillir les données nécessaires pour cette étude exploratoire est d'environ 1 h 30. La première session de cueillettes de données se fera le 1^{er} avril 2015 puis la deuxième session de cueillettes de données aura lieu à la fin du groupe de thérapie (mentalisation), soit le 30 juin 2015.

	Temps 1 (1 ^{er} avril 2015)	Temps 2 (30 juin 2015)
	Entrevue semi-dirigée à partir du canevas fourni en appendice	Entrevue semi dirigée à partir du canevas utilisé en temps 1
	Autoadministration du test « countertransference »	Auto-administration du « test countertransference »

Risques, inconvénients, inconforts

Situation 1

Aucun risque n'est associé à la participation de deux intervenants (psychologue) Le temps consacré au projet, soit environ une heure et demi, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du contre-transfert avec une clientèle souffrant d'un trouble de personnalité est l'un des bénéfices direct prévu à la participation de ces intervenants à la recherche. L'autre bénéfice est de permettre aux intervenants d'élaborer et de ventiler sur le contre-transfert, étant donné qu'elles tiennent compte de cet élément dans le travail effectué avec cette clientèle.

Compensation ou incitatif

Les intervenants participent sur une base volontaire. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est prévue à cet effet.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à l'identification des intervenants et des patients dont ils se réfèrent par l'intermédiaire de leur contre-transfert. La confidentialité sera assurée par l'utilisation de codes numériques pour les sujets de la recherche, ainsi que pour les clients auxquels les psychologues se référeront au travers de l'intermédiaire de leur contre-transfert. Les résultats de la recherche qui pourront être diffusés sous forme d'essai doctoral ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans un classeur. La seule personne qui y aura accès sera la chercheure principale. Cette dernière a signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites au bout de 3 ans, les tests complétés sur papier seront déchiquetés, les bandes d'entrevue enregistrées seront effacées et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

La participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Les deux participants à l'étude (soit les 2 psychologues) sont entièrement libres d'y participer ou non et de se retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à la recherche sans avoir à motiver votre décision ni à subir quelque préjudice que ce soit.

Remerciement

Votre collaboration est précieuse. Nous l'appréciions et vous en remercions.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Cynthia Régent. Courriel : Cynthia.regent@uqtr.ca.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheure ou du chercheur

Moi, Cynthia Régent, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation à cette recherche. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction.

J'accepte librement de participer à cette recherche. Je comprends que je peux me retirer de la recherche en tout temps et sans préjudice.

Participant :	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Appendice B
Canevas d'entretien

Canevas d'entretien semi-dirigé

À la suite de vos rencontres de « groupe de thérapie sur la mentalisation » que vous coanimez avec une autre collègue...

- 1) Parlez-moi de votre compréhension des enjeux psychologiques de chacun des patients.
- 2) Quelle est votre perception de la motivation du patient?
- 3) Décrivez votre vécu émotionnel envers le patient, qu'en est-il de l'intensité de celui-ci?
- 4) Est-ce que ce patient vous touche émotionnellement?

Appendice C
Questionnaire sur le contre-transfert

Questionnaire sur le contre-transfert (groupe expérimental)

Traduction française du Countertransference Questionnaire (Zittel, Conklin & Westen, 2005)

Les énoncés ci-dessous décrivent divers sentiments ou réactions que les cliniciens éprouvent envers leurs patients. Veuillez, s'il vous plaît, coter jusqu'à quel point les énoncés suivants s'appliquent à vous dans votre travail avec votre patient, en considérant que **1 = pas vrai du tout, 3 = partiellement vrai, et 5 = très vrai**. Nous savons qu'il est difficile de généraliser quand il s'agit d'un traitement de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, mais essayez de décrire comment vous vous êtes sentis avec votre patient au cours de toute la période qu'a duré le traitement. Ne vous inquiétez pas si vos réponses semblent incohérentes, puisque les cliniciens ont souvent des réactions multiples au même patient.

	Pas vrai du tout		Partiellement vrai		Très vrai
1. J'ai beaucoup d'espoir pour les progrès qu'il (elle) est en train de faire ou fera probablement en thérapie	1	2	3	4	5
2. Parfois je ne l'aime pas	1	2	3	4	5
3. Je trouve stimulant de travailler avec lui (elle)	1	2	3	4	5

4. Je souhaiterais ne l'avoir jamais pris(e) comme patient(e)	1	2	3	4	5
5. Je ressens de la compassion pour lui (elle)	1	2	3	4	5
6. Je me sens mis(e) à l'écart ou dévalué(e)	1	2	3	4	5
7. S'il (elle) n'était pas mon (ma) patient(e), j'imagine que nous pourrions être amis	1	2	3	4	5
8. Je me sens importuné(e) durant les séances avec lui (elle)	1	2	3	4	5
9. Je sens que je ne suis pas pleinement engagé(e) dans les séances avec lui (elle)	1	2	3	4	5
10. Je me sens confus(e) durant les séances avec lui (elle)	1	2	3	4	5
11. Je n'ai pas confiance en ce qu'il (elle) me dit	1	2	3	4	5
12. Je me sens critiqué(e) par lui (elle)	1	2	3	4	5
13. Je redoute les séances avec lui (elle)	1	2	3	4	5
14. Je ressens de la colère envers des personnes de son entourage	1	2	3	4	5
15. Je ressens de la colère envers lui (elle)	1	2	3	4	5
16. Je ressens de l'ennui durant les séances avec lui (elle)	1	2	3	4	5
17. Je ressens de l'attraction sexuelle pour lui (elle)	1	2	3	4	5
18. Je me sens déprimé(e) durant les séances avec lui (elle)	1	2	3	4	5
19. J'ai hâte aux séances avec lui (elle)	1	2	3	4	5
20. Je ressens de l'envie, ou je me sens en compétition, avec lui (elle)	1	2	3	4	5
21. Je voudrais pouvoir lui donner ce que les autres n'ont jamais pu lui donner	1	2	3	4	5
22. Je me sens frustré(e) durant les séances avec lui (elle)	1	2	3	4	5
23. Il (elle) me fait me sentir bien dans ma peau	1	2	3	4	5
24. Je me sens coupable de mes sentiments envers lui (elle)	1	2	3	4	5
25. Mon esprit dérive souvent vers autre chose que ce dont lui (elle) est en train de parler	1	2	3	4	5
26. Je me sens dépassé(e) par ses émotions fortes	1	2	3	4	5
27. Je me sens enragé(e) contre lui (elle)	1	2	3	4	5
28. Je me sens coupable quand lui (elle) est en détresse ou que son état se détériore, comme s'il fallait bien que j'en sois responsable d'une quelconque manière	1	2	3	4	5

29. Je me sens anxieux(se) dans le travail avec lui (elle)	1	2	3	4	5
30. Je sens que j'échoue à l'aider, ou je m'inquiète que je ne serai pas capable de l'aider	1	2	3	4	5
31. Ses émois sexuels à mon égard me rendent anxieux(se) ou me mettent mal à l'aise	1	2	3	4	5
32. Je me sens utilisé(e) ou manipulé(e) par lui (elle)	1	2	3	4	5
33. Je sens que je marche sur des œufs avec lui (elle); j'ai peur que si je dis ce qu'il ne faut pas, lui (elle) va exploser, tomber en morceaux ou prendre la porte	1	2	3	4	5
34. lui (elle) me fait peur	1	2	3	4	5
35. Je me sens incompétent(e) ou inadéquat(e) dans mon travail avec lui (elle)	1	2	3	4	5
36. Je m'aperçois que je suis contrôlant(e) avec lui (elle)	1	2	3	4	5
37. Je me sens interchangeable – je sens que je pourrais être n'importe qui à ses yeux	1	2	3	4	5
38. Je dois me retenir de dire ou de faire quelque chose d'agressif ou de critique	1	2	3	4	5
39. J'ai l'impression de le (la) comprendre	1	2	3	4	5
40. Je lui dis que je suis fâché(e) contre lui (elle)	1	2	3	4	5
41. J'ai envie le (la) protéger	1	2	3	4	5
42. Je regrette certaines choses que je lui ai dites	1	2	3	4	5
43. J'ai l'impression d'être mesquin(e) ou cruel(le) envers lui/elle	1	2	3	4	5
44. J'ai de la difficulté à m'identifier aux sentiments qu'il (elle) exprime	1	2	3	4	5
45. Je me sens maltraité(e) ou abusé(e) par lui (elle)	1	2	3	4	5
46. Je me sens nourrissant (e) pour lui (elle)	1	2	3	4	5
47. Je perds mon calme avec lui/elle	1	2	3	4	5
48. Je me sens triste pendant les séances avec lui (elle)	1	2	3	4	5
49. Je lui dis que je l'aime	1	2	3	4	5
50. Je me sens dépassé(e) par ses besoins	1	2	3	4	5
51. Je me sens désespéré(e) dans mon travail avec lui (elle)	1	2	3	4	5
52. Je me sens gratifié(e) ou satisfait(e) après les séances avec lui (elle)	1	2	3	4	5

53. Je crois qu'un autre thérapeute ou qu'un autre type de thérapie serait mieux pour lui (elle)	1	2	3	4	5
54. Je me sens poussé(e) à établir des limites très fermes avec lui (elle)	1	2	3	4	5
55. Je m'aperçois que je flirte avec lui (elle)	1	2	3	4	5
56. J'ai du ressentiment dans mon travail avec lui (elle)	1	2	3	4	5
57. Je pense, ou j'ai des fantaisies, de mettre fin au traitement	1	2	3	4	5
58. Je me sens les mains liées, ou d'avoir été mis(e) dans une situation impossible à dénouer	1	2	3	4	5
59. Quand je vérifie mes messages, je suis anxieux(se) ou je crains qu'il en ait un de lui (elle)	1	2	3	4	5
60. Je sens une tension sexuelle dans la pièce	1	2	3	4	5
61. Je ressens de la répulsion pour lui (elle)	1	2	3	4	5
62. Je ne me sens pas apprécié(e) par lui (elle)	1	2	3	4	5
63. J'ai des sentiments chaleureux, presque parentaux, pour lui (elle)	1	2	3	4	5
64. Je l'aime beaucoup	1	2	3	4	5
65. Je m'inquiète plus de lui (d'elle) après les séances que de mes autres patients	1	2	3	4	5
66. Je termine les séances après la limite de temps plus souvent avec lui (elle) qu'avec mes autres patients	1	2	3	4	5
67. Je sens que je réussis moins à l'aider que mes autres patients	1	2	3	4	5
68. Je fais des choses pour lui (elle), ou je fais des extras pour lui (elle), d'une manière différente que pour mes autres patients	1	2	3	4	5
69. Je réponds à ses appels téléphoniques moins promptement que je ne le fais avec mes autres patients	1	2	3	4	5
70. Je dévoile davantage mes sentiments avec lui (elle) qu'avec mes autres patients	1	2	3	4	5
71. Je l'appelle plus entre les séances que mes autres patients	1	2	3	4	5
72. Je me rends compte que je discute plus de lui (d'elle) que de mes autres patients avec des collègues ou des superviseurs	1	2	3	4	5
73. Il (elle) est un de mes patients préférés	1	2	3	4	5
74. Je regarde plus l'horloge avec lui (elle) qu'avec mes autres patients	1	2	3	4	5

75. Je dévoile davantage de ma vie personnelle avec lui (elle) qu'avec mes autres patients	1	2	3	4	5
76. Plus qu'avec la plupart de mes patients, je sens que je suis entraîné(e) dans des choses que je ne réalise qu'une fois que la séance est terminée	1	2	3	4	5
77. Avec lui (elle), je débute les séances en retard plus souvent qu'avec mes autres patients	1	2	3	4	5
78. Je parle plus de lui (d'elle) avec mon (ma) conjoint(e) ou une personne significative que de mes autres patients	1	2	3	4	5